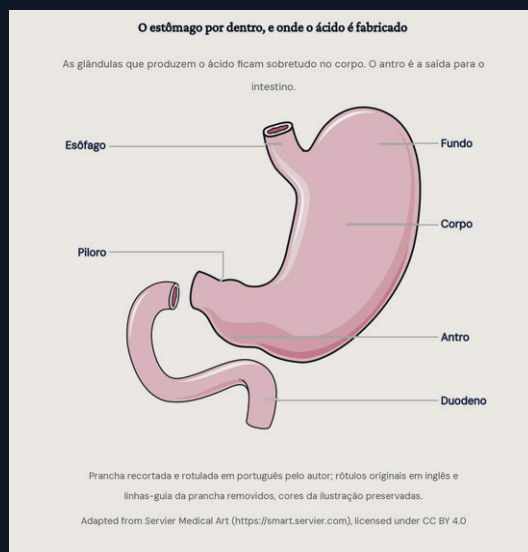


Omeprazol e os remédios do estômago

Para que servem, por quanto tempo, e o que acontece se eu tomar para sempre



Dr. Mateus Antunes Nogueira

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

Omeprazol e os remédios do estômago

Para que servem, por quanto tempo, e o que acontece se eu tomar para sempre

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 18
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. O ácido não é o inimigo	5
1.1 Por que o estômago fabrica ácido	5
1.2 Onde o remédio age	6
1.3 O que você vai encontrar aqui	8
2. A família dos remédios do estômago	10
2.1 As prateleiras da farmácia	10
2.2 Os nomes que aparecem na receita	11
3. Para que o omeprazol serve de verdade	14
3.1 As indicações em que o benefício está medido	14
3.2 O caso do anti-inflamatório, do antiagregante e do anticoagulante	15
4. O “protetor gástrico” e as indicações que não existem	19
4.1 De onde vem o apelido	19
4.2 O que se diz por aí, e o que se sabe	21
5. Por quanto tempo, e com que dose	24
5.1 Tratamento e manutenção são coisas diferentes	24
5.2 A menor dose que funciona	25
5.3 Quem tem motivo para continuar	26
6. Como se para: o rebote e o desmame	29
6.1 O que acontece quando o remédio sai	29
6.2 O desmame, passo a passo	30
7. Tomar para sempre: o que se mediu	35
7.1 Dois tipos de estudo, duas forças diferentes	35
7.2 O que o ensaio sorteado encontrou	36
7.3 As associações, uma a uma	37
7.4 O que fazer com tudo isso	40
8. Quando a endoscopia entra, e quando o cirurgião entra	41
8.1 O que decide a endoscopia	41
8.2 Quem cuida de quê	43
8.3 As duas rotas, com o custo de cada uma	44
9. O que não pode esperar e o que levar à consulta	47
9.1 Três níveis, três condutas	47
9.2 O que perguntar, por momento	48

9.3 O que este livro sustenta	49
Glossário	51
Referências	53
Sobre o autor	55
Transparência e licenças	56

O ácido não é o inimigo

EM UMA FRASE

O ácido do estômago tem função. Reduzi-lo é tratamento com indicação, dose e prazo — e o prazo é a parte que quase nunca entra na conversa.

1.1 Por que o estômago fabrica ácido

Quem toma omeprazol há anos costuma ter aprendido a história pela metade. O ácido faz mal, o remédio tira o ácido, pronto. A metade que falta explica quase tudo o que vem depois neste livro. Explica, inclusive, por que a queimação piora nos primeiros dias de quem para de tomar.

O estômago fabrica um líquido tão ácido quanto o de uma bateria de carro. Fabrica de propósito. Esse líquido desmancha a proteína da comida em pedaços pequenos o bastante para o intestino aproveitar, e serve de filtro contra boa parte das bactérias que descem junto com o que você engole. Para não se digerir por dentro, o órgão mantém sobre a própria parede uma camada de muco espesso. É o equilíbrio entre esse muco e aquele líquido que decide se a mucosa fica inteira ou machuca. Pouca coisa separa as duas situações.

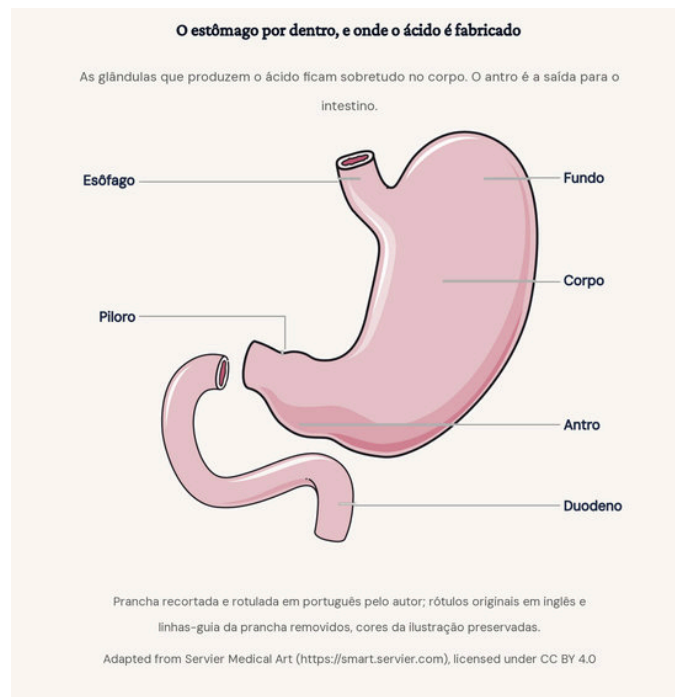


FIGURA 1.1

O estômago por dentro. As glândulas que fabricam o ácido ficam sobretudo no corpo, a porção central; o antro é a saída para o intestino. Os rótulos da prancha original, em inglês, foram substituídos pelos nomes em português.

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

A Figura 1.1 mostra onde ficam essas glândulas. Guarde a localização: ela volta no capítulo da endoscopia.

1.2 Onde o remédio age

Na superfície da célula voltada para dentro do estômago existe uma engrenagem. Ela empurra para fora partículas de carga positiva, e são elas que formam o ácido. A peça se chama bomba de prótons. É ela que batiza a família inteira do omeprazol: inibidores de bomba de prótons, abreviados como IBP em receita e laudo.

O remédio não neutraliza o ácido que já está lá dentro. Ele desliga parte das bombas, de maneira que a próxima leva de ácido chega menor. Duas consequências dessa mecânica atravessam o livro. A primeira é a demora: o efeito leva alguns dias para chegar ao máximo. A segunda é a reação do corpo, que percebe a falta de ácido e pede mais produção. Essa conta só fecha no capítulo do rebote.



Na Figura 1.2, repare que as três colunas não fazem a mesma coisa. Elas voltam lado a lado no capítulo seguinte, com a indicação de cada uma.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Uma revisão japonesa sobre o uso prolongado desta família começa pelo terreno onde ela se firmou (KINOSHITA et al., 2018). A prevenção de úlcera em quem toma aspirina ou anti-inflamatório está nesse terreno, e as doenças em que o ácido machuca também. A razão é mecânica: cortar a produção de ácido é o que esse remédio faz, e faz com força. O desconforto dos autores mora no que veio depois: quando a receita alcança quadros em que o benefício nunca foi confirmado, muita gente sem nada a ganhar entra na conta, e o efeito indesejado raro ganha um peso que sozinho não teria.

Uma revisão de prática da associação americana de gastroenterologia pega esse mesmo retrato e o transforma em rotina de consultório (FREEDBERG et al., 2017). São dez conselhos de boa prática, e o sexto tem endereço fixo neste livro. O alvo que ele fixa é a menor quantidade capaz de segurar o problema que levou a pessoa ao remédio; e o caminho até esse alvo é voltar à dose de tempos em tempos, em quem usa há muito tempo. Reavaliar. Essa é a palavra-chave do livro inteiro.

Fonte: KINOSHITA et al., 2018; FREEDBERG et al., 2017

1.3 O que você vai encontrar aqui

TABELA 1.3 — ONDE ESTÁ CADA DÚVIDA NESTE LIVRO

SE A SUA PERGUNTA É	O CAPÍTULO QUE RESPONDE
"Que remédio é esse, e qual a diferença dos outros?"	A família dos remédios do estômago.
"Para que ele serve mesmo, e preciso tomar protetor por causa dos meus outros remédios?"	Para que o omeprazol serve de verdade, e depois o "protetor gástrico".
"Posso tomar para sempre? Por quanto tempo, afinal?"	Por quanto tempo, e com que dose.
"Tentei parar e piorou. Por quê?"	Como se para: o rebote e o desmame.
"Li que dá fratura, demência, problema de rim. É verdade? E quando preciso de endoscopia ou de cirurgia?"	Tomar para sempre: o que se mediu; depois, quando a endoscopia entra.

Fonte: Elaborado pelo autor.

A Tabela 1.3 é o mapa. Se você chegou com uma pergunta só, comece pela linha dela.

SINAIS DE ALERTA

Antes de qualquer outra coisa, há uma lista curta que não espera leitura nenhuma.

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.
- Vômito que não para e impede de beber água.

Os quatro primeiros sugerem sangramento ou perfuração; o último desidrata em poucas horas. A lista completa, com os três níveis, fecha o livro.

O que muda quando o ácido cai

Os dois lados da mesma conta, e o segundo explica o capítulo sobre como parar.

O alívio que se busca

A queimação cede.

A ferida do esôfago ou do estômago cicatriza.

O antibiótico contra a bactéria funciona melhor.

A resposta do organismo

A gastrina sobe, porque o corpo percebe a falta.

As células produtoras trabalham mais.

Essa capacidade extra ainda está lá quando o remédio sai.

Elaborado pelo autor a partir de KINOSHITA et al., 2018 e NIKLASSON et al., 2010.

FIGURA 1.4

O que muda quando o ácido cai: o alívio que se busca, de um lado, e a resposta do organismo, do outro.

Elaborado pelo autor a partir de (KINOSHITA et al., 2018) e (NIKLASSON et al., 2010)

A Figura 1.4 mostra os dois lados. O da direita volta no capítulo do rebote.

Sabendo onde o remédio age, fica possível separar o que a farmácia vende em prateleiras diferentes. É o assunto da família dos remédios do estômago.

A família dos remédios do estômago

EM UMA FRASE

Quatro classes, quatro velocidades, finalidades que não se substituem. Quem troca uma pela outra por conta própria quase sempre troca a errada.

2.1 As prateleiras da farmácia

O ácido tem função, e mexer nele tem mais de um jeito. A farmácia vende todos eles, e boa parte da confusão do consultório nasce de tratá-los como sinônimos.

O antiácido neutraliza o que já está no estômago. Age em minutos. Dura pouco, porque não mexe na fábrica. O bloqueador H2 corta um dos sinais que mandam a célula produzir; ele é mais antigo que o omeprazol e reduz menos, ainda que comece a agir mais depressa. O inibidor de bomba desliga a engrenagem final da produção. O efeito pleno leva alguns dias para chegar. Depois se sustenta ao longo do dia inteiro. É por isso que ele é o escolhido quando a intenção é cicatrizar alguma coisa no esôfago ou no estômago. Existe ainda uma quarta classe, mais recente, que bloqueia a mesma bomba por outro encaixe.

