

Vômitos no lactente, refluxo fisiológico e DRGE

Como separar a regurgitação fisiológica do lactente da doença do refluxo, reconhecer os sinais de alarme cirúrgicos e neurológicos e evitar o uso desnecessário de inibidores de bomba de prótons

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, Oxford, Cambridge e AEP · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), tratamento em casa e critérios para encaminhar ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais.

 [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento em casa
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

Regurgitar é normal no lactente: o refluxo gastroesofágico fisiológico tem pico entre 1 e 4 meses e costuma resolver até 12–24 meses, sem prejuízo do crescimento. A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) existe quando o refluxo causa sintomas incômodos ou complicações (esofagite, recusa alimentar com baixo ganho de peso, sintomas respiratórios). Irritabilidade ou choro isolados raramente são DRGE e **não justificam inibidor de bomba de prótons (IBP)** (NASPGHAN/ESPGHAN 2018, NICE NG1, SBP). O manejo inicial é tranquilizar a família, evitar excesso de volume, fracionar as mamadas e, na fórmula, usar espessamento. Se houver suspeita de alergia à proteína do leite de vaca, teste de 2–4 semanas com fórmula extensamente hidrolisada ou dieta materna de exclusão. IBP apenas por 4–8 semanas, em casos selecionados. A maioria é tratada em casa (●/●). Vômito bilioso, vômito em jato com desidratação, hematêmese, distensão abdominal, letargia, febre com toxemia ou fontanela abaulada exigem pronto-socorro (●).

1. O que é e como se apresenta

- **Refluxo gastroesofágico (RGE):** passagem do conteúdo gástrico para o esôfago, com ou sem regurgitação ou vômito. É fisiológico em lactentes, sobretudo após as mamadas.
- **Regurgitação do lactente (Roma IV):** lactente de 3 semanas a 12 meses com duas ou mais regurgitações por dia durante pelo menos 3 semanas, sem náuseas, hematêmese, aspiração, apneia, déficit de crescimento, dificuldade alimentar ou postura anormal. Pico entre 1 e 4 meses; resolve espontaneamente até 12–24 meses (SBP, AEP).
- **DRGE:** RGE que causa sintomas incômodos ou complicações — recusa alimentar com baixo ganho de peso, esofagite, hematêmese, sintomas respiratórios recorrentes, postura de Sandifer (NASPGHAN/ESPGHAN 2018).
- **DRGE refratária:** sem resposta após 8 semanas de tratamento otimizado.
- **Vômito × regurgitação:** o vômito é expulsão forçada com contração abdominal; a regurgitação é passiva e sem esforço. Vômitos exigem pensar além do refluxo.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Regurgitação sem esforço, lactente feliz, ganho de peso adequado, exame normal, início antes dos 6 meses, sem sinais de alarme	Tranquilizar; revisar técnica e volume das mamadas; sem medicamentos nem exames; acompanhamento de rotina
● Moderada	Regurgitação frequente com irritabilidade marcante, recusa ou dificuldade alimentar, ganho de peso limítrofe; suspeita de alergia à proteína do leite de vaca; sintomas típicos de esofagite na criança maior	Medidas alimentares, espessamento, teste de 2–4 semanas com fórmula extensamente hidrolisada ou dieta materna; reavaliação em 1–2 semanas (peso); se persistir, gastroenterologia pediátrica; IBP apenas em casos selecionados
● Grave	Vômito bilioso; vômito em jato com desidratação ou alcalose; hematemese ou melena; distensão abdominal, massa ou abdome doloroso; letargia, convulsão, fontanela abaulada, perímetro cefálico em aumento rápido; febre com toxemia; apneia ou episódio breve resolvido inexplicado com cianose; desidratação	Encaminhar ao pronto-socorro/hospital para avaliação cirúrgica, neurológica ou infecciosa

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Idade < 2 meses com vômitos (estenose hipertrófica de piloro, má rotação com volvo, sepse, erro inato do metabolismo).
- Prematuridade, displasia broncopulmonar, cardiopatia.
- Doença neurológica, síndrome genética, atresia de esôfago operada, hérnia diafragmática.
- Atopia pessoal ou familiar (maior chance de alergia à proteína do leite de vaca).
- Contexto social que impede observação.

