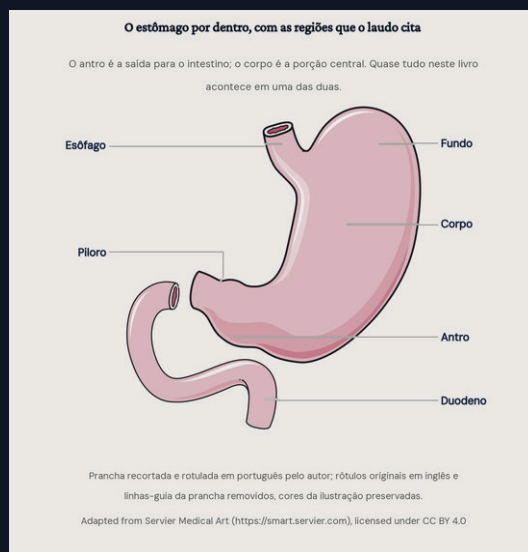


Gastrite, H. pylori e má digestão

O que o laudo quer dizer, o que é a "gastrite nervosa" e quando preocupa



Dr. Mateus Antunes Nogueira

Médico · CRM-SP 97.070 · Cirurgião do Aparelho Digestivo · RQE 46345

Gastrite, H. pylori e má digestão

O que o laudo quer dizer, o que é a "gastrite nervosa" e quando preocupa

AUTOR	Dr. Mateus Antunes Nogueira
REGISTRO	CRM-SP 97.070 · RQE 46345
ESPECIALIDADE	Cirurgia do Aparelho Digestivo
SÉRIE	Cirurgia do Aparelho Digestivo para Leigos · volume 19
EDIÇÃO	1ª edição
ANO	2026
LOCAL	São Paulo, SP — Brasil
IDIOMA	Português (Brasil)

Conteúdo informativo; não substitui consulta médica. Nenhum procedimento tem resultado garantido.

Este material foi escrito em linguagem acessível para ajudar você a entender o seu problema e a conversar melhor com a sua equipe de saúde. Ele não estabelece diagnóstico, não indica tratamento para o seu caso e não cria vínculo médico-paciente. Cada pessoa é diferente: apenas uma avaliação presencial, com exame físico e exames complementares, permite decidir a melhor conduta. Em caso de sintomas agudos, procure atendimento de urgência.

© 2026 Dr. Mateus Antunes Nogueira. Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida, distribuída ou usada para treinar sistemas automatizados sem autorização escrita do autor.

Sumário

1. A gastrite e o que o laudo quer dizer	5
1.1 O estômago em duas frases	5
1.2 A palavra tem dois donos	7
1.3 O que fazer com cada palavra do laudo	8
2. A gastrite nervosa e a dispepsia	10
2.1 O nome que falta no laudo	10
2.2 Quatro mecanismos, nenhum deles imaginação	10
2.3 O estresse entra, a culpa sai	12
3. A comida, o chá e o que a evidência mostra	13
3.1 O que a comida faz de verdade	13
3.2 Café, pimenta, leite e jejum	16
3.3 O chá que promete eliminar a bactéria	17
4. O H. pylori: o que é, como se pega e quem trata	19
4.1 Uma bactéria que aprendeu a viver no ácido	19
4.2 Quantas pessoas têm	21
4.3 Quem tem indicação de tratar	22
5. Os exames: qual, quando e para quê	24
5.1 Os quatro jeitos de procurar a bactéria	24
5.2 Quando a endoscopia é necessária	25
5.3 De onde saem as biópsias	26
6. O tratamento de hoje — e quem prescreve	29
6.1 Reduzir o ácido: o que o remédio faz e o que não faz	29
6.2 Eliminar a bactéria: catorze dias e um teste depois	30
6.3 Quando o sintoma continua	32
7. O que acontece se eu não tratar	34
7.1 A úlcera, o desfecho mais comum	34
7.2 Os degraus da mucosa	35
7.3 O número que assusta e o número verdadeiro	35
8. Quem cuida disso — e quando o cirurgião entra	39
8.1 O caso é clínico	39
8.2 O que o cirurgião faz, e é pouco	40
8.3 Como pedir o encaminhamento	41

9. Sinais de alerta e as perguntas da consulta	42
9.1 Três níveis, três condutas	42
9.2 O que perguntar, por momento	43
9.3 O que este livro sustenta	43
Glossário	45
Referências	47
Sobre o autor	49
Transparência e licenças	50

A gastrite e o que o laudo quer dizer

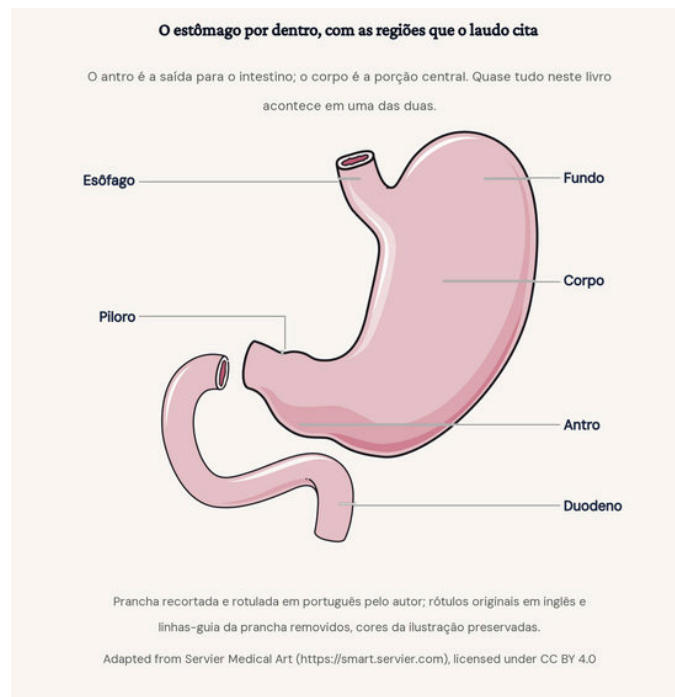
EM UMA FRASE

Gastrite é o nome de uma inflamação vista de perto; dor de estômago é uma queixa. As duas se encontram menos do que o senso comum imagina.

1.1 O estômago em duas frases

O estômago recebe o que você engole e mistura tudo com ácido e enzimas, e o que sai dele rumo ao intestino já é um caldo quebrado. Para fazer isso sem se digerir por dentro, ele mantém sobre a própria parede uma camada de muco espesso — a única coisa que separa a carne viva de um líquido tão ácido quanto o de uma bateria de carro. É pouca coisa.

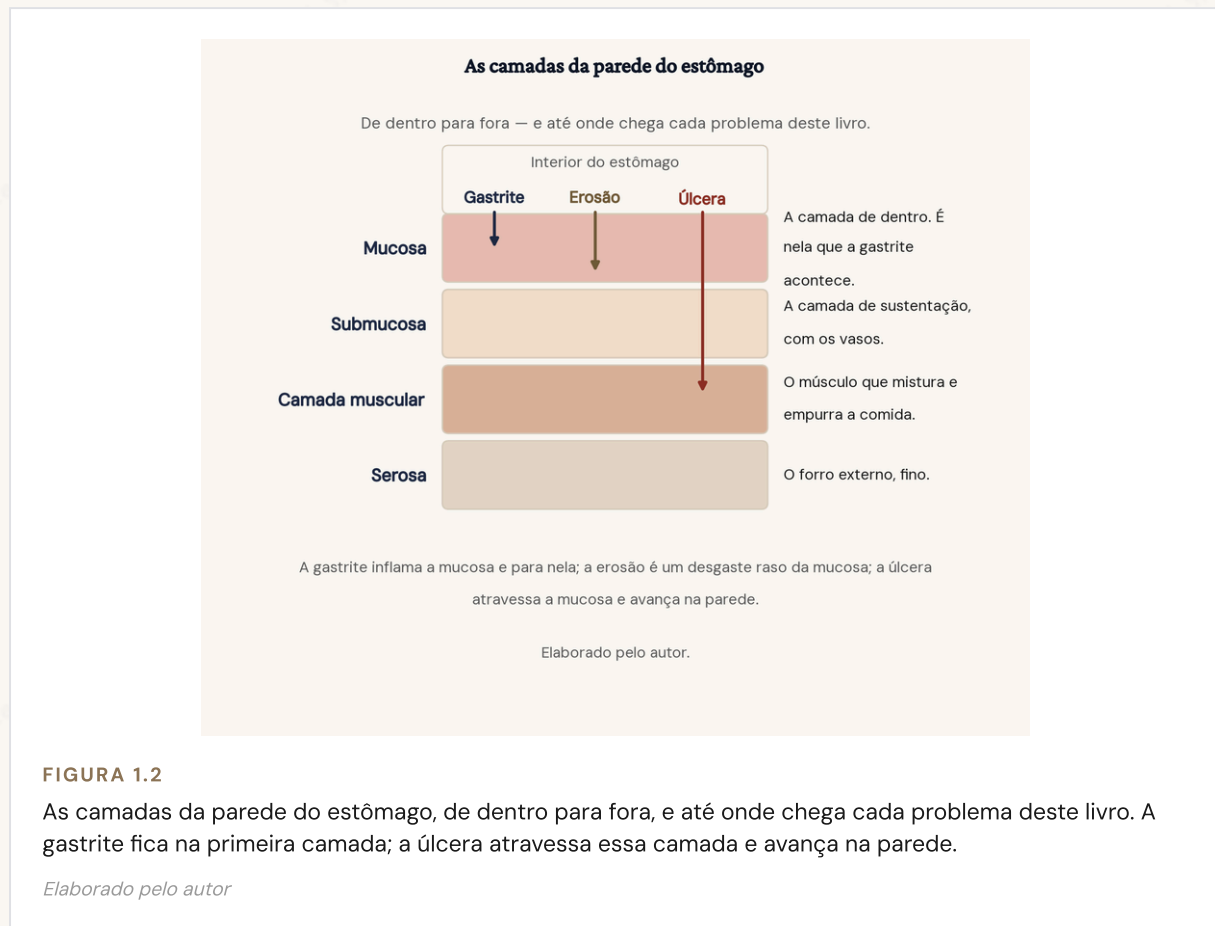
A parede tem camadas, e elas importam para entender o resto do livro. A mais interna é a mucosa, com as glândulas que fabricam o ácido e o muco; abaixo dela vem a camada de sustentação, e mais fundo o músculo e um forro externo fino. Gastrite é inflamação da camada de dentro; úlcera é uma ferida que atravessa essa camada e avança na parede, o que faz dela um problema de outra ordem.