TABELA 2.1 — AS CLASSES QUE MEXEM NO ÁCIDO, COM O CONTRA DE CADA UMA

CLASSE	COMO AGE	QUANDO COSTUMA SER LEMBRADA	O CONTRA, DITO POR INTEIRO
Antiácido	Neutraliza o ácido já presente.	Alívio pontual da queimação, na hora do incômodo.	Dura pouco e não cicatriza nada. Não serve para tratamento de semanas.
Bloqueador H2	Bloqueia um dos sinais que estimulam a produção.	Sintoma leve e ocasional; à noite, em casos selecionados.	Reduz o ácido menos que a classe seguinte, e o efeito tende a diminuir com o uso diário.
Inibidor de bomba de prótons	Desliga parte das bombas que produzem o ácido.	Esofagite, úlcera, erradicação da bactéria, proteção de quem usa anti-inflamatório.	Leva dias para o efeito pleno; parar de repente pode devolver sintoma por algumas semanas.
Bloqueador ácido competitivo do potássio	Bloqueia a mesma bomba por outro encaixe, com efeito mais rápido.	Situações selecionadas, discutidas com quem prescreve.	Classe recente, com menos dados de segurança de longo prazo e custo maior; uma revisão de prática não a coloca como primeira escolha onde a superioridade não foi demonstrada.

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de PATEL et al., 2024, KINOSHITA et al., 2018 e MOAYYEDI et al., 2017.

A Tabela 2.1 põe as quatro lado a lado. A desvantagem de cada uma está escrita no mesmo tamanho da vantagem. Repare na última coluna da terceira linha. Ela é o motivo de existir um capítulo inteiro sobre como parar.

Quando cada classe começa a agir, e quanto o efeito dura	
Faixas qualitativas: descrevem o comportamento habitual das classes; a dose e o horário de cada pessoa são outra conversa.	
minutos	Antiácido Neutraliza o ácido presente. Passa com a refeição.
menos de uma hora	Bloqueador H2 Corta um dos sinais de produção e reduz menos.
algumas horas	Inibidor de bomba: 1ª dose Desliga as bombas ativas. O alívio ainda é parcial.
alguns dias	Inibidor de bomba: efeito pleno Julgar o remédio no primeiro dia engana.
ao longo do dia	O que se mantém A redução se sustenta: é a classe usada para cicatrizar.
Quem escolhe a classe e o horário é quem prescreve para você.	
Elaborado pelo autor a partir de KINOSHITA et al., 2018 e PATEL et al., 2024.	

FIGURA 2.2

Quando cada classe começa a agir e por quanto tempo o efeito se mantém. Os prazos aparecem em faixas qualitativas, porque descrevem o comportamento habitual das classes; a dose de cada pessoa é outra conversa.

Elaborado pelo autor a partir de (KINOSHITA et al., 2018) e (PATEL et al., 2024)

A Figura 2.2 explica um mal-entendido comum do consultório. Quem espera do omeprazol o alívio imediato do antiácido conclui que o remédio falhou, quando o que faltou foi tempo.

2.2 Os nomes que aparecem na receita

Dentro da família do inibidor de bomba há várias substâncias, e a troca entre elas é comum. Omeprazol, pantoprazol, esomeprazol, lansoprazol e rabeprazol pertencem ao mesmo grupo. Foram estudados como grupo na maioria dos trabalhos que este livro cita. Quando o texto disser “o remédio”, vale para todas.



FIGURA 2.3

As substâncias da mesma família que aparecem nas receitas e nos estudos. O nome muda; o mecanismo é o mesmo.

Elaborado pelo autor a partir de (GOMM et al., 2016) e (MOAYYEDI et al., 2019)

A Figura 2.3 reúne esses nomes. Dois deles aparecem com frequência nas pesquisas citadas adiante, e isso tem um motivo prático: o grande estudo de segurança usou pantoprazol, e o ensaio que testou a interação com um antiagregante usou omeprazol.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Uma atualização de prática de 2024 da associação americana de gastroenterologia foi escrita para responder onde entra a classe mais nova, a dos bloqueadores ácidos competitivos do potássio (PATEL et al., 2024). São nove conselhos. O primeiro é de contenção. Onde a superioridade clínica sobre o que já existe ainda não apareceu, o documento mantém essa classe fora do tratamento de partida. E a razão declarada ali não é médica. Pesa haver menos dados de segurança de longo prazo. Pesa o custo. Pesa a dificuldade de conseguir o remédio. Num ponto o texto vai na direção oposta e recomenda a classe nova no lugar do inibidor de bomba para a maioria de quem trata o *Helicobacter pylori*.

A diretriz conjunta das sociedades americana e canadense sobre má digestão desenha o degrau anterior a tudo isso (MOAYYEDI et al., 2017). Abaixo dos sessenta anos e sem sinal de alarme, o primeiro movimento é procurar a bactéria. Quem estiver infectado, trata. O remédio que reduz o ácido entra depois, como período de teste, para quem deu negativo e para quem seguiu com queixa. Se nem isso resolver, restam o antidepressivo em dose baixa e o procinético, com a preferência declarada pelo antidepressivo.

Fonte: PATEL et al., 2024; MOAYYEDI et al., 2017

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Qual substância eu tomo, em qual dose, e há quanto tempo?
- Ela foi escolhida por alguma razão específica no meu caso?
- Existe interação com os outros remédios da minha lista?

Conhecer a prateleira é metade do caminho. Falta a pergunta que trouxe a maioria dos leitores até aqui: para que esse remédio serve de verdade.

Para que o omeprazol serve de verdade

EM UMA FRASE

Há situações em que esse remédio muda o rumo de uma doença. Elas têm nome. E são poucas, se comparadas à quantidade de receitas que circula.

3.1 As indicações em que o benefício está medido

Conhecida a família de remédios que a farmácia vende, cabe olhar o que ela resolve. Começo pelas situações em que ninguém discute a indicação.

A primeira é o refluxo com complicação já visível no exame: esofagite erosiva, que são feridas rasas no esôfago, e estreitamento cicatricial. A segunda é a úlcera do estômago ou do duodeno. Ali a redução do ácido dá à ferida a chance de cicatrizar, e o remédio tem começo e fim marcados. A terceira é o tratamento para eliminar o *Helicobacter pylori*. O remédio entra junto dos antibióticos, que funcionam melhor em meio menos ácido. A quarta protege quem precisa continuar tomando anti-inflamatório ou antiagregante e tem risco alto de sangrar por úlcera. Há uma quinta. O esôfago de Barrett, tratado no guia próprio, tem regra específica.



A Figura 3.1 reúne essas indicações em cartões. Confira se a sua está ali. Se não estiver, o capítulo seguinte foi escrito para você.

3.2 O caso do anti-inflamatório, do antiagregante e do anticoagulante

Esta indicação merece parágrafo próprio. Quem toma aspirina depois de um problema no coração, ou anti-inflamatório por uma doença articular, corre risco maior de abrir uma úlcera que sangre. Reduzir o ácido ali previne uma complicação que leva ao hospital. Conforto tem pouco a ver com isso.

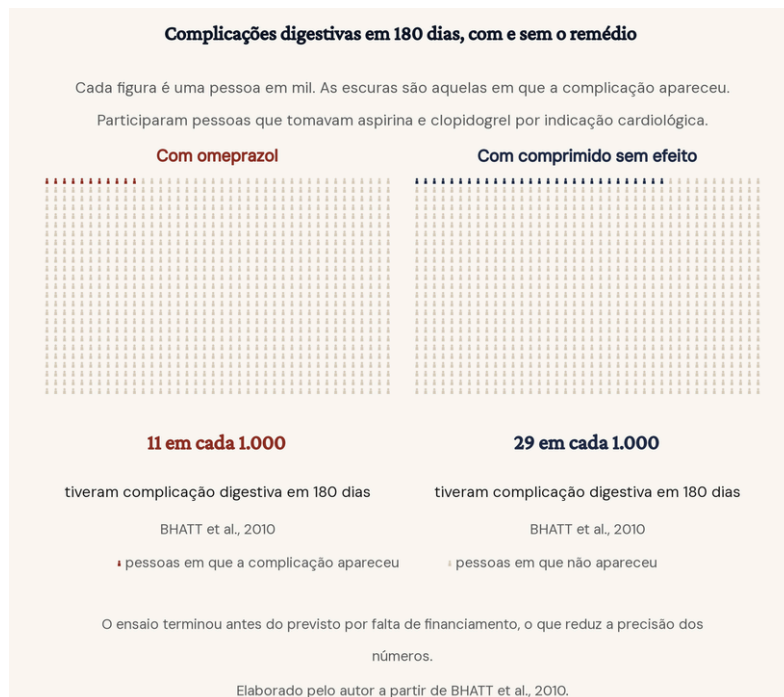


GRÁFICO 3.2

Complicações digestivas em 180 dias, num ensaio com pessoas que tomavam aspirina e clopidogrel por indicação cardiológica. Cada figura é uma pessoa em mil; as escuras são aquelas em que a complicação apareceu.

Elaborado pelo autor a partir de (BHATT et al., 2010)

O Gráfico 3.2 traduz a porcentagem em pessoas. Guarde a população: gente com indicação de tomar dois antiagregantes ao mesmo tempo. O número não se transporta para quem toma apenas uma aspirina em dose baixa, sem fator de risco.