3. Diagnóstico no consultório

- **O diagnóstico do RGE fisiológico é clínico:** história alimentar (volume, intervalo, técnica, preparo da fórmula), curva de peso e exame físico completo, incluindo fontanela, perímetro cefálico, abdome e desenvolvimento.
- **Excesso de volume** é causa frequente de regurgitação em lactentes alimentados com fórmula; calcular a ingestão por quilo.
- **Exames:** não são necessários no lactente com regurgitação e sem sinais de alarme (NICE NG1, NASPGHAN/ESPGHAN). A seriografia esôfago-estômago-duodeno não diagnostica

DRGE; serve para anatomia (má rotação, estenose) quando indicada. pHmetria, impedância-pHmetria e endoscopia ficam com o gastroenterologista.

- **Ultrassonografia de piloro** na suspeita de estenose hipertrófica (vômitos em jato não biliosos, geralmente entre 2 e 8 semanas, lactente faminto após vomitar).
- **Urina tipo 1 e urocultura** se regurgitação começar após os 6 meses, houver febre ou baixo ganho de peso (NICE).

Sinais de alarme que indicam outra causa (NICE NG1, NASPGHAN/ESPGHAN 2018, SBP 2024, AEP 2023)

- Vômito bilioso (verde) ou em jato persistente.
- Hematêmese (excluir sangue deglutido do mamilo) ou sangue nas fezes.
- Início após 6 meses ou persistência além de 12–18 meses.
- Distensão abdominal, dor ou massa palpável.
- Febre, letargia, convulsão, fontanela abaulada, aumento rápido do perímetro cefálico (> 1 cm por semana), vômitos matinais.
- Perda de peso ou déficit de crescimento; diarreia crônica.
- Disúria; hepatoesplenomegalia; síndrome genética ou doença crônica.

Diagnóstico diferencial que não pode passar

- Estenose hipertrófica do piloro; má rotação com volvo; invaginação; hérnia encarcerada.
- Infecção urinária, meningite, sepse.
- Hipertensão intracraniana (hidrocefalia, hematoma subdural, inclusive por trauma não acidental).
- Erros inatos do metabolismo, hiperplasia adrenal congênita.
- Alergia à proteína do leite de vaca (APLV), com sobreposição importante de sintomas.
- Superalimentação.

4. Tratamento em casa

Regurgitação fisiológica (●)

- Explicar a história natural e o caráter benigno; o objetivo é tranquilizar a família e evitar medicalização.
- Manter o aleitamento materno exclusivo; não trocar de fórmula sem motivo.
- Evitar excesso de volume; mamadas menores e mais frequentes se o volume estiver acima do necessário (NICE).

- Arrotar durante e após as mamadas; evitar compressão abdominal (roupas apertadas, posição sentada encurvada logo após a mamada).
- **Dormir sempre de barriga para cima**, em superfície firme e plana; não elevar a cabeceira nem usar posição prona ou lateral para dormir (risco de morte súbita; SBP, AEP, NASPGHAN/ESPGHAN).
- Evitar exposição ao tabaco.

Suspeita de DRGE no lactente (🟡) — passos sequenciais

1. **Espessamento:** fórmula antirregurgitação (espesada com amido ou goma de alfarroba) no lactente com fórmula; o leite materno ordenhado pode ser espessado (NASPGHAN/ESPGHAN). O NICE sugere teste de alginato por 1–2 semanas no lactente amamentado com regurgitação e desconforto importantes, após avaliação da amamentação.
2. **Teste com fórmula extensamente hidrolisada** (ou de aminoácidos) por **2–4 semanas** no lactente com fórmula; no amamentado, **dieta materna de exclusão** do leite de vaca (a AAP inclui ovo) por 2–4 semanas. Se melhorar, confirmar APLV com reintrodução programada.
3. **IBP** só se as medidas acima falharem e houver sintomas sugestivos de DRGE (recusa alimentar inexplicada, sofrimento marcante ou baixo ganho de peso — NICE), idealmente com o gastroenterologista. Teste por 4 semanas (NICE) a 8 semanas (NASPGHAN/ESPGHAN, SBP); reavaliar e suspender se não houver resposta.