**FIGURA 1.1**

O estômago por dentro, com as regiões que o laudo cita. Os rótulos da prancha original, que vinham em inglês, foram substituídos pelos nomes em português: fundo, corpo, antro, píloro e duodeno.

Adapted from Servier Medical Art (<https://smart.servier.com>), licensed under CC BY 4.0

A Figura 1.1 mostra as regiões que o endoscopista nomeia no relatório. Guarde duas delas. O antro é a saída; o corpo é o meio. Quase tudo o que este livro discute acontece em uma dessas duas.



Na Figura 1.2, as quatro camadas aparecem empilhadas, da que toca a comida à que se-para o estômago do resto da barriga. É na primeira, e só nela, que o patologista procura os sinais de inflamação quando lê a sua biópsia.

1.2 A palavra tem dois donos

Quem escreve “gastrite” no seu laudo pode estar dizendo duas coisas diferentes. O endoscopista usa a palavra quando a mucosa aparece mais avermelhada pela câmera. O patologista usa quando encontra células de defesa na lâmina, ao microscópio. Os dois olham o mesmo estômago. E não raro discordam.

Nenhum dos dois olhares prevê bem a dor. Há gente com a mucosa vermelha de ponta a ponta que passa a vida sem sintoma nenhum, e gente com o estômago de aparência impecável que sofre todos os dias — o que basta para desfazer a ideia de que a intensidade da queixa mede o tamanho do estrago. Para organizar essa confusão, uma reunião internacional propôs classificar a gastrite pela causa: a bactéria, o remédio ou a reação do próprio organismo passaram a valer mais do que a cor na tela.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Um encontro de consenso reuniu pesquisadores de vários países para responder a 22 perguntas sobre gastrite (SUGANO et al., 2015). Saíram de lá 24 afirmações, todas com concordância acima de 80%. Três decisões daquele documento chegam até o seu laudo. Uma delas foi classificar a gastrite pela causa, e não pela aparência; a proposta foi levada à classificação internacional de doenças. Outra foi propor uma categoria própria para a má digestão associada à bactéria, com um roteiro de diagnóstico que a separa do resto. A última é a recomendação de tratar a infecção antes que a mucosa desenvolva alterações mais avançadas, quando isso for possível. Guarde essa última.

Fonte: SUGANO et al., 2015

1.3 O que fazer com cada palavra do laudo

Enantematosa. Erosiva. Atrófica. Metaplasia. As palavras assustam porque ninguém as explica na hora em que o papel é entregue. Elas descrevem coisas diferentes, com pesos bem diferentes.

TABELA 1.3 — O QUE O LAUDO DA ENDOSCOPIA DIZ — E O QUE AQUILO QUER DIZER

O QUE VEM ESCRITO	O QUE QUER DIZER	O QUE COSTUMA PESAR NA CONDUTA
Gastrite enantematosa de antro	A mucosa da saída do estômago apareceu mais avermelhada ao exame.	Sozinha, quase nada: o que o aparelho vê combina mal com o que a pessoa sente. Pesam a biópsia e a procura da bactéria.
Gastrite erosiva	Há pontos rasos de desgaste na mucosa, mais superficiais do que uma úlcera.	Pergunta-se por anti-inflamatório, aspirina e álcool, e procura-se a bactéria.
Gastrite atrófica	As glândulas que fabricam o ácido rarearam naquele ponto.	Interessa saber onde e quanto: isso sai da biópsia de antro e de corpo, em frascos separados.
Metaplasia intestinal	A mucosa do estômago passou a se parecer com a do intestino.	Não é câncer. É o achado que define quem repete a endoscopia e de quanto em quanto tempo.
Pesquisa de H. pylori positiva	A bactéria foi encontrada na amostra.	Abre a conversa sobre tratar, com o esquema que o seu médico escolher.

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de SUGANO et al., 2015 e PIMENTEL-NUNES et al., 2019.

A Tabela 1.3 traduz as cinco expressões que mais aparecem. Leve o laudo para a consulta e confira linha por linha. A diferença entre a primeira linha e a quarta muda o seu seguimento pelos próximos anos.

SINAIS DE ALERTA

Antes de qualquer outra coisa, há uma lista curta que não espera consulta. **Procure um pronto-socorro agora** se aparecer:

- Vômito com sangue vivo ou com aspecto de borra de café.
- Fezes pretas, moles e de cheiro forte.
- Dor forte e súbita no alto da barriga, com a barriga endurecida.
- Desmaio, palidez ou suor frio junto da dor.

Esses quatro sinais sugerem sangramento ou perfuração, e os dois têm tratamento no hospital. A lista completa, com os três níveis, está no último capítulo.

TABELA 1.4 — ONDE ESTÁ CADA ASSUNTO NESTE LIVRO

SE A SUA DÚVIDA É	O CAPÍTULO QUE RESPONDE
"O que está escrito no meu laudo?"	Este capítulo, com a tradução linha a linha na Tabela 1.3.
"Disseram que é nervoso. É mesmo?"	A gastrite nervosa e a dispepsia.
"O que eu posso comer?"	A comida, o chá e o que a evidência mostra.
"Preciso de endoscopia, ou basta o teste da bactéria?"	Os exames: qual, quando e para quê.
"Isso vira câncer? Quando procuro um cirurgião?"	O que acontece se eu não tratar, e depois Quem cuida disso.

Fonte: Elaborado pelo autor.

A Tabela 1.4 é o mapa do livro. Comece pela linha que descreve a sua dúvida.

Fica de pé uma pergunta que o laudo não responde. Se a vermelhidão explica tão pouco, de onde vem o que você sente? A resposta tem nome próprio, e é o que o consultório chama de gastrite nervosa.

A gastrite nervosa e a dispepsia

EM UMA FRASE

O incômodo é real e o exame não o mostra. Isso tem nome, mecanismo descrito e tratamento — falta alguém dizer isso na consulta.

2.1 O nome que falta no laudo

Você fez a endoscopia porque doía. O exame veio com a palavra gastrite. Tomou-se o remédio, e o incômodo continuou igual. Nessa hora costuma aparecer a frase de despedida: “é emocional, é gastrite nervosa”.

A frase carrega uma verdade e uma injustiça. A verdade é que existe uma condição em que a queixa persiste sem doença visível no exame. A injustiça é o rótulo “nervosa”, que soa como invenção e faz muita gente sair do consultório achando que precisa provar a alguém que a dor existe. Ela existe. O nome técnico da condição é dispepsia funcional. A definição é simples: queixa que se repete no alto da barriga, com a endoscopia sem achado que a explique.

2.2 Quatro mecanismos, nenhum deles imaginação

O que produz a dor, então? Um consenso europeu de 2021 reuniu quarenta e um pesquisadores de vinte e dois países para responder a isso. As respostas que alcançaram concordância descrevem mecanismos mensuráveis.



A Figura 2.1 organiza esses caminhos. O primeiro é a falha do relaxamento. A parte alta do estômago deveria afrouxar quando a comida chega; quando não afrouxa, você enche com metade do prato. Vem depois o esvaziamento lento, que faz a sensação de peso durar horas. Há ainda a sensibilidade aumentada do nervo, em que uma distensão comum é lida como dor. O quarto caminho é a via dupla entre o intestino e o cérebro. É dele que vem o adjetivo “nervosa”.

TABELA 2.2 — OS DOIS RETRATOS DA MÁ DIGESTÃO

RETRATO	COMO A PESSOA DESCREVE	O QUE COSTUMA VIR JUNTO
Dor ou queimação no alto da barriga	Arde no meio do peito para baixo, às vezes com o estômago vazio, às vezes de madrugada.	Vai e volta em ciclos de semanas. O remédio que reduz o ácido costuma ser o primeiro degrau.
Empachamento depois de comer	Enche rápido, a comida parece parada e a barriga estufa depois de refeições comuns.	Porções menores e menos gordura na refeição são o ajuste mais citado.

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de WAUTERS et al., 2021.

A Tabela 2.2 separa os dois retratos clássicos. Repare na segunda coluna: ela é a sua fala na consulta. Descrever se o incômodo aparece com o estômago vazio ou depois do prato vale mais do que qualquer adjetivo.

2.3 O estresse entra, a culpa sai

Vale dizer com clareza: a ansiedade tem papel nisso, e negá-lo seria desonesto. O que a pesquisa dos últimos anos mudou foi a direção da seta.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Um grupo australiano acompanhou por um ano 1.900 pessoas sorteadas da população geral, medindo duas vezes o sintoma digestivo e o de humor (KOLOSKI et al., 2016). Quem começou com mais ansiedade tinha risco maior de desenvolver má digestão adiante. O caminho contrário também apareceu: entre os que não tinham ansiedade elevada no início, quem já convivia com a queixa digestiva terminou o ano com mais ansiedade e mais sintomas depressivos do que os demais. Os autores calcularam a proporção entre as duas rotas, somando duas condições parecidas — a má digestão e o intestino irritável. Em cerca de um terço das pessoas, o transtorno de humor veio primeiro; em dois terços, o sintoma do aparelho digestivo é que abriu a série. O consenso europeu chega pelo mesmo lado ao listar a ansiedade entre os fatores de risco da condição, ao lado de uma infecção intestinal aguda prévia (WAUTERS et al., 2021). O mesmo documento registra um dado que costuma aliviar quem lê: o prognóstico de longo prazo é favorável e a expectativa de vida não muda.

Fonte: KOLOSKI et al., 2016; WAUTERS et al., 2021

Isso muda a conversa na consulta. A seta aponta nos dois sentidos. Dizer que a origem é emocional, como quem encerra o assunto, ignora que na maioria o intestino falou primeiro e a angústia veio depois, de tanto conviver com um incômodo sem nome. Cuidar do sono e da ansiedade ajuda de verdade. Continua sendo parte do tratamento, e não o diagnóstico inteiro.

Antes de falar de remédio, falta enfrentar o assunto que ocupa a cabeça de quem recebe esse diagnóstico: a comida e a lista de proibições que cada conhecido oferece.

A comida, o chá e o que a evidência mostra

EM UMA FRASE

A pergunta certa não é qual alimento cortar para sempre. Pergunte-se, antes, o que se repete na sua rotina nos dias em que o incômodo aparece.

3.1 O que a comida faz de verdade

A dispepsia do capítulo anterior leva quase todo mundo à mesma pergunta: o que eu posso comer? Antes de responder, é preciso separar duas coisas que vivem embaralhadas — provocar sintoma e causar doença —, porque um prato gorduroso pode disparar o empachamento em alguém cujo estômago esvazia devagar sem ter criado inflamação nenhuma na mucosa, hoje ou em qualquer momento anterior. O sintoma é real. A atribuição de causa é que está errada.