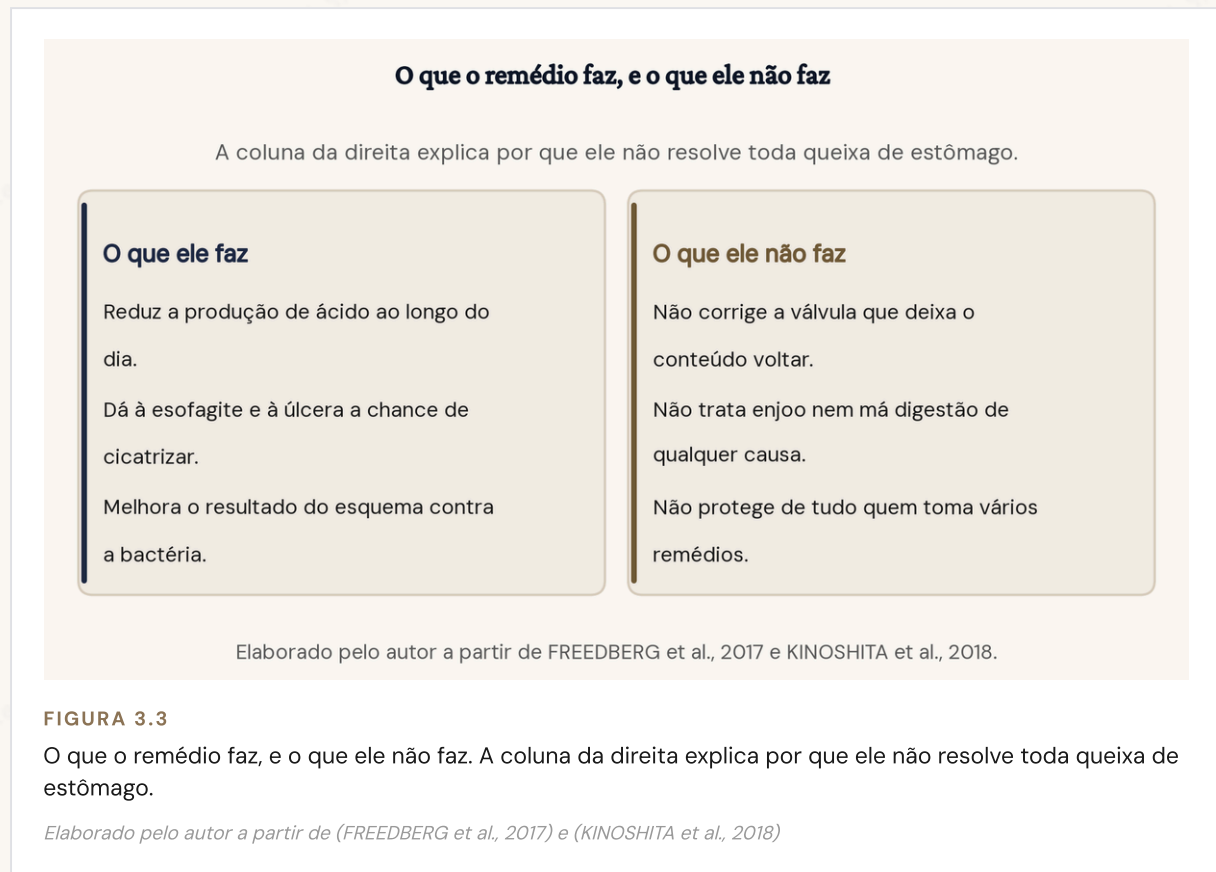
O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Um ensaio internacional sorteou pessoas com indicação de tomar dois antiagregantes: junto do clopidogrel e da aspirina, elas receberam omeprazol ou comprimido sem efeito (BHATT et al., 2010). Foram 3.873 sorteadas, e 3.761 entraram na análise. O estudo terminou antes do previsto, por falta de financiamento, o que reduz a precisão dos números. Em 180 dias, o desfecho digestivo apareceu em 1,1% de quem tomou omeprazol e em 2,9% de quem tomou o comprimido sem efeito. Do lado do coração, os eventos foram 4,9% com omeprazol e 5,7% sem ele, com intervalo de confiança amplo. Os autores escrevem que não houve interação aparente, e que os resultados não descartam uma diferença clinicamente relevante.

A revisão de boa prática americana traduz esse conjunto em conduta (FREEDBERG et al., 2017). Ela olha para quem tem risco alto de sangrar por úlcera e precisa seguir com o anti-inflamatório, e põe o remédio na receita dessa pessoa enquanto o anti-inflamatório continuar; a diretriz americana de 2009 sobre úlcera por anti-inflamatório cobre o mesmo terreno (LANZA et al., 2009). O mesmo documento sustenta a primeira indicação da Figura 3.1. Quanto à bactéria, o consenso europeu registra que a infecção passou a ser reconhecida como doença infecciosa, e que daí decorre a recomendação de tratar quem está infectado (MALFERTHEINER et al., 2022).

Fonte: BHATT et al., 2010; FREEDBERG et al., 2017; MALFERTHEINER et al., 2022

Falta o vizinho dessa indicação, e ele confunde muita gente na farmácia. Antiagregante e anticoagulante são famílias diferentes: uma age sobre as plaquetas, e nela estão a aspirina em dose baixa e o clopidogrel; a outra age sobre as proteínas que fecham o coágulo, e é onde ficam a varfarina, a rivaroxabana e a apixabana. O ensaio de segurança que este livro discute adiante foi feito justamente na segunda companhia: as 17.598 pessoas sorteadas para pantoprazol ou para comprimido sem efeito tomavam rivaroxabana, aspirina, ou as duas. A combinação foi observada, portanto, em muita gente e por três anos. Se ela cabe a você, isso depende do seu risco de sangrar, e a conta é de quem prescreve o anticoagulante.



A Figura 3.3 põe os dois lados juntos. Leia a coluna da direita devagar.

A lista da Figura 3.1 é curta. Se a sua receita não se encaixa em nenhuma linha dela, há uma explicação muito comum, e ela atende por um apelido: protetor gástrico.

O “protetor gástrico” e as indicações que não existem

EM UMA FRASE

O apelido é simpático e a ideia por trás dele é generosa. O problema apareceu depois: um tratamento com prazo virou hábito sem revisão.

4.1 De onde vem o apelido

Serve para quê, afinal? A pergunta tem, em farmácias e prontuários, uma resposta curta que atravessou décadas: protetor gástrico. A expressão nasceu de uma intuição razoável. Se o remédio protege quem toma anti-inflamatório, protegeria também quem toma qualquer coisa. A intuição virou rotina. A rotina virou receita automática.

Vale dizer com clareza: quem começou esse hábito não agiu de má-fé, e em parte dos casos ele evitou úlcera de verdade. O que a pesquisa dos últimos quinze anos mostrou foi o tamanho do exagero. Quando a receita alcança muito mais gente do que a indicação comporta, o benefício médio encolhe e qualquer problema raro passa a ser contado em muitas pessoas.



A Figura 4.1 separa os dois lados. Nenhuma linha da coluna da direita manda você parar hoje: ela indica o que levar por escrito à consulta.

4.2 O que se diz por aí, e o que se sabe

TABELA 4.2 — FRASES QUE CIRCULAM SOBRE O “PROTETOR”, E O QUE EXISTE POR TRÁS

O QUE SE DIZ	O QUE SE SABE	O QUE FAZER COM ISSO
“Tomo porque uso muitos remédios.”	A prescrição preventiva se espalhou para situações em que o benefício não foi confirmado.	Leve a lista completa à consulta e pergunte qual item justifica a proteção.
“Tomo porque tomo antibiótico.”	Antibiótico não é, por si, indicação de reduzir o ácido; a exceção é o esquema contra o H. pylori, em que o remédio faz parte do tratamento.	Pergunte se a sua situação é a exceção ou a regra.
“Tomo porque sinto enjojo.”	Enjojo não está entre as indicações em que o benefício está medido.	Investigar a causa do enjojo rende mais do que manter o comprimido.
“Tomo desde uma internação e nunca mais parei.”	Uma atualização de prática recomenda que toda pessoa em uso tenha a indicação revista e registrada em prontuário, sob responsabilidade de quem faz o acompanhamento.	Peça essa revisão pelo nome: revisão da indicação.
“Meu vizinho parou e passou mal, então não vou parar.”	O desconforto de parar existe, tem nome e é passageiro. Ele tem capítulo próprio aqui.	Nunca suspenda por conta própria: quem ajusta ou retira é o seu médico.

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de TARGOWNIK et al., 2022, BOGHOSSIAN et al., 2017 e KINOSHITA et al., 2018.

Na Tabela 4.2, a última linha é a mais importante do capítulo. Descobrir que a indicação era frágil não transforma a suspensão imediata em boa ideia. Transforma a próxima consulta em consulta necessária.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Uma revisão Cochrane sobre desprescrição abre o texto com o tamanho do problema (BOGHOSSIAN et al., 2017). Conforme o estudo consultado, a proporção de quem recebe esse remédio sem indicação adequada vai de 25% a 70%. Os autores descrevem o que essa sobra produz na vida de quem toma: mais um comprimido na lista de todo dia, mais uma chance de interação com os outros da lista — e nenhuma data marcada para alguém perguntar se ele ainda é necessário.

A atualização de prática americana sobre desprescrição transforma a mesma matéria em rotina de consultório (TARGOWNIK et al., 2022). O princípio de partida dos autores é simples de enunciar e difícil de cumprir. Duas coisas autorizam um remédio na receita: o que a pesquisa já mostrou sobre ele e o que ele já fez por aquela pessoa. Sem elas, a receita não se sustenta. Dos dez conselhos, dois valem aqui. O primeiro põe a revisão da indicação no calendário de quem faz o acompanhamento habitual, com o motivo do uso escrito no prontuário. O segundo trata de quem chega a essa revisão sem motivo firme para continuar: essa pessoa entra na lista de candidatos a uma tentativa de retirada. Candidato. A palavra é do documento, e a decisão se toma junto da pessoa.

Fonte: BOGHOSSIAN et al., 2017; TARGOWNIK et al., 2022

Como pedir a revisão da indicação

Três frases que transformam a consulta de rotina numa revisão de verdade.

1 Leve a lista inteira Todos os remédios, com dose e há quanto tempo.	2 Peça pelo nome “Podemos revisar a indicação deste aqui e registrar no prontuário?”	3 Combine o próximo passo Manter, reduzir ou tentar parar — com data de retorno marcada.
---	--	--

Elaborado pelo autor a partir de TARGOWNIK et al., 2022.

FIGURA 4.3

Como pedir a revisão da indicação: três frases que transformam a consulta de rotina numa revisão de verdade.

Elaborado pelo autor a partir de (TARGOWNIK et al., 2022)

A Figura 4.3 traz essas frases prontas. Copie-as.

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Qual é a minha indicação hoje, escrita com todas as letras no prontuário?
- Se a indicação era temporária, ela ainda vale?
- Faz sentido tentar reduzir a dose antes de pensar em parar?
- Quem vai acompanhar essa tentativa, e em quanto tempo eu volto?

Se a indicação existe, a próxima pergunta muda de natureza. Ela deixa de ser "para que serve" e passa a ser por quanto tempo, e com que dose.

Por quanto tempo, e com que dose

EM UMA FRASE

Tratamento tem alta. Manutenção tem revisão. Confundir os dois é o que faz uma receita de oito semanas durar oito anos.

5.1 Tratamento e manutenção são coisas diferentes

Desfeito o mal-entendido do protetor, sobra a pergunta mais buscada sobre esse remédio na internet brasileira. Ela tem duas respostas. Há dois usos, com relógios diferentes.

Tratamento é o uso com prazo, feito para cicatrizar alguma coisa: a úlcera, a esofagite, a mucosa agredida. Ele começa e termina, e o fim costuma ser medido em semanas. Manutenção é o uso continuado para segurar um sintoma ou impedir a volta de uma lesão. Não tem alta marcada no calendário; tem revisão marcada. A diferença parece técnica e decide tudo. Quem está em tratamento espera terminar. Quem está em manutenção precisa reavaliar.



FIGURA 5.1

Os dois relógios do mesmo comprimido: o do tratamento, que termina, e o da manutenção, que se revisa. As marcas de tempo descrevem percursos comuns e não substituem a prescrição de quem acompanha você.

Elaborado pelo autor a partir de (FARRELL et al., 2017) e (FREEDBERG et al., 2017)

A Figura 5.1 desenha os dois percursos lado a lado. Procure em qual deles você está. Muita gente descobre aqui que entrou por um e ficou no outro sem ser avisada.

5.2 A menor dose que funciona

Existe um degrau intermediário que quase ninguém experimenta antes de discutir a suspensão. Reduzir. Quem toma duas vezes ao dia pode ter espaço para tomar uma. Quem toma todos os dias pode ter espaço para tomar só nos dias de sintoma. Cada degrau desses é uma pergunta de consulta, e a resposta depende do diagnóstico que colocou você ali.