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Fórmula antirregurgitação	Volume habitual para peso e idade	Conforme rotina	Enquanto houver regurgitação importante	Reduz a regurgitação visível, não o refluxo ácido
Fórmula extensamente hidrolisada ou de aminoácidos	Volume habitual	Conforme rotina	Teste de 2–4 semanas	Na suspeita de APLV
Omeprazol	SBP 2024: faixa de 1–4 mg/kg/dia (máx. 80 mg/dia); iniciar pela menor dose da faixa (dose habitual em torno de 1 mg/kg/dia; conferir faixa etária aprovada em bula)	1x/dia, 30 min antes da mamada ou refeição	4–8 semanas, depois reavaliar e retirar	Apenas DRGE com indicação; não para choro ou regurgitação isolados
Outros IBP (esomeprazol, lansoprazol, pantoprazol)	Conforme bula e faixa etária aprovada	1x/dia	4–8 semanas	Mesmas indicações; SBP cita famotidina como alternativa em casos leves
Alginato	Conforme bula	Após as mamadas	Teste de 1–2 semanas (NICE)	Opção do NICE; não usar junto com espessante

O que não fazer

- **Não usar IBP nem anti-H2** para regurgitação isolada ou choro e irritabilidade em lactente saudável (NICE, NASPGHAN/ESPGHAN, AAP, SBP). Os IBP não reduzem o choro e aumentam o risco de gastroenterite, pneumonia e alterações da microbiota.
- **Não usar procinéticos** (domperidona, metoclopramida, bromoprida): sem eficácia comprovada e com risco cardiovascular ou extrapiramidal (SBP, NASPGHAN/ESPGHAN; NICE só com especialista).
- Não usar posição prona, lateral ou cabeceira elevada para dormir; não usar travesseiros antirrefluxo.
- Não pedir seriografia, pHmetria ou ultrassonografia para diagnosticar refluxo no lactente saudável.
- Não suspender o aleitamento materno.

Criança maior e adolescente: pirose e dor epigástrica típicas justificam teste empírico com IBP por 4 semanas (NICE; NASPGHAN/ESPGHAN até 4–8 semanas), com medidas de estilo de vida (controle de peso, evitar refeições tardias e alimentos que desencadeiam os sintomas). Sem resposta ou com recorrência: gastroenterologia.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Vômito bilioso em qualquer idade — urgência cirúrgica até prova em contrário (má rotação com volvo).
- Vômitos em jato persistentes com desidratação, letargia ou perda de peso (estenose de piloro).
- Hematêmese não explicada por sangue deglutido, melena.
- Abdome distendido, doloroso ou com massa; suspeita de invaginação ou hérnia encarcerada.
- Fontanela abaulada, convulsão, letargia, aumento rápido do perímetro cefálico, suspeita de trauma craniano.
- Febre com toxemia ou lactente < 3 meses febril.
- Desidratação moderada a grave; apneia ou cianose associadas às mamadas.

Como encaminhar

1. Suspender a alimentação oral no vômito bilioso ou na suspeita cirúrgica; se disponível e o transporte for demorado, sonda nasogástrica aberta.
2. Iniciar hidratação venosa se houver desidratação ou choque e o consultório tiver estrutura (ver Diarreia aguda e desidratação, Plano C).
3. Decúbito lateral no lactente que vomita e está sonolento; oxigênio se houver desconforto respiratório ou cianose.
4. Contatar o serviço de destino, idealmente com cirurgia pediátrica; SAMU (192) se houver instabilidade ou sinais neurológicos.
5. Relatório com início, características dos vômitos (bilioso, jato, sangue), curva de peso e exame.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "Regurgitar é comum e costuma melhorar sozinho até o primeiro ano; o importante é o bebê ganhar peso e estar bem."
- "Deite o bebê sempre de barriga para cima para dormir, em colchão firme, sem travesseiro e sem elevar a cabeceira."
- "Não use remédios para refluxo por conta própria; eles não diminuem o choro e podem trazer efeitos colaterais."
- Retorno para pesagem em 1–2 semanas quando houver ajuste alimentar ou teste com fórmula hidrolisada; depois, nas consultas de rotina.