Uma revisão australiana peneirou 6.451 estudos sobre comida e má digestão. Encontrou dezesseis que mereciam entrar na conta. Dezesseis. A certeza com que se fala de dieta no assunto não tem lastro na quantidade de pesquisa disponível.



A Figura 3.1 separa os dois lados. Do lado da evidência ficam a gordura da refeição, apontada nos três estudos que a mediram, e os alimentos com trigo, implicados em seis. A cafeína apareceu em quatro. O álcool ficou indefinido: os estudos não concordam entre si.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

A revisão citada acima procurou em seis bases de dados (DUNCANSON et al., 2018). Queria qualquer trabalho que tivesse testado nutrientes, alimentos ou componentes da dieta em adultos com má digestão persistente. Dos 6.451 títulos rastreados, dezesseis preencheram os critérios. Os autores organizaram os achados por tipo de gatilho. Alimentos com trigo apareceram em seis estudos; nos dois que testaram glúten de forma isolada, a retirada reduziu os sintomas. A gordura da dieta se associou à queixa nos três estudos que a mediram. A cafeína apareceu em quatro, e o álcool ficou incerto. Os alimentos relatados como gatilho concentravam-se em poucos grupos: os ricos em compostos naturais que irritam e os ricos em carboidratos fermentáveis, além dos derivados de trigo. A conclusão dos próprios autores é cautelosa. Falta ensaio randomizado para transformar essas associações em recomendação firme. O consenso europeu de dispepsia, aquele dos quarenta e um pesquisadores, esbarra no mesmo limite por outro caminho (WAUTERS et al., 2021). Das abordagens de tratamento que ele examinou, uma só reuniu concordância suficiente para virar recomendação: o remédio que reduz o ácido. Nenhuma outra alcançou esse patamar.

Fonte: DUNCANSON et al., 2018; WAUTERS et al., 2021

3.2 Café, pimenta, leite e jejum

TABELA 3.2 — CAFÉ, PIMENTA, LEITE E JEJUM: O QUE FAZER COM CADA UM

O QUE SE DIZ POR AÍ	O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM	O QUE FAZER NA PRÁTICA
“Café causa gastrite”	A cafeína apareceu ligada a sintoma em quatro estudos de uma revisão de dezesseis; o que a revisão mediu foi sintoma, e não inflamação da mucosa.	Se o seu café dói, reduza e observe. Se não dói, não há motivo para cortar.
“Pimenta machuca o estômago”	Os alimentos apontados como gatilho variam de pessoa para pessoa, e a revisão não isolou a pimenta como causa.	Tire por duas semanas, reintroduza e anote o que aconteceu.
“Leite protege”	A revisão de dezesseis estudos não testou leite: não há aqui nada que sustente proteção.	Alivia por pouco tempo em quem se sente melhor com ele. Não trata a causa.
“Comer de três em três horas resolve”	A gordura da refeição foi o item ligado a sintoma nos três estudos que a mediram; o relógio não foi testado assim.	Refeições menores e menos gordurosas ajudam mais do que o horário.
“Jejum longo limpa o estômago”	Nenhum estudo da revisão sustenta isso.	Ficar muitas horas sem comer costuma piorar a queimação; combine o intervalo com quem acompanha você.

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de DUNCANSON et al., 2018.

A Tabela 3.2 põe lado a lado a frase que circula e o que se mediu. O método que eu sugiro está na coluna da direita. Cortar dez alimentos de uma vez alivia a ansiedade de quem corta e não ensina nada a quem sofre.

**FIGURA 3.3**

O teste de duas semanas, item por item. O método serve para identificar o gatilho de uma pessoa, e não para descobrir a causa de uma doença.

Elaborado pelo autor a partir de (DUNCANSON et al., 2018)

A Figura 3.3 mostra como fazer isso sem virar o prato do avesso.

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- O que eu sinto tem cara de gatilho alimentar, ou aponta para outra coisa?
- Faz sentido testar a retirada de um item por duas semanas? Qual seria o primeiro?
- Há alguma restrição realmente necessária no meu caso?
- Vale acompanhar isso com nutricionista?

3.3 O chá que promete eliminar a bactéria

Sobre o chá de espinheira-santa e companhia, sejamos francos. Nenhuma infusão caseira elimina o *Helicobacter pylori*, porque a bactéria vive protegida sob a camada de muco, aonde nem os antibióticos chegam com facilidade — e é essa dificuldade que explica os catorze dias e as várias drogas do tratamento. O que essas receitas fazem é adiar a conversa que resolveria o problema.

Vale dizer com clareza: mudar o que se come ajuda muita gente, e quem melhorou comendo diferente não está inventando. O limite é outro. Ajustar a dieta alivia o sintoma, e ainda assim não trata a infecção nem cicatriza a úlcera. É por isso que o próximo capítulo é sobre a bactéria.

O H. pylori: o que é, como se pega e quem trata

EM UMA FRASE

Metade do mundo convive com essa bactéria, e só uma minoria adoece por causa dela. É dessa aritmética que nasce o susto de quem recebe o resultado positivo.

4.1 Uma bactéria que aprendeu a viver no ácido

A comida não é a culpada da inflamação de longa data, como você leu no capítulo anterior. Na maior parte das vezes, a culpada é uma bactéria com forma de saca-rolhas. Ela se enfia na camada de muco e fica ali por décadas, produzindo uma inflamação de baixa intensidade que ninguém sente passar.

São duas armas. A primeira é o formato, que lhe permite atravessar o muco espesso como uma broca. A segunda é uma enzima que quebra a ureia e cria em volta dela uma nuvem de amônia, capaz de neutralizar o ácido no seu microambiente e de manter habitável um lugar onde nenhuma outra bactéria comum sobreviveria. Essa segunda arma é também o calcanhar dela. É exatamente essa reação química que o teste da respiração usa para encontrá-la.



A Figura 4.1 responde à pergunta que vem primeiro: como eu peguei isso? A transmissão é de pessoa para pessoa. A infecção costuma ser adquirida na infância, na idade em que ninguém lava as mãos direito e todo mundo divide o mesmo copo, e depois acompanha a pessoa por décadas sem dar sinal de que está ali. Quem mora na mesma casa tende a compartilhar a bactéria. O assunto é de família, e não de higiene pessoal do adulto.

4.2 Quantas pessoas têm

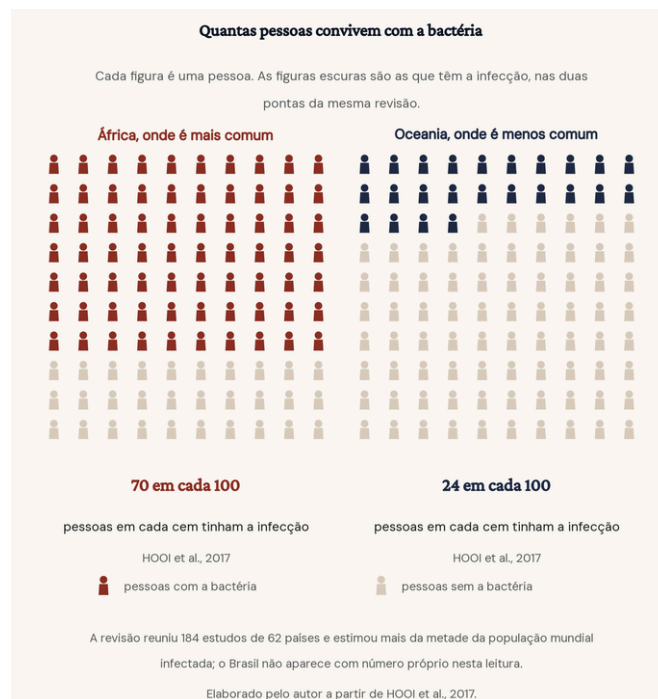


GRÁFICO 4.2

Quantas pessoas convivem com a bactéria, nas duas pontas da mesma revisão. Cada figura é uma pessoa; as escuras são as infectadas.

Elaborado pelo autor a partir de (HOOI et al., 2017)

O Gráfico 4.2 mostra a distância entre as regiões medidas. Ter a bactéria, nesse cenário, é um fato banal. O que não é banal é o que ela faz em uma parcela das pessoas.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Uma revisão reuniu 184 estudos de 62 países e chegou a um retrato global da infecção (HOOI et al., 2017). Somando as estimativas regionais, os autores calcularam cerca de 4,4 bilhões de pessoas infectadas no mundo em 2015 — mais da metade da população viva naquele ano. A distância entre os extremos é o que explica por que cada pessoa ouve uma coisa diferente sobre o assunto: entre países isolados, a proporção foi de 18,9% na Suíça a 87,7% na Nigéria; por região, a menor média ficou na Oceania, com 24,4%, e a maior na África, com 70,1%. O que fazer com esse número mudou em 2021. A sexta reunião de consenso europeia sobre o tema registrou que a infecção passou a ser formalmente reconhecida como doença infecciosa, incluída na classificação internacional de doenças (MALFERTHEINER et al., 2022). Daí decorre, em princípio — a expressão é do próprio documento —, a recomendação de tratar quem está infectado, e não apenas quem tem sintoma. Quarenta e um pesquisadores de 29 países assinaram o texto, distribuídos em cinco grupos de trabalho.

Fonte: HOOI et al., 2017; MALFERTHEINER et al., 2022

4.3 Quem tem indicação de tratar

TABELA 4.3 — QUEM COSTUMA TER INDICAÇÃO DE TESTAR E DE TRATAR

SITUAÇÃO	O QUE AS DIRETRIZES RECOMENDAM	POR QUÊ
Quem tem a bactéria	Tratar, conversado caso a caso com quem acompanha você	Desde 2021 a infecção é reconhecida como doença infecciosa, e daí decorre, em princípio, a recomendação de tratar.
Má digestão que se repete, antes dos 60 anos e sem sinal de alarme	Testar sem endoscopia e tratar se der positivo	Parte das pessoas melhora do sintoma; a conta está no capítulo do tratamento.
Atrofia ou metaplasia na biópsia	Tratar e combinar o intervalo das endoscopias	Eliminar a bactéria cicatriza a inflamação e reduz o risco adiante.
Quem já teve um câncer inicial do estômago retirado por endoscopia	Tratar	Um ensaio com placebo mostrou menos tumores novos em quem recebeu o tratamento.
Parente de primeiro grau com câncer de estômago	Conversar sobre testar	A história na família é um dos critérios que as diretrizes usam para acompanhar mais de perto.

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de MALFERTHEINER et al., 2022, MOAYYEDI et al., 2017, PIMENTEL-NUNES et al., 2019 e CHOI et al., 2018.