TABELA 5.2 — OS DEGRAUS ANTES DE FALAR EM PARAR

DEGRAU	O QUE MUDA	PARA QUEM COSTUMA SER DISCUTIDO
Revisar a indicação	Nada na dose; tudo no raciocínio. É o passo zero.	Todo mundo que usa o remédio de forma contínua.
Duas vezes ao dia para uma vez ao dia	Metade da dose diária, mantendo o uso contínuo.	Quem tem indicação de uso crônico e está na dose dobrada.
Dose diária menor	Mesma frequência, quantidade menor por comprimido.	Quem controlou o sintoma e quer chegar à menor dose eficaz.
Uso sob demanda	Tomar apenas nos dias em que o sintoma aparece.	Refluxo leve, sem esofagite grave nem história de úlcera que sangrou.
Suspensão	Parar, com plano combinado e data de retorno.	Quem completou o tratamento e está sem sintoma, fora dos grupos excluídos.

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de TARGOWNIK et al., 2022, FARRELL et al., 2017 e BOGHOSSIAN et al., 2017.

A Tabela 5.2 organiza os degraus na ordem em que costumam ser discutidos. Descer um degrau por vez rende mais informação do que saltar do alto.

5.3 Quem tem motivo para continuar

Há pessoas para quem essa conversa toda não se aplica. Dizer isso com clareza é parte do serviço.



Na Figura 5.3 estão os grupos em que a suspensão não é considerada de rotina. Refluxo complicado, com história de esofagite grave, úlcera do esôfago ou estreitamento. Esôfago de Barrett. Esofagite eosinofílica. Fibrose pulmonar idiopática. E quem tem risco alto de sangramento no trecho alto do aparelho digestivo. Se você se reconhece em alguma dessas linhas, a pergunta da sua consulta muda: passa a ser sobre a dose.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

A atualização americana sobre desprescrição desce ao detalhe da dose (TARGOWNIK et al., 2022). A dose dobrada é o primeiro lugar onde o texto manda mexer. Uma vez ao dia é o alvo que ele propõe à maioria de quem hoje toma duas — inclusive a quem tem motivo firme para seguir com o remédio. É desse documento que sai a lista da Figura 5.3. E há uma ordem de segurança antes de qualquer retirada: o risco de sangramento no trecho alto do aparelho digestivo é medido por um método baseado em evidência em todo mundo que usa o remédio, e quem sair na faixa de risco alto fica de fora da retirada.

A diretriz canadense delimita o outro lado, o de quem pode entrar (FARRELL et al., 2017). O adulto que ela tem em vista já cumpriu quatro semanas ou mais de tratamento — por azia, ou por refluxo e esofagite de intensidade leve a moderada — e chegou ao fim desse prazo sem sintoma. Para ele, o documento admite três saídas: reduzir a dose, tomar só nos dias de sintoma, ou parar. Três situações ficam fora do alcance dessas recomendações: o esôfago de Barrett, hoje ou no passado; a esofagite grave, de grau C ou D; e a úlcera digestiva que sangrou e está documentada.

A revisão americana de 2017 fecha o triângulo (FREEDBERG et al., 2017). Quando o refluxo sem complicação responde ao tratamento curto, o passo seguinte esperado é a tentativa de reduzir a dose — ou de sair dela. Quem tenta sem conseguir tem uma alternativa antes de assumir o remédio para a vida inteira: medir o ácido no esôfago.

Fonte: TARGOWNIK et al., 2022; FARRELL et al., 2017; FREEDBERG et al., 2017

Quem chega até aqui com a indicação revista e a dose ajustada esbarra no obstáculo seguinte. Ele é físico, tem nome — rebote — e explica por que tanta gente desiste do desmame na primeira semana.

Como se para: o rebote e o desmame

EM UMA FRASE

A queimação que aparece na semana seguinte à retirada tem mecanismo conhecido e prazo para acabar. Confundi-la com a volta da doença devolve muita gente ao comprimido.

6.1 O que acontece quando o remédio sai

Por quanto tempo tomar era uma pergunta que terminou na dose. Falta o que acontece no corpo quando ela chega a zero. A resposta começa num hormônio.

Enquanto o ácido está baixo, o organismo entende que falta alguma coisa e aumenta a gastrina, o hormônio que estimula a produção. A gastrina alta, mantida por semanas, faz as células produtoras trabalharem mais e se multiplicarem. Quando o remédio sai, essa capacidade aumentada continua lá por algum tempo, sem nada que a freie. A produção de ácido sobe acima do patamar que existia antes do tratamento. O fenômeno tem nome: rebote ácido.

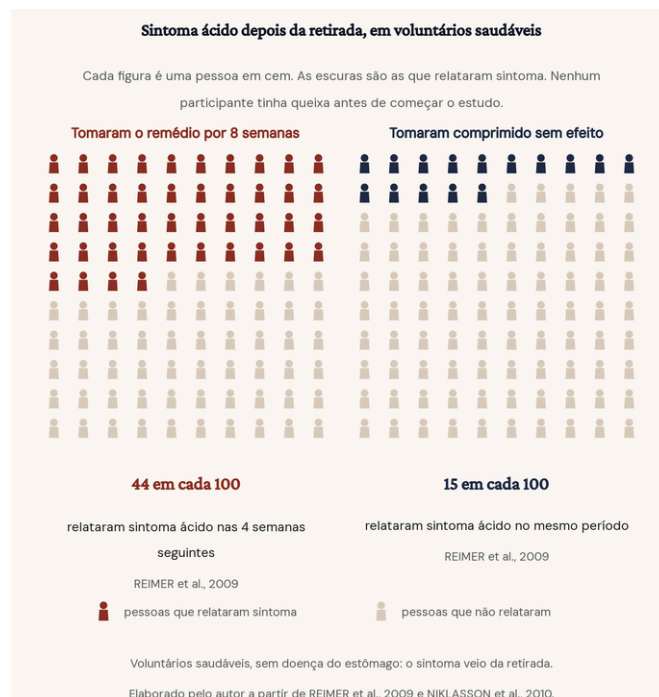


GRÁFICO 6.1

Sintoma ácido depois da retirada, em dois ensaios com voluntários saudáveis que não tinham queixa nenhuma antes de começar. Cada figura é uma pessoa em cem; as escuras são as que relataram sintoma.

Elaborado pelo autor a partir de (REIMER et al., 2009) e (NIKLAJSSON et al., 2010)

O Gráfico 6.1 mostra a diferença entre quem recebeu o remédio e quem recebeu o comprimido sem efeito. Os participantes eram voluntários saudáveis, sem sintoma antes do estudo. O sintoma que apareceu foi fabricado pela retirada; doença capaz de produzi-lo eles não tinham.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Dois ensaios randomizados demonstraram esse efeito em gente sem doença. No primeiro, dinamarquês, 120 voluntários saudáveis foram sorteados (REIMER et al., 2009). Um grupo recebeu doze semanas de comprimido sem efeito; o outro, oito semanas de esomeprazol seguidas de quatro semanas de comprimido sem efeito. Nas quatro semanas finais, 26 dos 59 do grupo que tomara o remédio relataram pelo menos um sintoma ácido clinicamente relevante. São 44%. No outro grupo foram 9 de 59, ou 15%. A diferença seguia significativa até a décima segunda semana do estudo, a última medida — ou seja, ao longo das quatro semanas sem o remédio.

No segundo ensaio, sueco, 48 voluntários saudáveis sem a bactéria *H. pylori* receberam pantoprazol ou comprimido sem efeito por 28 dias (NIKLAASSON et al., 2010). Já na primeira semana sem o comprimido, a má digestão apareceu em onze das vinte e cinco pessoas que haviam tomado pantoprazol. Entre as vinte e três do outro grupo, em duas. Aqui o desfecho foi outro: na terceira semana de seguimento, a diferença entre os grupos já não era significativa. Os autores mediram a gastrina, e o escore de sintoma da primeira semana se correlacionou com os níveis do hormônio — o que sustenta a explicação pelo rebote. Uma revisão brasileira resume o fenômeno numa linha: a interrupção abrupta se associa a produção de ácido acima do patamar anterior ao tratamento (CHINZON et al., 2022).

Fonte: REIMER et al., 2009; NIKLAASSON et al., 2010; CHINZON et al., 2022

6.2 O desmame, passo a passo

Saber que o desconforto é passageiro muda a conduta. Quem não sabe volta ao comprimido na primeira semana ruim, convencido de que a doença voltou, e sai dali com mais um ano de uso sem revisão. O caminho abaixo é o que costuma ser combinado em consultório.



FIGURA 6.2

O percurso de quem vai reduzir ou parar, do combinado inicial ao retorno marcado. Quem conduz cada etapa é o médico que acompanha o caso.

Elaborado pelo autor a partir de (TARGOWNIK et al., 2022) e (FARRELL et al., 2017)

A Figura 6.2 mostra o percurso completo. Duas coisas dele merecem destaque. A primeira é que existe escolha: as recomendações atuais admitem tanto a redução gradual quanto a parada direta, e deixam a decisão entre as duas para a consulta. A segunda é o retorno marcado antes de começar. Marque-o. É ele que transforma a piora da primeira semana em informação, em vez de susto.



FIGURA 6.3

O que se observou semana a semana nos dois ensaios com voluntários saudáveis. A linha do tempo descreve o que foi medido naquelas pessoas, e o seu corpo pode seguir outro ritmo.

Elaborado pelo autor a partir de (NIKLASSON et al., 2010) e (REIMER et al., 2009)

A Figura 6.3 põe essas semanas em ordem, e os dois estudos não terminam no mesmo ponto: no sueco a diferença sumiu na terceira semana; no dinamarquês ela ainda estava lá na quarta, a última medida. Daí sai o alerta na direção contrária: sintoma que não cede depois de três a quatro semanas, ou que vem com qualquer sinal do último capítulo, deixa de ser rebote e vira motivo de avaliação.



A Figura 6.4 é o que eu combino antes de a pessoa sair do consultório.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

A atualização americana traz dois conselhos sobre a retirada (TARGOWNIK et al., 2022). Um é sobre o que se conversa antes de começar: quem vai deixar o uso prolongado ouvir, de quem o acompanha, que sintomas passageiros podem aparecer no trecho alto do aparelho digestivo, e que a responsável por eles é a produção de ácido em rebote. O aviso, aqui, é tratamento. O outro é sobre a forma: reduzir aos poucos e parar de uma vez estão ambos sobre a mesa.

A revisão Cochrane mede o que acontece depois (BOGHOSSIAN et al., 2017). Foram seis ensaios, 1.758 participantes, todos de ambulatório, com refluxo sem erosão ou esofagite de grau leve. Em cinco deles a idade média ficou entre 48 e 57 anos; o sexto reuniu gente mais velha, com média de 73 anos. Cinco estudos testaram o uso sob demanda; um testou a parada abrupta. O resultado tem dois lados, que precisam ser lidos juntos. Com evidência de baixa qualidade, o uso sob demanda pode aumentar o risco de controle insuficiente do sintoma, com risco relativo de 1,71 e intervalo de confiança de 1,31 a 2,21 — nesse desfecho, o resultado favorece o uso contínuo. Com evidência de qualidade moderada, ele reduziu a quantidade de comprimidos por semana em quase quatro. Os autores registram que faltavam dados para concluir sobre benefícios e danos de longo prazo da suspensão.

Fonte: TARGOWNIK et al., 2022; BOGHOSSIAN et al., 2017

Falta o medo que leva boa parte das pessoas a querer parar antes mesmo de conversar sobre indicação. Tomar para sempre faz mal? O capítulo seguinte separa o que se mediu do que se supôs.