- **Procurar o pronto-socorro se:** vômito verde ou amarelo-esverdeado; vômitos em jato repetidos; sangue no vômito ou fezes pretas; barriga inchada e dura; moleira estufada; sonolência, moleza ou convulsão; febre com bebê abatido; fralda seca por muitas horas; bebê que fica roxo ou para de respirar durante as mamadas.

Veja também, nesta Biblioteca: Alergia Alimentar e APLV.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP / MS	AAP	NICE	OXFORD / CAMBRIDGE	AEP
Regurgitação fisiológica	Roma IV; sem medicamentos; resolução até 24 meses	Tranquilizar; evitar superprescrição de IBP (relatório clínico 2013)	Tranquilizar; não investigar sem sinais de alarme	Segue o NICE	Pico 1–4 meses; resolve até 12–24 meses
Medidas alimentares	Evitar excesso de volume, fórmula espessada	Espessamento; fórmula hidrolisada	Revisar volume, mamadas menores e frequentes, espessamento; alginato no amamentado	Segue o NICE	Evitar sobrealimentação, espessamento
Teste de APLV	Fórmula extensamente hidrolisada ou aminoácidos 2–4 semanas	Dieta materna sem leite e ovo ou fórmula hidrolisada, 2–4 semanas	Referenciar se atopia ou sintomas sugestivos	Segue o NICE	Dieta sem proteína do leite de vaca 2–4 semanas
IBP	Esofagite ou doença ácida comprovada; 4–8 semanas	Preferir IBP a procinéticos, com cautela contra excesso	Não para regurgitação isolada; teste de 4 semanas se dificuldade alimentar, sofrimento ou baixo ganho	Segue o NICE	Após falha das medidas dietéticas, 4–8 semanas
Procinéticos	Não usar domperidona, metoclopramida, bromoprida	Evidência insuficiente	Não oferecer (só especialista)	Segue o NICE	Papel secundário
Posição	Supina para dormir	Supina para dormir	Não recomenda posição como tratamento	Segue o NICE	Não usar medidas posturais

Leitura: as diretrizes convergem em separar a regurgitação fisiológica (que não se trata com medicamento) da DRGE, em recusar IBP para choro isolado e em proscrever procinéticos e posição prona. Todas priorizam medidas alimentares e o teste com fórmula hidrolisada ou dieta materna antes da supressão ácida, pela sobreposição com a APLV. As diferenças são de detalhe: o NICE propõe teste de IBP de 4 semanas quando há dificuldade alimentar, sofrimento marcante ou baixo ganho de peso e oferece alginato ao lactente amamentado; a NASPGHAN/ESPGHAN e a SBP falam em 4–8 semanas e reservam o IBP sobretudo à esofagite; a AAP (2013) admite posição prona apenas com o lactente acordado e supervisionado.

PONTOS PRÁTICOS

1. "Lactente que regurgita, cresce e está feliz" não precisa de exame nem remédio.
2. Choro e irritabilidade isolados não são indicação de IBP.
3. Antes de qualquer medicamento: ajustar volume, fracionar, espessar e, se suspeita de APLV, teste de 2–4 semanas com fórmula extensamente hidrolisada ou dieta materna.
4. Vômito bilioso é urgência cirúrgica em qualquer idade.
5. Vômito em jato entre 2 e 8 semanas de vida: ultrassonografia de piloro.
6. Início após 6 meses, fontanela abaulada ou baixo ganho de peso apontam para outra causa.

8. Fontes

- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Gastroenterologia. Guia Prático de Orientação — Doença do refluxo gastroesofágico, 2024. [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Gastroenterologia. Distúrbios gastrointestinais funcionais no lactente e na criança menor de 4 anos (manual), 2022. [PDF](#)
- NASPGHAN/ESPGHAN. Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines (Rosen et al.), 2018 — resumo. [PDF](#)
- NICE. NG1 — Gastro-oesophageal reflux disease in children and young people: diagnosis and management, 2015. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
- American Academy of Pediatrics. Gastroesophageal reflux: management guidance for the pediatrician (Lightdale, Gremse), 2013 — resumo AAFP, 2014. [aafp.org](https://www.aafp.org)

- AEP/SEGHNP. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Gastroenterología — Reflujo gastroesofágico y esofagitis en niños (Carabaño Aguado, Armas Ramos, Ortigosa Castillo), 2023. [PDF](#)

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP

(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.