A Tabela 4.3 lista as situações em que a decisão já está bem estabelecida. Olhe a segunda linha com atenção, porque ela vale para a maioria de quem lê este livro: abaixo dos sessenta anos, e sem nenhum sinal de alarme, o caminho recomendado começa por um teste que não precisa de sedação nem de aparelho. Depois é que se vê.

No Brasil, essas recomendações passam por uma revisão própria. Quem prescreve para você segue esse documento ou um equivalente, e é por isso que o esquema não está escrito aqui.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

O consenso brasileiro sobre a infecção chegou à quarta edição em 2017, com o texto publicado no ano seguinte (COELHO et al., 2018). Vinte e seis participantes — gastroenterologistas, endoscopistas e patologistas das cinco regiões do país, um deles convidado dos Estados Unidos — se dividiram em quatro frentes de trabalho. Duas delas respondem ao que traz a maior parte dos leitores até aqui: a que tratou de má digestão e flora intestinal e a que tratou do câncer gástrico. Cada afirmação passou por duas rodadas de votação, e só entrou no documento o que teve a concordância de 80% dos participantes. A existência desse grupo responde a uma dúvida comum: as recomendações que o seu médico segue passam por uma leitura brasileira antes de virar conduta no consultório daqui.

Fonte: COELHO et al., 2018

Saber que existe indicação é metade do caminho. A outra metade é descobrir se a bactéria está mesmo aí, e é disso que trata o capítulo dos exames.

Os exames: qual, quando e para quê

EM UMA FRASE

Cada exame responde a uma pergunta diferente. Pedir o exame errado custa tempo e devolve um resultado que engana.

5.1 Os quatro jeitos de procurar a bactéria

Ficou dito, no capítulo do H. pylori, que há indicação de testar. Existem quatro maneiras de fazer isso. Elas não são intercambiáveis.

TABELA 5.1 — OS QUATRO JEITOS DE PROCURAR O H. PYLORI

EXAME	COMO É	O QUE ELE RESPONDE	O QUE ATRAPALHA
Teste da respiração	Você sopra num tubo, toma um líquido com ureia marcada e sopra de novo.	Diz se a bactéria está ali agora. Foi o que mais acertou entre os testes sem aparelho.	Remédio que reduz o ácido e antibiótico recente derrubam o resultado.
Antígeno nas fezes	Uma amostra pequena, colhida em casa.	Também diz se a infecção está ativa, e serve para conferir depois do tratamento.	A mesma armadilha dos remédios recentes.
Biópsia na endoscopia	Fragmentos de antro e de corpo, em frascos separados.	Mostra a bactéria e, junto com ela, o estado da mucosa.	Depende de fazer a endoscopia.
Sorologia no sangue	Uma coleta comum.	Diz que houve contato com a bactéria em algum momento da vida.	Segue positiva depois do tratamento: não serve de controle.

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de BEST et al., 2018 e PIMENTEL-NUNES et al., 2019.

Na Tabela 5.1, a última linha é a que mais gera engano. O exame de sangue é barato e fácil, e responde a uma pergunta que quase nunca é a sua: houve contato em algum momento da vida? Quem tratou há dez anos continua com a sorologia positiva — repeti-la depois do tratamento produz aflição sem informação nova. Não peça esse exame para conferir.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Uma revisão sistemática comparou a precisão dos testes que não dependem de endoscopia (BEST et al., 2018). Foram 101 estudos e 11.003 participantes. Com a especificidade fixada no mesmo patamar para todos, a sensibilidade do teste da respiração ficou em 0,94 e 0,92, conforme o isótopo. A sorologia ficou em 0,84. O antígeno nas fezes, em 0,83. Traduzindo para gente: num grupo de mil pessoas com infecção presente na proporção observada nos estudos, o teste da respiração deixaria passar de 30 a 42 casos, e a sorologia e o exame de fezes, de 86 a 89. Duas ressalvas dos autores valem para a sua consulta. Esses números descrevem quem não retirou parte do estômago e não usou antibiótico nem remédio para reduzir o ácido pouco antes do exame. E os pontos de corte variaram muito entre os estudos.

Fonte: BEST et al., 2018

5.2 Quando a endoscopia é necessária

Aqui entra a pergunta mais frequente do consultório: “preciso fazer endoscopia?”. A resposta honesta é que depende de dois fatores. Nenhum deles é a intensidade da dor.



FIGURA 5.2

O caminho que separa quem faz endoscopia de quem começa pelo teste. O fluxo descreve o que as diretrizes recomendam para adultos, e quem o aplica ao seu caso é o seu médico.

Elaborado pelo autor a partir de (MOAYYEDI et al., 2017), (WAUTERS et al., 2021) e (PIMENTEL-NUNES et al., 2019)

A Figura 5.2 desenha esse caminho. São dois. A idade e a presença de sinal de alarme decidem o primeiro passo: a partir dos sessenta anos, as diretrizes recomendam investigar com endoscopia para afastar doença estrutural, porque nessa faixa a chance de encontrar algo que mude a conduta deixa de ser desprezível. Abaixo dessa idade, e sem sinal de alarme, começa-se pelo teste da bactéria. A endoscopia fica reservada para quem não melhorar. Como o exame é feito, o preparo, a sedação e o que acontece depois estão no guia sobre a endoscopia digestiva alta; aqui interessa só quem precisa dele.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

A diretriz conjunta das sociedades americana e canadense de gastroenterologia organiza essa decisão em recomendações explícitas (MOAYYEDI et al., 2017). Para quem chega com má digestão a partir dos sessenta anos, ela sugere endoscopia para afastar doença orgânica. É recomendação condicional. O limite de idade pode ser antecipado em quem passou a infância em país de alto risco para câncer gástrico ou tem história familiar. Abaixo dessa idade, a recomendação é testar a bactéria por método não invasivo e tratar quem for positivo; quem for negativo, ou não melhorar, recebe um período de teste com o remédio que reduz o ácido. Um ponto do documento costuma surpreender: a presença de um sinal de alarme isolado, em pessoa jovem, não obriga automaticamente à endoscopia, e a decisão é caso a caso. O consenso europeu de dispepsia guarda a mesma lógica com outras palavras (WAUTERS et al., 2021). A endoscopia é necessária para firmar o diagnóstico, mas na atenção primária quem não tem sinal de alarme nem fator de risco pode ser conduzido sem ela.

Fonte: MOAYYEDI et al., 2017; WAUTERS et al., 2021

5.3 De onde saem as biópsias

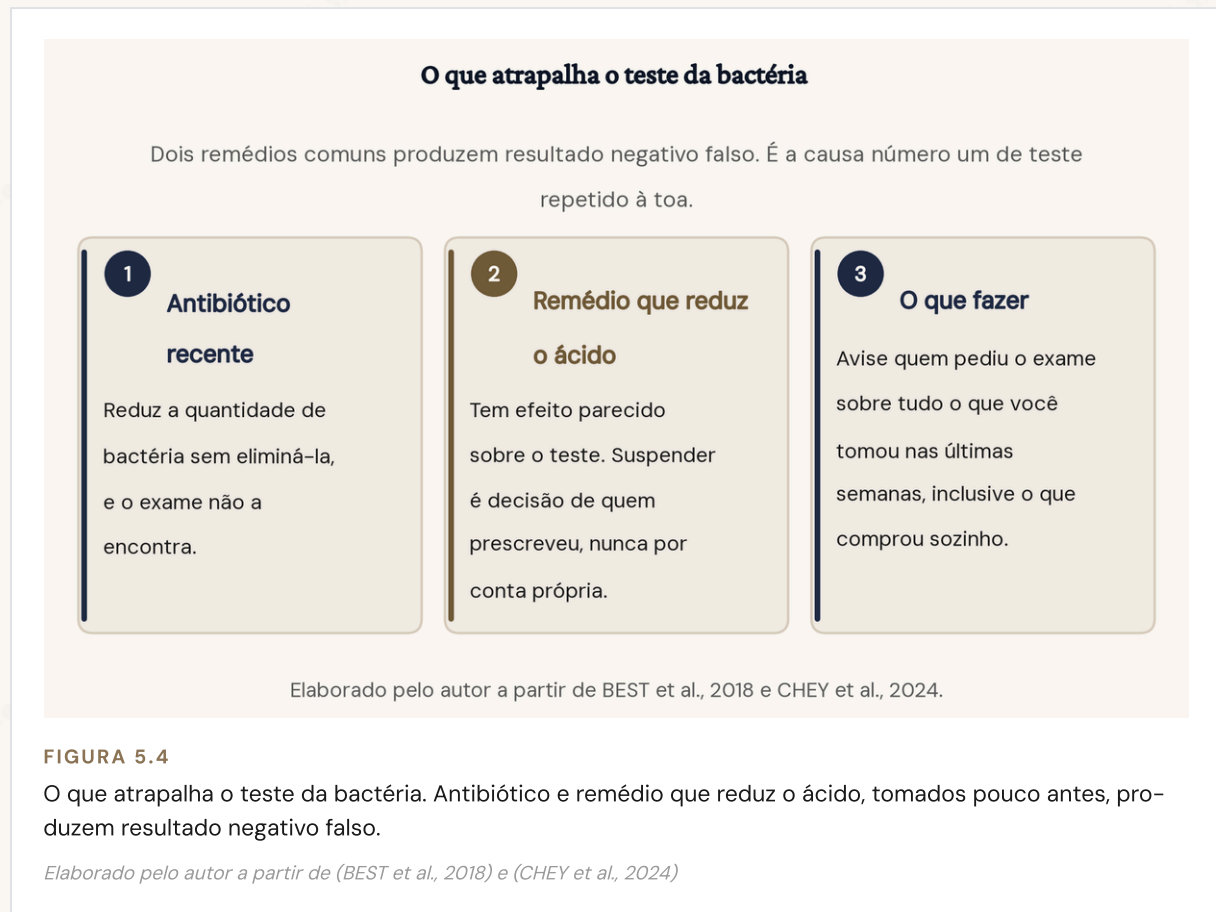
Se a endoscopia for feita, há um detalhe técnico que vale conferir no seu laudo: de onde vieram os fragmentos.

**FIGURA 5.3**

De onde saem as biópsias. O mapa mostra as regiões que o laudo nomeia e as duas de onde o material costuma ser colhido.

Elaborado pelo autor a partir de (PIMENTEL-NUNES et al., 2019)

Na Figura 5.3 estão marcadas as duas regiões que importam. A recomendação europeia é colher de pelo menos dois pontos — o antro e o corpo — e enviar cada um em frasco separado. A razão é prática. O padrão da inflamação muda o risco, e só dá para saber onde ela está, e o quanto pegou de cada região, se o patologista receber os fragmentos identificados um a um. Pergunte isso.