Tomar para sempre: o que se mediu

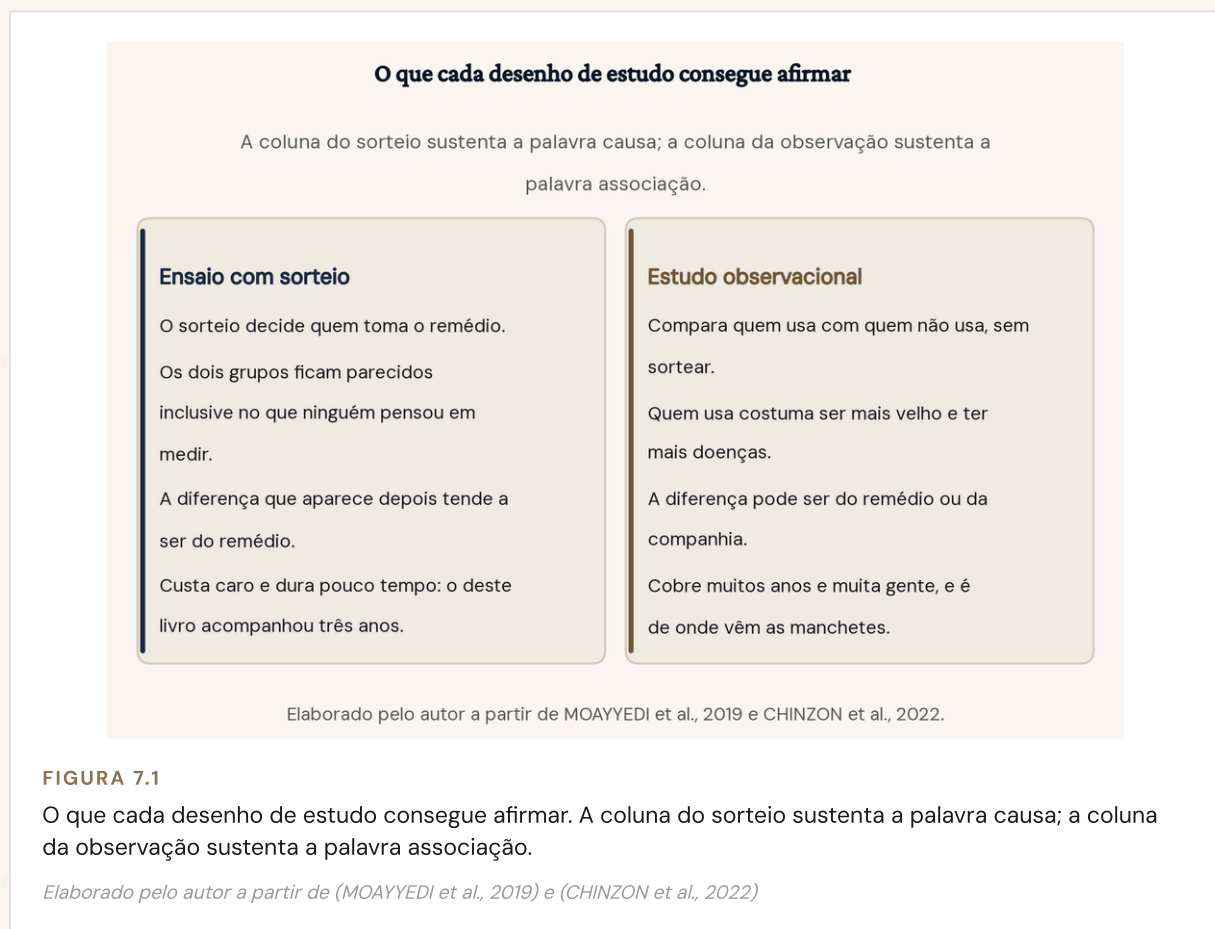
EM UMA FRASE

Um ensaio sorteado e uma dúzia de estudos observacionais contam histórias diferentes sobre o mesmo remédio. A diferença entre eles decide uma palavra: causa, ou companhia.

7.1 Dois tipos de estudo, duas forças diferentes

O rebote explica a dificuldade de parar. Ele não responde se vale a pena parar. Essa resposta depende de entender como cada manchete foi produzida.

Quando o sorteio decide quem toma o remédio, os dois grupos ficam parecidos em tudo o mais, inclusive no que ninguém pensou em medir. Uma diferença que apareça depois tende a ser do remédio. Sem sorteio, compara-se quem usa com quem não usa. E quem usa costuma ser mais velho, ter mais doenças, tomar mais remédios. A diferença que aparecer pode ser do remédio ou de qualquer uma dessas companhias.



A Figura 7.1 é a chave de leitura do capítulo. Volte a ela sempre que uma manchete disser que um remédio causa algo.

7.2 O que o ensaio sorteado encontrou

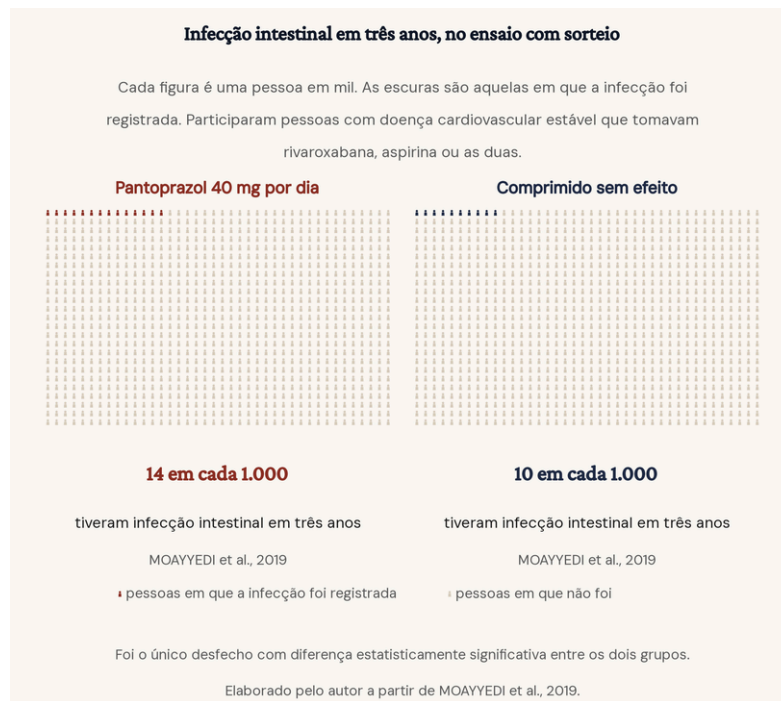


GRÁFICO 7.2

Infecção intestinal em três anos, no ensaio de segurança com sorteio. Participaram pessoas com doença cardiovascular que tomavam rivaroxabana, aspirina ou as duas. Cada figura é uma pessoa em mil; as escuras são aquelas em que a infecção foi registrada.

Elaborado pelo autor a partir de (MOAYYEDI et al., 2019)

O Gráfico 7.2 mostra o único desfecho que diferiu entre os dois grupos daquele estudo. A diferença é pequena em números absolutos e alcançou significância estatística. Todos os outros desfechos ficaram sem diferença estatisticamente significativa, o que é diferente de dizer que foram idênticos.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

O ensaio de segurança com sorteio nasceu dentro de um estudo cardiológico maior (MOAYYEDI et al., 2019). Participaram 17.598 pessoas com doença cardiovascular estável e doença arterial periférica, e vale guardar o que todas elas já tomavam: rivaroxabana, aspirina, ou as duas juntas. Dentro desse grupo, 8.791 foram sorteadas para pantoprazol 40 mg por dia e 8.807 para comprimido sem efeito. O seguimento teve mediana de 3,01 anos, somando 53.152 pessoas-ano. A cada seis meses, os pesquisadores foram atrás do que as manchetes atribuem a esse remédio — demência, doença renal crônica, fratura e câncer — e também de infecção intestinal, pneumonia, diabetes, atrofia gástrica, internações e mortes por qualquer causa.

O resultado: nenhum desses desfechos mostrou diferença estatisticamente significativa entre os grupos, com uma exceção. Infecções intestinais ocorreram em 1,4% do grupo do pantoprazol e em 1,0% do grupo do comprimido sem efeito, com razão de chances de 1,33 e intervalo de confiança de 1,01 a 1,75. A infecção por *Clostridium difficile* foi cerca de duas vezes mais frequente com o remédio, e os próprios autores desqualificam a comparação: houve apenas 13 eventos, e a diferença não foi estatisticamente significativa. A conclusão publicada é cuidadosa na mesma medida. Em três anos de uso, os autores não encontraram evento adverso que se pudesse atribuir ao pantoprazol, e deixaram uma única suspeita em aberto, a das infecções intestinais. Três anos. Naquela população. Com aquela dose.

A atualização americana de desprescrição tira daí uma orientação que surpreende (TARGOWNIK et al., 2022). O gatilho para suspender é um só, e é a ausência de indicação. Ter apresentado um desses efeitos, ou carregar fator de risco para ele, não coloca por si a retirada na mesa de quem tem motivo para continuar.

Fonte: MOAYYEDI et al., 2019; TARGOWNIK et al., 2022

7.3 As associações, uma a uma

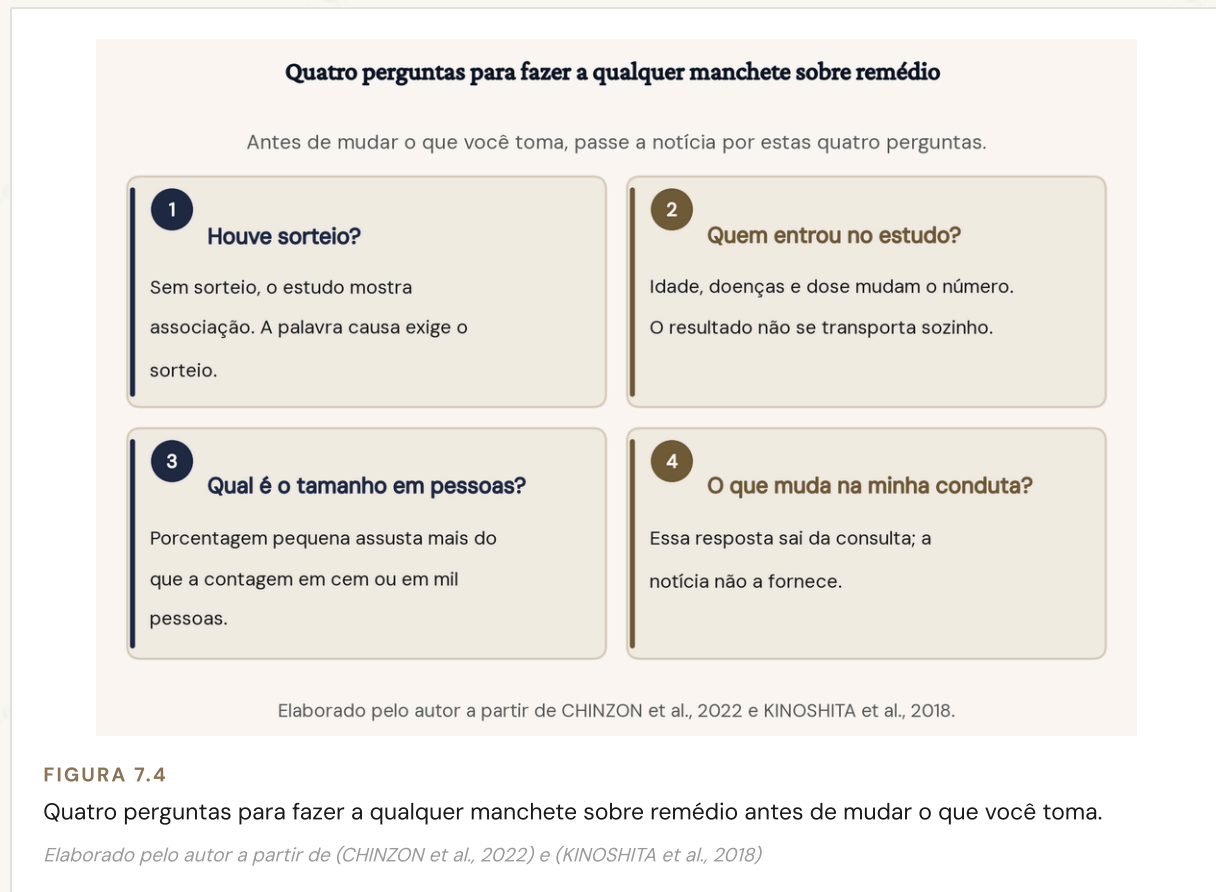
As manchetes que assustam vêm quase todas de estudos sem sorteio. Elas merecem ser lidas, com o desenho de cada uma declarado.

TABELA 7.3 — O QUE CADA ESTUDO MEDIU, E O QUE ELE PODE AFIRMAR

DESFECHO	DESENHO E TAMANHO	O QUE ISSO PERMITE DIZER
Fratura de quadril	Caso-controle em base britânica de atenção primária, 13.556 casos e 135.386 controles, acima de 50 anos. Chance ajustada 1,44 com mais de um ano de uso; 2,65 com dose alta prolongada.	Associação. O desenho não sorteia, e quem usa o remédio difere de quem não usa.
Deficiência de vitamina B12	Caso-controle em base americana, 25.956 casos e 184.199 controles. Chance 1,65 com dois anos ou mais de fornecimento; 1,25 para o bloqueador H2.	Associação, com mecanismo plausível: menos ácido dificulta soltar a vitamina da proteína do alimento.
Doença renal crônica	Coorte de 10.482 pessoas, com replicação em 248.751. Risco 1,50 na coorte principal e 1,24 na replicação; maior com duas doses diárias.	Associação. O próprio estudo pede pesquisa futura para saber se reduzir o uso reduz a doença.
Demência	Coorte de registros alemães, 73.679 pessoas com 75 anos ou mais. Risco 1,44 entre 2.950 usuários regulares comparados a 70.729 não usuários.	Associação. O grande ensaio com sorteio procurou demência e não achou diferença estatisticamente significativa em três anos.
Infecção intestinal	Ensaio com sorteio, 17.598 pessoas com doença cardiovascular em rivaroxabana e/ou aspirina, mediana de 3 anos. 1,4% contra 1,0%.	Razão de chances 1,33. Desfecho com diferença no desenho com sorteio.

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de YANG et al., 2006, LAM et al., 2013, LAZARUS et al., 2016, GOMM et al., 2016 e MOAYYEDI et al., 2019. O magnésio baixo no sangue, associado ao uso em metanálise de 16 estudos observacionais, é tratado no texto.

A Tabela 7.3 traz cada manchete com o desenho do estudo ao lado. Olhe a última coluna. Quatro linhas dizem associação; uma diz diferença encontrada com sorteio. Essa proporção é a informação mais útil do capítulo.



A Figura 7.4 serve para outros remédios. Guarde-a.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Vale percorrer os estudos da Tabela 7.3 pelo desenho de cada um. O da fratura de quadril comparou, numa base britânica de atenção primária, quem fraturou com pessoas pareadas que não fraturaram, e a chance subiu conforme o tempo de uso (YANG et al., 2006). O da vitamina B12 fez comparação parecida numa operadora de saúde americana (LAM et al., 2013). O alemão sobre demência acompanhou registros de plano de saúde, e os autores encerram pedindo ensaios com sorteio (GOMM et al., 2016). O do rim repetiu a análise num sistema de saúde inteiro (LAZARUS et al., 2016), e a metanálise do magnésio juntou 16 estudos observacionais (SRINUTTA et al., 2019). Nenhum deles sorteou ninguém, e nenhum ajuste alcança o que não foi registrado.

Fonte: YANG et al., 2006; LAM et al., 2013; GOMM et al., 2016; LAZARUS et al., 2016

7.4 O que fazer com tudo isso

Uma revisão brasileira sobre segurança do uso prolongado organizou essa literatura por tema, e chega a uma frase de conduta que eu assino. Manter o remédio enquanto houver indicação, no menor prazo e na menor dose que resolvam. Nenhuma dessas decisões cabe a quem lê.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

A revisão brasileira varreu de forma estruturada as revisões sistemáticas e metanálises publicadas entre 2015 e 2020 sobre oito temas, do câncer gástrico às alterações cardiovasculares (CHINZON et al., 2022). Os autores fecham pela dúvida que segue de pé: falta validação para afirmar que o remédio causou esses eventos. Enquanto isso, recomendam prazo curto, dose mínima que funcione e uso só onde há indicação. A revisão japonesa acrescenta o motivo metodológico dessa cautela (KINOSHITA et al., 2018): a evidência vem sobretudo de estudos observacionais retrospectivos, com razões de risco baixas. Para quem já usa o remédio há anos, a revisão americana de 2017 tem conselhos que evitam gasto e ansiedade (FREEDBERG et al., 2017). Densitometria óssea e creatinina periódicas, só por usar o remédio, não. Reforço de magnésio, de B12 ou de cálcio acima do que a alimentação já pede, também não. Nem probiótico de rotina contra infecção. Exame pedido por sintoma é outra conversa.

Fonte: CHINZON et al., 2022; KINOSHITA et al., 2018; FREEDBERG et al., 2017

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- A minha indicação hoje justifica continuar, e por quanto tempo?
- Estou na menor dose que controla o meu sintoma?
- Algum exame precisa ser acompanhado no meu caso específico, ou nenhum?

Resta a pergunta que um cirurgião é obrigado a responder. Em que ponto dessa história alguém precisa de uma câmera olhando por dentro — e em que ponto, raro, alguém precisa de uma operação?

Quando a endoscopia entra, e quando o cirurgião entra

EM UMA FRASE

Depender do remédio para viver bem não basta para indicar uma operação. Basta, sim, para abrir a conversa sobre as duas rotas, com os números de cada uma na mão.

8.1 O que decide a endoscopia

O medo de tomar para sempre leva muita gente a querer “olhar por dentro” antes de decidir qualquer coisa. Dois fatores decidem esse exame. A intensidade da queimação não é nenhum deles.

O primeiro fator é a idade. A partir dos sessenta anos, as diretrizes sugerem investigar a má digestão com endoscopia. Nessa faixa, a chance de encontrar doença que mude a conduta deixa de ser desprezível. O segundo é a presença de sinal de alarme: sangramento, perda de peso sem explicação, vômito persistente, comida entalando, anemia. Fora disso, o caminho começa sem aparelho.



FIGURA 8.1

O caminho que separa quem faz endoscopia de quem começa sem ela. O fluxo descreve o que as diretrizes recomendam para adultos; quem o aplica ao seu caso é o seu médico.

Elaborado pelo autor a partir de (MOAYYEDI et al., 2017) e (KATZ et al., 2022)

A Figura 8.1 desenha esse caminho. Repare no ramo do meio. Ele costuma surpreender. Numa pessoa jovem, um sinal de alarme isolado não obriga automaticamente à endoscopia; ele entra na conversa caso a caso. Isso vale só para os achados que dão tempo: os sinais de emergência do capítulo de abertura — sangue no vômito ou nas fezes, dor forte e súbita com a barriga dura, desmaio junto da dor — ficam fora dessa ponderação e vão ao pronto-socorro na hora. E guardar o achado para a consulta do ano seguinte é que não cabe. O preparo e a sedação estão no guia da endoscopia digestiva alta.

8.2 Quem cuida de quê



A Figura 8.2 organiza os papéis. O médico de família ou o clínico resolve a maior parte: é ele quem revisa a indicação e conduz a tentativa de reduzir a dose. O gastroenterologista assume quando o sintoma resiste ao tratamento, quando a endoscopia mostra esofagite grave ou Barrett, ou quando as tentativas de retirada não se sustentam. O endoscopista faz o exame e descreve o que viu. O cirurgião do aparelho digestivo entra em duas situações: a da pessoa com refluxo bem documentado, que responde ao remédio e quer discutir a alternativa de longo prazo; e a da complicação que exige operação.

8.3 As duas rotas, com o custo de cada uma

TABELA 8.3 — REMÉDIO POR TEMPO LONGO OU OPERAÇÃO: O QUE UM ENSAIO DE CINCO ANOS OBSERVOU

O QUE FOI OBSERVADO EM 5 ANOS	GRUPO DO REMÉDIO	GRUPO DA OPERAÇÃO
Permaneceram em remissão (estimativa)	92%	85%
Retorno ácido à boca	13%	2%
Estufamento · excesso de gases	28% · 40%	40% · 57%
Azia presente (diferença sem significância estatística)	16%	8%
Dificuldade para engolir	5%	11%

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de GALMICHE et al., 2011. Participaram pessoas com refluxo crônico bem estabelecido que já haviam respondido à redução do ácido; eventos adversos graves foram relatados em 24,1% e 28,6%.

A Tabela 8.3 mostra que cada rota cobra um preço diferente. Depois da operação houve menos retorno ácido à boca. Na azia, os 16% do grupo do remédio contra os 8% do grupo da operação ficaram sem significância estatística, o que impede afirmar vantagem de qualquer lado nesse sintoma. Com o remédio houve menos gases e menos dificuldade de engolir. Escolher é decisão de consulta. Com exame de refluxo na mão.



A Figura 8.4 resume o percurso até a minha sala. Repare em quanta coisa acontece antes dela.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

O ensaio europeu que sustenta a Tabela 8.3 sorteou 554 pessoas com refluxo crônico bem estabelecido, que haviam respondido à redução do ácido, entre esomeprazol com dose ajustável e operação laparoscópica antirrefluxo (GALMICHE et al., 2011). Chegaram ao fim do quinto ano 372 delas. As taxas estimadas de remissão foram de 92%, com intervalo de 89% a 96%, no grupo do remédio; e de 85%, com intervalo de 81% a 90%, no grupo da operação. Refeita a conta no cenário mais favorável a quem abandonou o estudo, a diferença perdeu a significância estatística. Com base nesse estudo, nenhuma das duas rotas se apresenta como superior à outra.

Os sintomas ao fim de cinco anos separam as duas rotas, e pedem um cuidado na leitura. O retorno ácido à boca caiu de 13% para 2% depois da operação, com significância estatística. Na azia, o grupo da operação registrou 8% contra os 16% do grupo do remédio, e essa diferença não alcançou significância: o estudo não autoriza dizer que uma rota controlou a azia melhor do que a outra. Gases, estufamento e dificuldade de engolir foram mais frequentes no grupo da operação, com significância nos três. A diretriz americana de refluxo de 2022 descreve o cenário de hoje (KATZ et al., 2022): esses remédios seguem sendo o tratamento clínico de escolha, e surgiram dados novos sobre intervenções cirúrgicas e endoscópicas. A diretriz de má digestão fixa o degrau da endoscopia: investigação a partir dos sessenta anos, antecipada em quem tem história de câncer de estômago na família (MOAYYEDI et al., 2017).