A Figura 5.4 resume a armadilha mais comum dos testes sem aparelho.

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- O meu exame tem alguma alteração que justifique o que eu sinto?
- Foi colhida biópsia? De quais regiões, e em quantos frascos?
- Sem sinal de alarme, faz sentido começar pelo teste em vez da endoscopia?
- Preciso suspender algum remédio antes do teste da bactéria?

Com o resultado em mãos, chega a parte que todo mundo quer: o tratamento de hoje, e quem o prescreve.

O tratamento de hoje — e quem prescreve

EM UMA FRASE

Existe tratamento com efeito medido para cada peça deste quadro. Nenhuma resolve tudo, e é honesto dizer o tamanho de cada ganho.

6.1 Reduzir o ácido: o que o remédio faz e o que não faz

O capítulo dos exames terminou com um resultado na mão. Dele saem dois caminhos de tratamento, que muitas vezes correm juntos. Um reduz o ácido; o outro elimina a bactéria.

O primeiro é o mais conhecido. A família do omeprazol desliga parte das bombas que fabricam ácido na mucosa, de modo que a queimação alivia e a camada inflamada ganha tempo para cicatrizar sem ser agredida a cada refeição. Funciona — e funciona menos do que a fama sugere.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Uma revisão sistemática juntou 25 ensaios randomizados e 8.453 participantes para medir o efeito desses remédios na má digestão sem doença visível ao exame (PINTO-SANCHEZ et al., 2017). Comparados a comprimido sem efeito, eles reduziram a chance de continuar com sintoma: o risco relativo de não haver alívio ficou em 0,88, com intervalo de confiança de 0,82 a 0,94, em dezoito ensaios com 6.172 participantes. Em linguagem de consultório, é preciso tratar cerca de onze pessoas para que uma tenha alívio que não teria sozinha. Dois achados secundários interessam a quem toma: a dose baixa teve eficácia semelhante à dose padrão, o que derruba o hábito de aumentar por conta própria, e os efeitos indesejados foram parecidos nos dois grupos, nos prazos estudados. O que acontece com quem toma por anos seguidos é assunto do guia sobre o omeprazol.

Fonte: PINTO-SANCHEZ et al., 2017

TABELA 6.2 — OS REMÉDIOS DO ESTÔMAGO, COM O CONTRA DE CADA UM

REMÉDIO	O QUE ELE FAZ	O CONTRA, DITO POR INTEIRO
Inibidor de bomba de prótons	Reduz a produção de ácido e alivia a queimação; é o remédio mais estudado na má digestão.	O ganho sobre o comprimido sem efeito é modesto: uma pessoa em cada onze. O uso longo tem assunto próprio, no guia sobre o omeprazol.
Bloqueador H2	Reduz o ácido por outro caminho.	Comparado ao inibidor de bomba, não houve diferença clara — e a evidência dessa comparação é de baixa qualidade.
Antiácido	Alívio rápido da queimação, tomado na hora do incômodo.	Dura pouco e não muda o que causa o incômodo.
Procinético	Ajuda o estômago a esvaziar; é lembrado quando o empachamento manda no quadro.	Na revisão, ficou um pouco atrás do inibidor de bomba, e tem efeitos adversos a conversar.
Antidepressivo em dose baixa	Em dose bem menor do que a usada para depressão, é usado para o sintoma do estômago, e não para o humor.	A diretriz americana o coloca depois do inibidor de bomba, em quem não melhorou. A indicação é de quem acompanha o caso, e não de quem lê a bula.
Qualquer um deles, em grupo especial	Grávida ou amamentando, criança, idoso frágil, quem usa anticoagulante ou antiagregante: o remédio das linhas de cima pode valer com outra dose, ou dar lugar a outro.	Nenhuma linha desta tabela decide o seu caso sozinha. Diga a que grupo você pertence na primeira frase da consulta, antes de qualquer receita.

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de PINTO-SANCHEZ et al., 2017 e MOAYYEDI et al., 2017.

A Tabela 6.2 traz a ordem em que esses remédios costumam ser tentados. A desvantagem de cada um está escrita no mesmo tamanho da vantagem. A linha do antidepressivo em dose baixa merece explicação. Ele não entra ali porque alguém considera a sua dor emocional. Ele é o degrau seguinte na diretriz americana, para quem não melhorou com o remédio que reduz o ácido. A linha de baixo fecha a tabela com um lembrete sobre quem precisa começar essa conversa em outro pé.

6.2 Eliminar a bactéria: catorze dias e um teste depois

O segundo caminho é o tratamento da infecção. Ele tem regras próprias.

**FIGURA 6.1**

O tratamento, do primeiro comprimido ao teste de controle. O calendário descreve um percurso comum e não substitui a prescrição do seu médico.

Elaborado pelo autor a partir de (CHEY et al., 2024), (MALFERTHEINER et al., 2022) e (BEST et al., 2018)

A Figura 6.1 mostra o percurso inteiro. Três coisas dele merecem destaque. A duração vem primeiro: as diretrizes atuais preferem catorze dias, e não sete. Terminar o esquema importa tanto quanto começá-lo, e o motivo tem nome: a resistência aos antibióticos, que o consenso europeu descreve como o desafio que mais cresce neste tratamento. Tratamento interrompido no meio é tratamento que não elimina a bactéria e gasta o antibiótico. Some-se o teste de controle, feito semanas depois, que deixou de ser opcional.

Não escrevo aqui qual esquema você deve tomar, com dose, marca e horário. Digo o que as diretrizes preferem hoje, que é informação pública, e paro aí. A razão não é reserva de mercado. A escolha depende de quais antibióticos você já usou na vida, de alergias e do padrão de resistência da sua região — e essa informação muda a cada poucos anos, o que torna irresponsável imprimir uma receita num livro que ficará disponível por muito tempo. Quem prescreve acompanha.

Há um grupo de pessoas para quem essa conversa começa em outro pé: quem toma anticoagulante ou antiagregante, quem está grávida ou amamentando, a criança e o idoso frágil. Nesses casos muda a escolha do remédio, muda a dose e às vezes muda a indicação de tratar agora. Se é o seu caso, diga isso na primeira frase da consulta, antes de qualquer receita.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

A diretriz americana de tratamento da infecção saiu em 2024, com onze perguntas clínicas analisadas por método formal (CHEY et al., 2024). Para quem nunca tratou e não tem teste de sensibilidade disponível, ela registra como preferido o esquema de quatro drogas com bismuto, por catorze dias — o que o documento escolhe é a família, não a sua receita, que continua sendo de quem examina você. Dois pontos dele interessam a você diretamente: confirmar em todo mundo, depois do tratamento, se a bactéria foi eliminada, e só usar certos antibióticos de resgate quando o teste de sensibilidade mostrar que eles funcionam naquele caso. Quanto ao efeito sobre o sintoma, uma revisão reuniu 29 ensaios randomizados e 6.781 pessoas com má digestão persistente e infecção confirmada (FORD et al., 2022). É preciso tratar catorze pessoas para que uma fique sem sintoma, e nove para que uma melhore. O benefício foi maior no subgrupo em que a bactéria foi de fato eliminada, e os efeitos indesejados foram cerca de duas vezes mais comuns com o tratamento. Essa é a conta que se faz na consulta.

Fonte: CHEY et al., 2024; FORD et al., 2022

6.3 Quando o sintoma continua

Uma parte das pessoas continua sentindo o mesmo depois de tratar a bactéria e de confirmar que ela foi eliminada. Isso frustra. E não significa erro de ninguém: a infecção era um dos fatores, e não o único.

Nessa situação, a conduta volta ao capítulo da dispepsia.



A Figura 6.3 traz esses passos na ordem. O que não faz sentido é repetir endoscopia a cada seis meses porque o incômodo continua. Repetir a sorologia para conferir o tratamento também não ajuda.

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Por quantos dias eu tomo, e o que faço se esquecer uma dose?
- Uso anticoagulante ou outro remédio contínuo (ou estou grávida): isso muda a escolha?
- Quando e como eu confirmo que a bactéria foi eliminada?
- Se o sintoma continuar, qual é o próximo passo, e com quem?

Falta a pergunta que fica na cabeça de quem adia a decisão: e se eu simplesmente não tratar nada disso?

O que acontece se eu não tratar

EM UMA FRASE

A maior parte das pessoas com gastrite vai envelhecer com gastrite. Uma parcela menor segue por dois caminhos conhecidos, e ambos têm hora de parar.

7.1 A úlcera, o desfecho mais comum

Quem leu sobre o tratamento já sabe o tamanho de cada ganho. Falta a outra ponta da decisão. Quem escolhe não tratar não fica parado no mesmo lugar: a inflamação de longa data segue trabalhando, e há dois destinos possíveis.

O primeiro, e de longe o mais frequente, é a úlcera. A mucosa inflamada por anos perde parte da capacidade de se defender do próprio ácido, e num ponto qualquer dessa superfície abre-se uma ferida que atravessa a camada de dentro e alcança o tecido de baixo. É outra história.

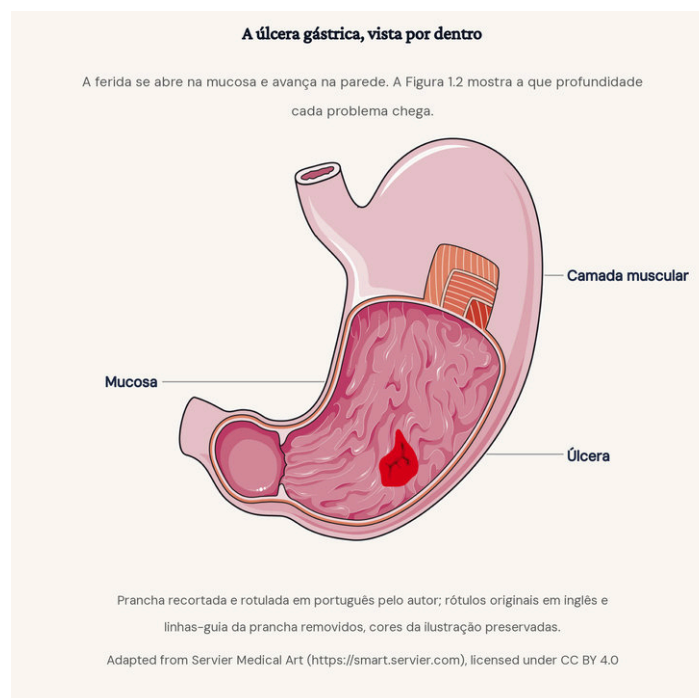


FIGURA 7.1

A úlcera gástrica vista por dentro: a ferida aberta na parede, no meio das pregas da mucosa. A profundidade que ela alcança está desenhada na Figura 1.2.