Fonte: GALMICHE et al., 2011; KATZ et al., 2022; MOAYYEDI et al., 2017

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- No meu caso, a endoscopia mudaria alguma conduta hoje?
- Eu tenho diagnóstico de refluxo confirmado por exame, ou só por sintoma?
- Se eu quiser discutir a operação, quais exames preciso ter antes da consulta?
- Quem acompanha a minha dose enquanto essa decisão não é tomada?

Fecha o livro o que depende só de você: reconhecer em casa o que muda a urgência, e chegar à consulta com as perguntas certas por escrito.

O que não pode esperar e o que levar à consulta

EM UMA FRASE

Saber o que não espera vale mais do que qualquer decisão sobre continuar ou parar um comprimido.

9.1 Três níveis, três condutas

A endoscopia e a consulta com o cirurgião dependem de alguém perceber a hora. Este capítulo existe para ser arrancado e levado.

Quem toma remédio para o estômago: o que não pode esperar

Três níveis, três condutas. A lista orienta a decisão de procurar atendimento; o diagnóstico fica com quem examina você.

Emergência — vá ao pronto-socorro agora

- 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.
- Vômito que não para e impede de beber água.

Se não conseguir ir por conta própria, ligue 192.

No mesmo dia — fale com a equipe hoje

- Perda de peso sem explicação, mesmo que pequena.
- Comida entalando ou engasgo ao engolir.
- Vômito repetido em quem ainda consegue se hidratar.
- Cansaço novo que possa ser anemia.

Ligue hoje, diga qual foi o sinal e seja avaliado ainda hoje.

Na próxima consulta — anote e leve

- Queimação que voltou depois de parar e não cede em três a quatro semanas.
- Uso contínuo há anos sem revisão da indicação.
- Câimbra, formigamento ou tontura frequentes em quem usa o remédio há muito tempo.

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

Quem toma remédio para o estômago: o que não pode esperar, em três níveis. A lista orienta a decisão de procurar atendimento; o diagnóstico fica com quem examina você.

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

A Figura 9.1 separa os sinais em três grupos. Emergência agora reúne o que indica sangramento ou perfuração, mais o vômito que desidrata em poucas horas: vômito com sangue vivo ou com aspecto de borra de café, fezes pretas e de cheiro forte, dor forte e súbita com a barriga endurecida, desmaio ou suor frio junto da dor, e o vômito que não para e

impede de beber água. A faixa do mesmo dia pede telefonema hoje e avaliação ainda hoje: perda de peso sem explicação, comida entalando ou engasgo ao engolir, vômito repetido em quem ainda consegue se hidratar, cansaço novo que possa ser anemia. Fica para a próxima consulta o que merece conversa sem pressa: queimação que voltou depois de parar e não cede em três a quatro semanas, uso contínuo há anos sem revisão da indicação, câimbra, formigamento ou tontura frequentes em quem usa o remédio há muito tempo.

Uma observação sobre o grupo do meio. Ele reúne o que não é emergência e também não espera meses: ali o telefonema e a consulta cabem no mesmo dia.

9.2 O que perguntar, por momento

TABELA 9.2 — O QUE PERGUNTAR, POR MOMENTO

MOMENTO	PERGUNTAS PARA LEVAR
Quando a receita é feita	Para que serve no meu caso? Por quantas semanas? O que acontece quando esse prazo terminar?
Em uso há mais de um ano	Qual é a minha indicação hoje? Ela está registrada? Faz sentido reduzir a dose agora?
Antes de tentar parar	Reduzo aos poucos ou paro de uma vez? O que devo esperar na primeira semana? Quando eu volto aqui?
Se o sintoma voltar	Isso é rebote ou é a doença? Quanto tempo eu espero antes de ligar? Que sinal muda essa resposta?

Fonte: Elaborado pelo autor.

A Tabela 9.2 é a página para imprimir. Risque o que não serve ao seu caso e acrescente as suas perguntas. A consulta rende mais quando a lista está na mão de quem pergunta.



A Figura 9.3 fecha a parte prática. Guarde-a junto da Tabela 9.2.

9.3 O que este livro sustenta

Você chegou ao fim com os números na mão. Eles não apontam todos para o mesmo lado. Em quem tomava dois antiagregantes por indicação cardiológica, o omeprazol reduziu as complicações digestivas de 2,9% para 1,1% em seis meses. Benefício real, numa população de risco. No ensaio com sorteio desenhado para procurar dano, feito em 17.598 pessoas que tomavam rivaroxabana, aspirina ou as duas, três anos de pantoprazol não produziram diferença estatisticamente significativa em fratura, rim, demência ou câncer, com a exceção das infecções intestinais, presentes em 1,4% contra 1,0%. E, em voluntários saudáveis, oito semanas de remédio bastaram para que 44% relatassem sintoma ácido na retirada, contra 15% de quem nunca o tomou. As três frases cabem no mesmo livro.

Uma última coisa, dita com todas as letras: nada aqui é instrução para interromper o seu tratamento. Se você concluir que a sua indicação merece revisão, o próximo passo é marcar consulta e levar a Tabela 9.2. Não é largar o comprimido na gaveta.

EM UMA FRASE

O ácido tem função, o omeprazol tem indicação, e nenhum dos dois merece decisão tomada sozinho em casa. O que este livro pede é uma conversa com data marcada — e, quando o refluxo passar a mandar na sua vida apesar do remédio, a porta do cirurgião existe e está descrita aqui.

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.

Bomba de prótons

A engrenagem microscópica que, na célula da mucosa, empurra para dentro do estômago as partículas que formam o ácido.

Inibidor de bomba de prótons

A família de remédios que desliga parte dessas bombas. Costuma ser abreviada como IBP, e o omeprazol é o nome mais conhecido dela.

Bloqueador H2

Família mais antiga, que reduz o ácido bloqueando o sinal da histamina na célula.

Antiácido

Substância que neutraliza o ácido que já está no estômago, sem mexer na fabricação.

Gastrina

Hormônio que estimula a produção de ácido. Sobe quando o ácido cai, e é a peça central do efeito rebote.

Rebote ácido

A produção de ácido acima do patamar anterior ao tratamento, que aparece quando o remédio é interrompido.

Refluxo

A volta do conteúdo do estômago para o esôfago.

Esofagite erosiva

Feridas rasas no esôfago causadas por esse retorno, vistas na endoscopia e graduadas de A a D.

Esôfago de Barrett

Mudança na mucosa do esôfago depois de anos de refluxo, que exige acompanhamento próprio.

Úlcera péptica

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

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.

Anti-inflamatório não esteroide

A família de remédios para dor que inclui o ibuprofeno, o diclofenaco e o naproxeno. A aspirina pertence ao mesmo grupo químico.

Antiagregante

Remédio que dificulta a formação de coágulos pelas plaquetas, como a aspirina em dose baixa e o clopidogrel.

Anticoagulante

Remédio que age sobre as proteínas da coagulação do sangue, como a varfarina, a rivaroxabana e a apixabana. Pertence a outra família, ainda que a conversa de balcão junte as duas.

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.

Sinal de alarme

Achado que muda a urgência da investigação, como sangramento, perda de peso sem explicação, engasgo com a comida ou anemia.

Desprescrição

A revisão planejada de um remédio de uso contínuo, que pode terminar em dose menor, uso sob demanda ou suspensão.

Uso sob demanda

Tomar o remédio só nos dias em que o sintoma aparece.

Ensaio randomizado

Estudo em que o sorteio decide quem recebe o remédio e quem recebe o comprimido sem efeito. É o desenho que separa causa de coincidência.

Estudo observacional

Estudo que compara quem usa e quem não usa, sem sortear ninguém. Mostra associação, e carrega o que não foi medido.

Hipomagnesemia

Magnésio baixo no sangue, que pode dar câimbra, formigamento e alteração do ritmo do coração.

Referências

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

- BHATT, D. L. et al. Clopidogrel with or without omeprazole in coronary artery disease. **The New England journal of medicine**, [S. l.], v. 363, n. 20, p. 1909–17, 2010. DOI: 10.1056/NEJMoa1007964. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1007964>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 20925534.
- BOGHOSSIAN, T. A. et al. Deprescribing versus continuation of chronic proton pump inhibitor use in adults. **The Cochrane database of systematic reviews**, [S. l.], v. 3, n. 3, p. CD011969, 2017. DOI: 10.1002/14651858.CD011969.pub2. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011969.pub2>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 28301676.
- CHINZON, D. et al. SAFETY OF LONG-TERM PROTON PUMP INHIBITORS: FACTS AND MYTHS. **Arquivos de gastroenterologia**, [S. l.], v. 59, n. 2, p. 219–225, 2022. DOI: 10.1590/S0004-2803.202202000-40. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-2803.202202000-40>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 35830032.
- FARRELL, B. et al. Deprescribing proton pump inhibitors: Evidence-based clinical practice guideline. **Canadian family physician Medecin de famille canadien**, [S. l.], v. 63, n. 5, p. 354–364, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28500192/>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 28500192.
- FREEDBERG, D. E.; KIM, L. S.; YANG, Y. X. The Risks and Benefits of Long-term Use of Proton Pump Inhibitors: Expert Review and Best Practice Advice From the American Gastroenterological Association. **Gastroenterology**, [S. l.], v. 152, n. 4, p. 706–715, 2017. DOI: 10.1053/j.gastro.2017.01.031. Disponível em: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2017.01.031>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 28257716.
- GALMICHE, J. P. et al. Laparoscopic antireflux surgery vs esomeprazole treatment for chronic GERD: the LOTUS randomized clinical trial. **JAMA**, [S. l.], v. 305, n. 19, p. 1969–77, 2011. DOI: 10.1001/jama.2011.626. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2011.626>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 21586712.
- GOMM, W. et al. Association of Proton Pump Inhibitors With Risk of Dementia: A Pharmacoepidemiological Claims Data Analysis. **JAMA neurology**, [S. l.], v. 73, n. 4, p. 410–6, 2016. DOI: 10.1001/jamaneurol.2015.4791. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2015.4791>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 26882076.
- KATZ, P. O. et al. ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. **The American journal of gastroenterology**, [S. l.], v. 117, n. 1, p. 27–56, 2022. DOI: 10.14309/ajg.0000000000001538. Disponível em: <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000001538>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 34807007.
- KINOSHITA, Y.; ISHIMURA, N.; ISHIHARA, S. Advantages and Disadvantages of Long-term Proton Pump Inhibitor Use. **Journal of neurogastroenterology and motility**, [S. l.], v. 24, n. 2, p. 182–196, 2018. DOI: 10.5056/jnm18001. Disponível em: <https://doi.org/10.5056/jnm18001>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 29605975.
- LAM, J. R. et al. Proton pump inhibitor and histamine 2 receptor antagonist use and vitamin B12 deficiency. **JAMA**, [S. l.], v. 310, n. 22, p. 2435–42, 2013. DOI: 10.1001/jama.2013.280490. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2013.280490>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 24327038.
- LANZA, F. L. et al. Guidelines for prevention of NSAID-related ulcer complications. **The American journal of gastroenterology**, [S. l.], v. 104, n. 3, p. 728–38, 2009. DOI: 10.1038/ajg.2009.115. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/ajg.2009.115>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 19240698.

- LAZARUS, B. et al. Proton Pump Inhibitor Use and the Risk of Chronic Kidney Disease. **JAMA internal medicine**, [S. l.], v. 176, n. 2, p. 238–46, 2016. DOI: 10.1001/jamainternmed.2015.7193. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.7193>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 26752337.
- 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: 12 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: 12 set. 2026. PMID: 28631728.
- MOAYYEDI, P. et al. Safety of Proton Pump Inhibitors Based on a Large, Multi-Year, Randomized Trial of Patients Receiving Rivaroxaban or Aspirin. **Gastroenterology**, [S. l.], v. 157, n. 3, p. 682–691.e2, 2019. DOI: 10.1053/j.gastro.2019.05.056. Disponível em: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2019.05.056>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 31152740.
- NIKLAASSON, A. et al. Dyspeptic symptom development after discontinuation of a proton pump inhibitor: a double-blind placebo-controlled trial. **The American journal of gastroenterology**, [S. l.], v. 105, n. 7, p. 1531–7, 2010. DOI: 10.1038/ajg.2010.81. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/ajg.2010.81>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 20332770.
- PATEL, A. et al. AGA Clinical Practice Update on Integrating Potassium-Competitive Acid Blockers Into Clinical Practice: Expert Review. **Gastroenterology**, [S. l.], v. 167, n. 6, p. 1228–1238, 2024. DOI: 10.1053/j.gastro.2024.06.038. Disponível em: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2024.06.038>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 39269391.
- REIMER, C. et al. Proton-pump inhibitor therapy induces acid-related symptoms in healthy volunteers after withdrawal of therapy. **Gastroenterology**, [S. l.], v. 137, n. 1, p. 80–7, 87.e1, 2009. DOI: 10.1053/j.gastro.2009.03.058. Disponível em: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2009.03.058>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 19362552.
- SRINUTTA, T. et al. Proton pump inhibitors and hypomagnesemia: A meta-analysis of observational studies. **Medicine**, [S. l.], v. 98, n. 44, p. e17788, 2019. DOI: 10.1097/MD.00000000000017788. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000017788>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 31689852.
- TARGOWNIK, L. E.; FISHER, D. A.; SAINI, S. D. AGA Clinical Practice Update on De-Prescribing of Proton Pump Inhibitors: Expert Review. **Gastroenterology**, [S. l.], v. 162, n. 4, p. 1334–1342, 2022. DOI: 10.1053/j.gastro.2021.12.247. Disponível em: <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2021.12.247>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 35183361.
- YANG, Y. X. et al. Long-term proton pump inhibitor therapy and risk of hip fracture. **JAMA**, [S. l.], v. 296, n. 24, p. 2947–53, 2006. DOI: 10.1001/jama.296.24.2947. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.296.24.2947>. Acesso em: 12 set. 2026. PMID: 17190895.

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 e do pâncreas.

Este livro é sobre um comprimido, e quem o escreve é um cirurgião. Parece estranho até você reparar em quantas pessoas chegam ao meu consultório perguntando se a operação resolveria um remédio que tomam há anos sem saber por quê. Antes de responder, alguém precisa explicar o remédio.

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. As glândulas que fabricam o ácido ficam sobretudo no corpo, a porção central; o antro é a saída para o intestino. Os rótulos da prancha original, em inglês, foram substituídos pelos nomes em português.	Figura_1.1_estomago-e-a-bomba-servier.png	Adapted from Servier Medical Art (https://smart.servier.com), licensed under CC BY 4.0
Figura 1.2	Três maneiras diferentes de mexer no ácido: neutralizar o que já existe, bloquear o sinal que manda produzir e desligar a bomba que produz. O omeprazol pertence à terceira coluna.	Figura_1.2_como-o-remedio-age.png	Elaborado pelo autor a partir de (KINOSHITA et al., 2018)
Figura 1.4	O que muda quando o ácido cai: o alívio que se busca, de um lado, e a resposta do organismo, do outro.	Figura_1.4_o-que-muda-quando-o-acido-cai.png	Elaborado pelo autor a partir de (KINOSHITA et al., 2018) e (NIKLASSON et al., 2010)
Figura 2.2	Quando cada classe começa a agir e por quanto tempo o efeito se mantém. Os prazos aparecem em faixas qualitativas, porque descrevem o comportamento habitual das classes; a dose de cada pessoa é outra conversa.	Figura_2.2_quando-age-e-quanto-dura.png	Elaborado pelo autor a partir de (KINOSHITA et al., 2018) e (PATEL et al., 2024)
Figura 2.3	As substâncias da mesma família que aparecem nas receitas e nos estudos. O nome muda; o mecanismo é o mesmo.	Figura_2.3_a-familia-do-omeprazol.png	Elaborado pelo autor a partir de (GOMM et al., 2016) e (MOAYYEDI et al., 2019)
Figura 3.1	As situações em que o benefício do remédio está medido, com a razão de cada uma numa linha.	Figura_3.1_indicacoes-certas.png	Elaborado pelo autor a partir de (FREEDBERG et al., 2017) e (MALFERTHEINER et al., 2022)
Gráfico 3.2	Complicações digestivas em 180 dias, num ensaio com pessoas que tomavam aspirina e clopidogrel por indicação cardiológica. Cada figura é uma pessoa em mil; as escuras são aquelas em que a complicação apareceu.	Gráfico_3.2_sangramento-em-frequencia-natural.png	Elaborado pelo autor a partir de (BHATT et al., 2010)
Figura 3.3	O que o remédio faz, e o que ele não faz. A coluna da direita explica por que ele não resolve toda queixa de estômago.	Figura_3.3_o-que-ele-faz-e-o-que-nao-faz.png	Elaborado pelo autor a partir de (FREEDBERG et al., 2017) e (KINOSHITA et al., 2018)

Figura 4.1	À esquerda, as situações em que a indicação está estabelecida; à direita, os usos que se espalharam sem que o benefício tivesse sido demonstrado. A coluna da direita é a que se leva à consulta para revisão; suspender por conta própria fica fora das opções.	Figura_4.1_indicacao-x-habito.png	Elaborado pelo autor a partir de (TAR-GOWNIK et al., 2022) e (KINOSHITA et al., 2018)
Figura 4.3	Como pedir a revisão da indicação: três frases que transformam a consulta de rotina numa revisão de verdade.	Figura_4.3_como-pedir-a-revisao.png	Elaborado pelo autor a partir de (TAR-GOWNIK et al., 2022)
Figura 5.1	Os dois relógios do mesmo comprimido: o do tratamento, que termina, e o da manutenção, que se revisa. As marcas de tempo descrevem percursos comuns e não substituem a prescrição de quem acompanha você.	Figura_5.1_tratamento-e-manutencao.png	Elaborado pelo autor a partir de (FARRELL et al., 2017) e (FREEDBERG et al., 2017)
Figura 5.3	As situações em que a retirada não entra na mesa, conforme as recomendações atuais. Nenhum cartão desta figura decide um caso individual.	Figura_5.3_quem-continua.png	Elaborado pelo autor a partir de (TAR-GOWNIK et al., 2022) e (FARRELL et al., 2017)
Gráfico 6.1	Sintoma ácido depois da retirada, em dois ensaios com voluntários saudáveis que não tinham queixa nenhuma antes de começar. Cada figura é uma pessoa em cem; as escuras são as que relataram sintoma.	Grafico_6.1_o-rebote-em-pessoas.png	Elaborado pelo autor a partir de (REIMER et al., 2009) e (NIKLAS-SON et al., 2010)
Figura 6.2	O percurso de quem vai reduzir ou parar, do combinado inicial ao retorno marcado. Quem conduz cada etapa é o médico que acompanha o caso.	Figura_6.2_o-desmame-passo-a-passo.png	Elaborado pelo autor a partir de (TAR-GOWNIK et al., 2022) e (FARRELL et al., 2017)
Figura 6.3	O que se observou semana a semana nos dois ensaios com voluntários saudáveis. A linha do tempo descreve o que foi medido naquelas pessoas, e o seu corpo pode seguir outro ritmo.	Figura_6.3_as-semanas-depois-de-parar.png	Elaborado pelo autor a partir de (NIKLAS-SON et al., 2010) e (REIMER et al., 2009)
Figura 6.4	Os dias ruins da primeira semana: o que esperar, o que costuma ajudar e o que muda o plano.	Figura_6.4_os-dias-ruins-da-primeira-semana.png	Elaborado pelo autor a partir de (TAR-GOWNIK et al., 2022) e (CHINZON et al., 2022)
Figura 7.1	O que cada desenho de estudo consegue afirmar. A coluna do sorteio sustenta a palavra causa; a coluna da observação sustenta a palavra associação.	Figura_7.1_sorteio-ou-observacao.png	Elaborado pelo autor a partir de (MOAYYEDI et al., 2019) e (CHINZON et al., 2022)
Gráfico 7.2	Infecção intestinal em três anos, no ensaio de segurança com sorteio. Participaram pessoas com doença cardiovascular que tomavam rivaroxabana, aspirina ou as duas. Cada figura é uma pessoa em mil; as escuras são aquelas em que a infecção foi registrada.	Grafico_7.2_compass-in-feccao-intestinal.png	Elaborado pelo autor a partir de (MOAYYEDI et al., 2019)

Figura 7.4	Quatro perguntas para fazer a qualquer manchete sobre remédio antes de mudar o que você toma.	Figura_7.4_como-ler-uma-manchete.png	Elaborado pelo autor a partir de (CHINZON et al., 2022) e (KINOSHITA et al., 2018)
Figura 8.1	O caminho que separa quem faz endoscopia de quem começa sem ela. O fluxo descreve o que as diretrizes recomendam para adultos; quem o aplica ao seu caso é o seu médico.	Figura_8.1_quando-a-endoscopia-entra.png	Elaborado pelo autor a partir de (MOAYYEDI et al., 2017) e (KATZ et al., 2022)
Figura 8.2	Os papéis nesta história. O cirurgião aparece no fim da fila, e em poucas situações.	Figura_8.2_quem-cuida-do-que.png	Elaborado pelo autor
Figura 8.4	Quando o cirurgião entra nesta história: o que precisa estar resolvido antes, o que abre a conversa e o que a fecha numa indicação.	Figura_8.4_quando-o-cirurgiao-entra.png	Elaborado pelo autor a partir de (GALMICHE et al., 2011), (KATZ et al., 2022) e (TARGOWNIK et al., 2022)
Figura 9.1	Quem toma remédio para o estômago: o que não pode esperar, em três níveis. A lista orienta a decisão de procurar atendimento; o diagnóstico fica com quem examina você.	Figura_9.1_sinais-de-alerta.png	Elaborado pelo autor a partir de (MOAYYEDI et al., 2017)
Figura 9.3	Três coisas para não decidir sozinho: parar, dobrar a dose e ignorar um sinal de alarme.	Figura_9.3_tres-coisas-para-nao-fazer-sozinho.png	Elaborado pelo autor a partir de (TARGOWNIK et al., 2022) e (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 a patrocinou. Os medicamentos aparecem pelo nome da substância, nunca pelo nome comercial. A ilustração de anatomia foi adaptada do acervo aberto da Servier Medical Art, com a licença declarada na 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.