Adapted from Servier Medical Art (<https://smart.servier.com>), licensed under CC BY 4.0

A Figura 7.1 mostra a diferença entre inflamar e ulcerar. As complicações da úlcera — o sangramento e a perfuração — são o motivo mais comum de alguém com esse diagnóstico acabar no hospital, e estão descritas no guia sobre úlcera do estômago e do duodeno.

7.2 Os degraus da mucosa

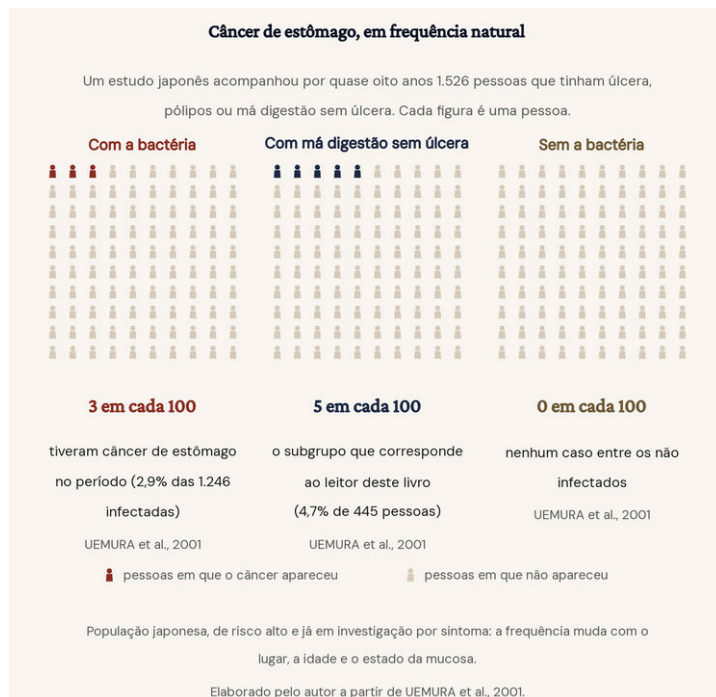
O segundo destino é mais lento e menos conhecido.



A Figura 7.2 desenha a escada inteira. Depois de décadas de inflamação, as glândulas podem rarear — é a atrofia. Em alguns casos, a mucosa passa a se parecer com a do intestino, o que se chama metaplasia. Um degrau adiante está a displasia, em que as células mudam de forma. Repare na faixa da figura. A esmagadora maioria das pessoas que recebem um laudo de gastrite fica nos dois primeiros degraus a vida inteira, e a subida, quando acontece, leva décadas e não semanas. Isso muda o tom da conversa.

7.3 O número que assusta e o número verdadeiro

Chegamos à palavra que todo mundo pesquisa antes de dormir. Vou dar o número, com a população de onde ele saiu.

**GRÁFICO 7.3**

Câncer de estômago em frequência natural, num estudo japonês de quase oito anos. Cada figura é uma pessoa; as escuras são aquelas em que o câncer apareceu. A faixa do meio é o subgrupo com má digestão sem úlcera, que é o de quem provavelmente está lendo isto.

Elaborado pelo autor a partir de (UEMURA et al., 2001)

O Gráfico 7.3 põe esses números em cem figuras, que é o único jeito honesto de mostrá-los. Porcentagem pequena assusta mais do que a contagem de pessoas.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Um estudo japonês acompanhou por 7,8 anos em média 1.526 pessoas que tinham, ao entrar, úlcera do estômago, úlcera do duodeno, pólipos do estômago ou má digestão sem úlcera (UEMURA et al., 2001). Eram 1.246 infectadas e 280 não infectadas. Câncer de estômago apareceu em 36 pessoas do grupo com a bactéria, ou 2,9%, e em nenhuma do grupo sem ela. Vale separar o subgrupo que corresponde ao leitor deste livro: entre as 445 com má digestão sem úlcera, o câncer apareceu em 21, ou 4,7% — mais do que no conjunto. Quem tinha úlcera de duodeno, no outro extremo, não teve nenhum caso. Dentro do grupo infectado, o risco se concentrou em quem tinha atrofia acentuada, inflamação predominante no corpo do estômago ou metaplasia intestinal — os degraus da Figura 7.2. Duas ressalvas antes de você levar esse número para a vida: a população é japonesa, onde a doença é bem mais frequente do que na maior parte do mundo, e todos ali já tinham procurado atendimento por sintoma. Do outro lado da decisão, uma revisão reuniu 24 estudos, 48.064 pessoas e 715 casos de câncer (LEE et al., 2016). Quem tratou teve a incidência reduzida para cerca de metade da de quem não tratou, e o ganho variou com o risco de base: quanto mais frequente o câncer na população estudada, maior o benefício. Há ainda um ensaio coreano com 470 pessoas que já haviam tido um câncer inicial retirado por endoscopia (CHOI et al., 2018). O tratamento reduziu o aparecimento de um tumor novo de 13,4% para 7,2% em quase seis anos, e num subgrupo de 327 que repetiram a biópsia a atrofia melhorou em 48,4% das tratadas, contra 15,0% de quem recebeu comprimido sem efeito.

Fonte: UEMURA et al., 2001; LEE et al., 2016; CHOI et al., 2018

Junte os três números e a conclusão prática aparece sozinha. O risco individual é baixo, especialmente fora das regiões de alta incidência. A bactéria é o principal fator que se pode modificar. E tratar reduz o risco pela metade, com ganho maior onde a doença é mais frequente. O consenso de Kyoto acrescenta a esse quadro a recomendação de tratar antes que a mucosa desenvolva as alterações do começo deste capítulo, quando isso for possível.

Para quem já tem atrofia ou metaplasia no laudo, a conduta tem nome e calendário: vigilância. A recomendação europeia é repetir a endoscopia a cada três anos nos estágios avançados de atrofia, e não indicar vigilância nenhuma quando a atrofia é leve e restrita ao antro, porque aí não há evidência de que repetir o exame melhore alguma coisa. Entre os dois extremos há um terceiro grupo, onde boa parte de quem lê isto vai cair: metaplasia em um ponto só, mas com câncer de estômago na família, metaplasia do tipo incompleto ou infecção ainda ativa. Nesse caso a mesma diretriz diz que a vigilância em três anos

pode ser considerada — pode, e não deve. Quem define em qual grupo você está é quem lê a sua biópsia.

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- A minha biópsia mostrou atrofia ou metaplasia? Em qual região, e em que grau?
- Pelo laudo, eu entro em vigilância? De quanto em quanto tempo?
- Tenho câncer de estômago na família: isso muda o meu seguimento?
- O que eu ganho tratando a bactéria agora?

Uma pergunta atravessa tudo isso e ainda não foi respondida. Afinal, quem cuida disso — e quando o cirurgião entra? É o assunto do próximo capítulo.

Quem cuida disso — e quando o cirurgião entra

EM UMA FRASE

Este é um livro de cirurgião sobre uma doença que quase nunca se opera. Dizer isso com todas as letras é parte do serviço.

8.1 O caso é clínico

Vigilância, a palavra que fechou o capítulo sobre não tratar, é conduta clínica — e é ela que abre a pergunta deste. Vale nomear cada profissional desta história. A confusão de papéis atrasa o tratamento de muita gente.



A Figura 8.1 organiza os papéis. O clínico ou o médico de família resolve boa parte dos casos, porque é ele quem ouve a queixa, procura sinal de alarme, pede o teste da bactéria e conduz o primeiro tratamento, antes que a história chegue a qualquer outro consultório. O

gastroenterologista é o dono do caso quando a coisa não segue o roteiro: sintoma que persiste, biópsia com atrofia, segundo esquema que falha. O endoscopista faz o exame. O patologista lê a lâmina e escreve a frase que define o seu seguimento. É essa frase que manda.

8.2 O que o cirurgião faz, e é pouco

Agora a parte que me cabe. O cirurgião do aparelho digestivo entra em quatro situações, e nenhuma delas é o caso comum:

- Sangramento que a endoscopia não consegue controlar, quando a hemorragia da úlcera resiste às manobras feitas pelo aparelho.
- Perfuração, em que a úlcera abre um furo na parede e o conteúdo do estômago cai na cavidade. É operação de urgência.
- Obstrução da saída do estômago, quando a cicatrização repetida de úlceras estreita o piloro e a comida para de passar.
- Câncer gástrico confirmado, que é outra doença, com outro livro, e cujo tratamento começa no estadiamento.



A Figura 8.2 reúne as quatro numa página só. Fora desses cenários, operar estômago por causa de gastrite não tem indicação. Nenhuma. Alguém lhe ofereceu cirurgia para tratar gastrite ou má digestão, sem que um desses quadros esteja presente? Procure uma segunda opinião antes de marcar qualquer coisa.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Vale olhar onde as duas grandes diretrizes deste assunto colocam a decisão. O consenso europeu sobre a bactéria, aquele dos cinco grupos de trabalho citados no capítulo 4, produz recomendações de conduta clínica e endoscópica (MALFERTHEINER et al., 2022). A escolha do esquema e do teste fica com o médico que assiste o caso. A diretriz europeia de acompanhamento das lesões precursoras segue a mesma linha (PIMENTEL-NUNES et al., 2019). Quem gradua a atrofia é o patologista. Quem repete o exame em intervalos definidos é o endoscopista. O tratamento endoscópico é indicado quando aparece lesão visível com displasia ou câncer inicial. Nenhum dos dois documentos organiza recomendação cirúrgica: o que eles regulam é conduta clínica e endoscópica. A cirurgia entra adiante, no tratamento das complicações e da doença maligna já estabelecida — e aí por outras diretrizes, que não são estas.

Fonte: MALFERTHEINER et al., 2022; PIMENTEL-NUNES et al., 2019

8.3 Como pedir o encaminhamento

Se você está sem acompanhamento, o caminho mais curto costuma ser o clínico geral da sua rede, que pede o teste e trata. Peça encaminhamento ao gastroenterologista em três situações: quando o sintoma persistir depois de um tratamento completo, quando a biópsia trouxer atrofia ou metaplasia, ou quando houver história de câncer gástrico na família. Fora disso, insistir por encaminhamento costuma render fila.

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Este caso é para acompanhar com você ou eu preciso de um gastroenterologista?
- Existe alguma indicação de cirurgia no meu quadro hoje?
- Se eu tiver uma complicação, para qual serviço eu devo ir?
- Quem vai acompanhar o resultado das minhas biópsias ao longo do tempo?

Resta o que você deve reconhecer sozinho, em casa, e o que deve levar por escrito à próxima consulta.

Sinais de alerta e as perguntas da consulta

EM UMA FRASE

Saber o que não pode esperar vale mais do que qualquer lista de alimentos proibidos.

9.1 Três níveis, três condutas

Depois de saber quem cuida disso, resta o que depende só de você. Este capítulo fecha o livro com uma tarefa: reconhecer o que muda a urgência.

Dor de estômago: o que não pode esperar

Três níveis, três condutas. A lista orienta a decisão de procurar atendimento, e não o diagnóstico.

Emergência — vá ao pronto-socorro agora

- Vômito com sangue vivo ou com aspecto de borra de café.
- Fezes pretas, moles e com cheiro forte.
- Dor forte e súbita no alto da barriga, com a barriga dura.
- Desmaio, palidez, suor frio ou coração disparado junto da dor.

Se não conseguir ir por conta própria, ligue 192.

No mesmo dia — fale com a equipe hoje

- Vômito que não para e impede de beber água.
- Comida entalando ou dificuldade para engolir que apareceu agora.
- Perda de peso sem explicação, mesmo que pequena: diga isso ao seu médico, porque esse achado costuma indicar endoscopia.
- Cansaço novo que pode ser anemia, com ou sem fezes escuras.
- Dor que passou a acordar você todas as noites.
- Febre junto com a dor de estômago.

Ligue hoje, diga qual foi o sinal e marque a avaliação para os próximos dias.

Na próxima consulta — anote e leve

- Queimação que se repete há semanas, sem sinal nenhum dos de cima.
- Sintoma que voltou depois de um tratamento que já deu certo antes.
- Laudo com atrofia ou metaplasia, para combinar o seguimento.

Anote quando começou e o que melhora ou piora.

Esta lista orienta, não substitui a avaliação de quem examina você.
Elaborado pelo autor a partir de MOAYYEDI et al., 2017.

FIGURA 9.1

Dor de estômago: o que não pode esperar, em três níveis. A lista orienta a decisão de procurar atendimento, e não o diagnóstico.

Elaborado pelo autor a partir de (MOAYYEDI et al., 2017)

A Figura 9.1 separa três grupos de sinais. O primeiro exige pronto-socorro agora, e reúne o que indica sangramento ou perfuração. O segundo pede telefonema no mesmo dia e avaliação nos dias seguintes: ali estão os sinais de alarme — perda de peso sem explicação, cansaço que pode ser anemia, vômito que não para, comida entalando —, que são os mesmos que a Figura 5.2 usa para mandar investigar. O terceiro grupo é assunto da próxima consulta, e reúne o que merece conversa sem pressa.

Uma observação sobre o grupo do meio, que a diretriz americana faz e eu repito. Um sinal de alarme isolado, numa pessoa jovem, não obriga você a correr para a endoscopia hoje: ele entra na conversa com o médico, que pesa a idade, o tempo de sintoma e a história da família antes de decidir. O que não cabe é guardar o achado para a consulta do ano que vem.

9.2 O que perguntar, por momento

TABELA 9.2 — O QUE PERGUNTAR, POR MOMENTO

MOMENTO	PERGUNTAS PARA LEVAR
Quando o laudo chega	O que a minha biópsia mostrou? Há atrofia ou metaplasia? Foi colhido material de antro e de corpo?
Antes de começar o tratamento	Por quantos dias eu tomo? Que efeitos são esperados e quais mandam ligar? Preciso suspender algum remédio que já uso?
Depois do tratamento	Quando e como eu confirmo que a bactéria foi eliminada? E se o sintoma continuar, qual é o próximo passo?
No seguimento	Preciso repetir a endoscopia? De quanto em quanto tempo? Quem acompanha isso daqui para a frente?

Fonte: Elaborado pelo autor.

A Tabela 9.2 é a página para imprimir e levar. Risque o que não serve ao seu caso, acrescente as suas perguntas e deixe o papel à vista em cima da mesa, porque a consulta rende mais quando a lista está na mão de quem pergunta. Vale para qualquer consulta.

9.3 O que este livro sustenta

Chegando até aqui, você tem os números na mão. A queimação e o empachamento que se repetem têm mecanismos descritos e tratamento com efeito medido, ainda que modesto: uma pessoa em onze com o remédio que reduz o ácido, uma em nove a catorze com a eliminação da bactéria. Numa população japonesa de risco alto, acompanhada por quase oito anos, o câncer de estômago apareceu em 2,9% dos infectados — e em 4,7% do subgrupo que mais se parece com o leitor deste livro, o das pessoas com má digestão sem úlcera. Eliminar a infecção reduziu esse risco à metade. Nada disso é pequeno o bastante para ignorar, e nada disso justifica viver com medo.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Termino por onde o capítulo 2 passou depressa (WAUTERS et al., 2021). O prognóstico favorável e a expectativa de vida que não se altera são o dado que quase ninguém repete na consulta, e ele merece ser lido de novo agora, depois de tudo o que veio pelo caminho. O mesmo documento registra o que ainda não se sabe: dos 87 enunciados votados, apenas 36 alcançaram o patamar de concordância exigido. É o tamanho do que segue em aberto sobre uma condição tão comum.

Fonte: WAUTERS et al., 2021

EM UMA FRASE

Gastrite não se opera. Trata-se com diagnóstico certo, tratamento completo e acompanhamento de quem cuida disso — e o meu papel, como cirurgião, é reconhecer a exceção rara em que a doença precisa de mim.

Glossário

Palavras que aparecem no livro e costumam gerar dúvida.

Mucosa

A camada mais interna da parede do estômago, a que fica em contato com a comida. É nela que a gastrite acontece.

Gastrite

Inflamação dessa camada interna. O nome descreve o que se vê no exame ou no microscópio, e não o que a pessoa sente.

Antro

A parte final do estômago, a saída para o intestino. É a região em que a bactéria mais se instala.

Corpo do estômago

A porção central e maior, onde ficam as glândulas que fabricam o ácido.

Fundo do estômago

A parte alta, logo abaixo do diafragma, que acomoda o alimento quando ele chega.

Cárdia

A entrada do estômago, no ponto em que o esôfago termina.

Píloro

O anel muscular que controla a saída do estômago para o duodeno.

Duodeno

O primeiro trecho do intestino delgado, logo depois do píloro.

Helicobacter pylori

Bactéria que vive na camada de muco do estômago e provoca inflamação de longa duração. Costuma ser abreviada como H. pylori.

Erradicação

O tratamento que elimina essa bactéria, feito com antibióticos e um remédio que reduz o ácido.

Dispepsia

O nome técnico do conjunto de queixas do alto da barriga: dor, queimação, empachamento e saciedade rápida.

Dispepsia funcional

A dispepsia que persiste quando a endoscopia não encontra doença que a explique. É o diagnóstico por trás da expressão “gastrite nervosa”.

Endoscopia digestiva alta

Exame em que um aparelho fino com câmera desce pela boca e olha o esôfago, o estômago e o duodeno por dentro.

Biópsia

Fragmento pequeno de tecido retirado durante a endoscopia e examinado ao microscópio.

Atrofia gástrica

Situação em que as glândulas da mucosa rareiam e a camada interna afina.

Metaplasia intestinal

Mudança em que a mucosa do estômago passa a se parecer com a do intestino. Não é câncer.

Displasia

Alteração na forma das células, um degrau além da metaplasia, que exige tratamento e acompanhamento próprios.

Úlcera péptica

Ferida profunda na parede do estômago ou do duodeno, que atravessa a mucosa.

Inibidor de bomba de prótons

A família de remédios que reduz a produção de ácido. O omeprazol é o mais conhecido dela.

Sinal de alarme

Achado que muda a urgência da investigação, como sangramento, perda de peso sem explicação, vômito persistente ou anemia.

Referências

Lista formatada segundo a ABNT NBR 6023. As citações no corpo do texto seguem o sistema autor–data e remetem a esta lista.

- BEST, L. M. et al. Non-invasive diagnostic tests for *Helicobacter pylori* infection. **The Cochrane database of systematic reviews**, [S. l.], v. 3, n. 3, p. CD012080, 2018. DOI: 10.1002/14651858.CD012080.pub2. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012080.pub2>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 29543326.
- CHEY, W. D. et al. ACG Clinical Guideline: Treatment of *Helicobacter pylori* Infection. **The American journal of gastroenterology**, [S. l.], v. 119, n. 9, p. 1730–1753, 2024. DOI: 10.14309/ajg.0000000000002968. Disponível em: <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000002968>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 39626064.
- CHOI, I. J. et al. *Helicobacter pylori* Therapy for the Prevention of Metachronous Gastric Cancer. **The New England journal of medicine**, [S. l.], v. 378, n. 12, p. 1085–1095, 2018. DOI: 10.1056/NEJMoa1708423. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1708423>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 29562147.
- COELHO, L. G. V. et al. IVTH BRAZILIAN CONSENSUS CONFERENCE ON *HELICOBACTER PYLORI* INFECTION. **Arquivos de gastroenterologia**, [S. l.], v. 55, n. 2, p. 97–121, 2018. DOI: 10.1590/S0004-2803.201800000-20. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-2803.201800000-20>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 30043876.
- DUNCANSON, K. R. et al. Food and functional dyspepsia: a systematic review. **Journal of human nutrition and dietetics**, [S. l.], v. 31, n. 3, p. 390–407, 2018. DOI: 10.1111/jhn.12506. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jhn.12506>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 28913843.
- FORD, A. C. et al. Efficacy of *Helicobacter pylori* eradication therapy for functional dyspepsia: updated systematic review and meta-analysis. **Gut**, [S. l.], p. gutjnl-2021-326583, 2022. DOI: 10.1136/gutjnl-2021-326583. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2021-326583>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 35022266.
- HOOI, J. K. Y. et al. Global Prevalence of *Helicobacter pylori* Infection: Systematic Review and Meta-Analysis. **Gastroenterology**, [S. l.], v. 153, n. 2, p. 420–429, 2017. DOI: 10.1053/j.gastro.2017.04.022. Disponível em: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2017.04.022>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 28456631.
- KOLOSKI, N. A.; JONES, M.; TALLEY, N. J. Evidence that independent gut-to-brain and brain-to-gut pathways operate in the irritable bowel syndrome and functional dyspepsia: a 1-year population-based prospective study. **Alimentary pharmacology & therapeutics**, [S. l.], v. 44, n. 6, p. 592–600, 2016. DOI: 10.1111/apt.13738. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/apt.13738>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 27444264.
- LEE, Y. C. et al. Association Between *Helicobacter pylori* Eradication and Gastric Cancer Incidence: A Systematic Review and Meta-analysis. **Gastroenterology**, [S. l.], v. 150, n. 5, p. 1113–1124.e5, 2016. DOI: 10.1053/j.gastro.2016.01.028. Disponível em: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.01.028>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 26836587.
- MALFERTHEINER, P. et al. Management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht VI/Florence consensus report. **Gut**, [S. l.], v. 71, n. 9, p. 1724–1762, 2022. DOI: 10.1136/gutjnl-2022-327745. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2022-327745>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 35944925.
- MOAYYEDI, P. et al. ACG and CAG Clinical Guideline: Management of Dyspepsia. **The American journal of gastroenterology**, [S. l.], v. 112, n. 7, p. 988–1013, 2017. DOI: 10.1038/ajg.2017.154. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/ajg.2017.154>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 28631728.

- PIMENTEL-NUNES, P. et al. Management of epithelial precancerous conditions and lesions in the stomach (MAPS II): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE), European Helicobacter and Microbiota Study Group (EHMSG), European Society of Pathology (ESP), and Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (SPED) guideline update 2019. **Endoscopy**, [S. l.], v. 51, n. 4, p. 365–388, 2019. DOI: 10.1055/a-0859-1883. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/a-0859-1883>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 30841008.
- PINTO-SANCHEZ, M. I. et al. Proton pump inhibitors for functional dyspepsia. **The Cochrane database of systematic reviews**, [S. l.], v. 11, n. 11, p. CD011194, 2017. DOI: 10.1002/14651858.CD011194.pub3. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011194.pub3>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 29161458.
- SUGANO, K. et al. Kyoto global consensus report on Helicobacter pylori gastritis. **Gut**, [S. l.], v. 64, n. 9, p. 1353–67, 2015. DOI: 10.1136/gutjnl-2015-309252. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2015-309252>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 26187502.
- UEMURA, N. et al. Helicobacter pylori infection and the development of gastric cancer. **The New England journal of medicine**, [S. l.], v. 345, n. 11, p. 784–9, 2001. DOI: 10.1056/NEJMoa001999. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa001999>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 11556297.
- WAUTERS, L. et al. United European Gastroenterology (UEG) and European Society for Neurogastroenterology and Motility (ESNM) consensus on functional dyspepsia. **Neurogastroenterology and motility**, [S. l.], v. 33, n. 9, p. e14238, 2021. DOI: 10.1111/nmo.14238. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/nmo.14238>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 34586707.

Sobre o autor

Dr. Mateus Antunes Nogueira

MÉDICO · CRM-SP 97.070 · CIRURGIÃO DO APARELHO DIGESTIVO · RQE 46345

Dr. Mateus Antunes Nogueira · Médico · CRM-SP 97.070 · Cirurgião do Aparelho Digestivo · RQE 46345.

Sou médico. Fiz residência em cirurgia geral e depois em cirurgia do aparelho digestivo. Atendo em consultório em São Paulo e opero em hospitais da cidade. Trato de doenças do esôfago, do estômago, do intestino, do fígado, da vesícula, do pâncreas e da parede do abdome.

Este livro trata de um assunto que quase nunca chega ao centro cirúrgico. Boa parte das pessoas que entram no meu consultório com medo de ter algo grave no estômago tem uma queixa que se resolve com conversa, exame certo e tratamento clínico, conduzido pelo gastroenterologista. O que eu tenho a oferecer aqui é a leitura de quem examina estômago doente de perto — e de quem sabe reconhecer a hora, rara, em que a doença vira caso de hospital.

Conteúdo informativo; não substitui consulta médica. Nenhum procedimento tem resultado garantido.

Dúvidas e agendamento: cirurgia.mateusnogueira.com.br

Transparência e licenças

Esta página declara a origem de cada figura usada no livro, a base das informações e as condições de uso do material.

Figuras e ilustrações

ITEM	ASSUNTO	ARQUIVO	ORIGEM E LICENÇA
Figura 1.1	O estômago por dentro, com as regiões que o laudo cita. Os rótulos da prancha original, que vinham em inglês, foram substituídos pelos nomes em português: fundo, corpo, antro, piloro e duodeno.	Figura_1.1_estomago-ana-tomia-servier.png	Adapted from Servier Medical Art (https://smart.servier.com), licensed under CC BY 4.0
Figura 1.2	As camadas da parede do estômago, de dentro para fora, e até onde chega cada problema deste livro. A gastrite fica na primeira camada; a úlcera atravessa essa camada e avança na parede.	Figura_1.2_parede-do-estomago.png	Elaborado pelo autor
Figura 2.1	Por que dói sem ferida: quatro dos cinco mecanismos que o consenso europeu de dispepsia reconhece — o quinto é a própria bactéria, assunto do capítulo 4. Eles convivem na mesma pessoa e nenhum aparece em exame de sangue de rotina.	Figura_2.1_mecanismos-da-ma-digestao.png	Elaborado pelo autor a partir de (WAUTERS et al., 2021) e (KOLOSKI et al., 2016)
Figura 3.1	O que a comida faz, e o que ela não faz. À esquerda, os itens que se repetiram nos estudos da revisão; à direita, as crenças que não encontraram sustentação.	Figura_3.1_comida-o-que-a-evidencia-mostra.png	Elaborado pelo autor a partir de (DUNCANSON et al., 2018)
Figura 3.3	O teste de duas semanas, item por item. O método serve para identificar o gatilho de uma pessoa, e não para descobrir a causa de uma doença.	Figura_3.3_teste-de-duas-semanas.png	Elaborado pelo autor a partir de (DUNCANSON et al., 2018)
Figura 4.1	Como a bactéria chega, e onde ela mora. O esquema responde às três perguntas que aparecem logo depois de um resultado positivo.	Figura_4.1_como-a-bacteria-chega.png	Elaborado pelo autor
Gráfico 4.2	Quantas pessoas convivem com a bactéria, nas duas pontas da mesma revisão. Cada figura é uma pessoa; as escuras são as infectadas.	Grafico_4.2_quantos-tem-a-bacteria.png	Elaborado pelo autor a partir de (HOOI et al., 2017)

Figura 5.2	O caminho que separa quem faz endoscopia de quem começa pelo teste. O fluxo descreve o que as diretrizes recomendam para adultos, e quem o aplica ao seu caso é o seu médico.	Figura_5.2_fluxo-en-doscopia-ou-teste.png	Elaborado pelo autor a partir de (MOAYYEDI et al., 2017), (WAUTERS et al., 2021) e (PIMENTEL-NUNES et al., 2019)
Figura 5.3	De onde saem as biópsias. O mapa mostra as regiões que o laudo nomeia e as duas de onde o material costuma ser colhido.	Figura_5.3_de-onde-saem-as-biopsias.png	Elaborado pelo autor a partir de (PIMENTEL-NUNES et al., 2019)
Figura 5.4	O que atrapalha o teste da bactéria. Antibiótico e remédio que reduz o ácido, tomados pouco antes, produzem resultado negativo falso.	Figura_5.4_o-que-atrapalha-o-teste.png	Elaborado pelo autor a partir de (BEST et al., 2018) e (CHEY et al., 2024)
Figura 6.1	O tratamento, do primeiro comprimido ao teste de controle. O calendário descreve um percurso comum e não substitui a prescrição do seu médico.	Figura_6.1_linha-do-tempo-do-tratamento.png	Elaborado pelo autor a partir de (CHEY et al., 2024), (MALFERTHEIMER et al., 2022) e (BEST et al., 2018)
Figura 6.3	Quando o sintoma continua: os próximos passos, na ordem em que costumam ser tentados.	Figura_6.3_quando-o-sintoma-continua.png	Elaborado pelo autor a partir de (MOAYYEDI et al., 2017) e (CHEY et al., 2024)
Figura 7.1	A úlcera gástrica vista por dentro: a ferida aberta na parede, no meio das pregas da mucosa. A profundidade que ela alcança está desenhada na Figura 1.2.	Figura_7.1_ulcera-gastrica-servier.png	Adapted from Servier Medical Art (https://smart.servier.com), licensed under CC BY 4.0
Figura 7.2	Os degraus da mucosa do estômago, da inflamação à alteração das células. A faixa embaixo marca onde está a maior parte de quem tem um laudo de gastrite.	Figura_7.2_degraus-da-mucosa.png	Elaborado pelo autor a partir de (SUGANO et al., 2015), (PIMENTEL-NUNES et al., 2019) e (UEMURA et al., 2001)
Gráfico 7.3	Câncer de estômago em frequência natural, num estudo japonês de quase oito anos. Cada figura é uma pessoa; as escuras são aquelas em que o câncer apareceu. A faixa do meio é o subgrupo com má digestão sem úlcera, que é o de quem provavelmente está lendo isto.	Grafico_7.3_cancer-em-frequencia-natural.png	Elaborado pelo autor a partir de (UEMURA et al., 2001)
Figura 8.1	Quem cuida do quê. O cirurgião aparece na ponta da fila, e apenas nas complicações.	Figura_8.1_quem-cuida-do-que.png	Elaborado pelo autor
Figura 8.2	As quatro portas do cirurgião. São as únicas situações em que a doença do estômago inflamado vira caso cirúrgico.	Figura_8.2_as-quatro-portas-do-cirurgiao.png	Elaborado pelo autor

Figura 9.1	Dor de estômago: o que não pode esperar, em três níveis. A lista orienta a decisão de procurar atendimento, e não o diagnóstico.	Figura_9.1_sinais-de-alerta.png	Elaborado pelo autor a partir de (MOAYYEDI et al., 2017)
-------------------	--	---------------------------------	--

Base das informações

O texto foi escrito a partir de diretrizes e de estudos publicados em revistas científicas com revisão por pares, listados na seção de Referências. As citações no corpo do texto seguem o formato autor-data e remetem à lista final, formatada segundo a ABNT NBR 6023.

Conflitos de interesse

O autor declara não ter recebido patrocínio, amostra de cortesia, honorário de palestra ou qualquer outra contrapartida de fabricantes de medicamentos, equipamentos ou testes diagnósticos citados nesta obra. Nenhum hospital, operadora, laboratório ou indústria patrocinou esta obra. As ilustrações de anatomia foram adaptadas do acervo aberto da Servier Medical Art, com a licença declarada em cada legenda; as demais artes foram elaboradas pelo autor a partir das referências citadas.

Condições de uso

© 2026 Dr. Mateus Antunes Nogueira. A leitura e a impressão para uso pessoal são permitidas. Reprodução, redistribuição, venda, edição de trechos e uso para treinamento de sistemas automatizados dependem de autorização escrita do autor. Cada exemplar traz marcação de origem no fundo e no pé de página.

Colofão. Composto em Crimson Pro (títulos) e DM Sans (texto), da identidade visual do autor. Paginado com CSS Paged Media e gerado em 2026. Formato A4 retrato.