

SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL UM CONSENSO NACIONAL

FLÁVIO ANTONIO QUILICI - TSBCP
SURÁIA BOAVENTURA ANDRÉ
CARLOS FERNANDO FRANCISCONI
MARCUS TÚLIO HADDAD
ULYSSES G. MENEGHELLI
WALDOMIRO DANTAS

QUILICI F.A., ANDRÉ S.B., FRANCISCONI C.F., HADDAD M.T., MENEGHELLI U.G., DANTAS W. - Síndrome do intestino irritável
- Um consenso nacional. *Rev bras Coloproct*, 1999; 19(4): 286-296

INTRODUÇÃO

Ao finalizarmos a formação de um consenso sobre a Síndrome do Intestino Irritável (SII), obtivemos a participação de 1.194 profissionais que contribuíram para o conhecimento de como a síndrome é diagnosticada e tratada no Brasil, bem como delineamos as características de 2.261 pacientes com esse diagnóstico.

Vale ressaltar que não existe levantamento de tal magnitude no País. Entretanto, os autores, considerando as limitações da generalização que ao estudo possam ser impostas, decidiram publicar seus resultados sob o título de *Um consenso nacional sobre a síndrome do intestino irritável*, e assim recomendam que sejam interpretados.

OBJETIVOS

A estruturação e condução deste trabalho foi realizada por um grupo de especialistas, representantes de centros universitários do país e das quatro sociedades médicas envolvidas com o tema: a Federação Brasileira de Gastroenterologia, a Sociedade Brasileira de Coloproctologia, a Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva e a Sociedade Brasileira de Motilidade, que compuseram o comitê executivo.

Foram objetivos do comitê:

1. Gerar um consenso nacional que possa ser utilizado como referência científica pela classe médica em geral;
2. Mobilizar a classe médica em torno do tema;
3. Obter dados epidemiológicos sobre a população afetada;
4. Divulgar os resultados deste consenso visando a ampliação do conhecimento e a uniformidade de condutas médicas;
5. Sensibilizar os órgãos públicos de saúde sobre a SII e
6. Informar a população.

MÉTODOS

O inquérito foi estruturado de maneira a atingir 21.863 médicos (16.529 clínicos-gerais, 4.782 gastroenterologistas e 552 coloproctologistas) com uma cobertura de âmbito nacional.

Foram entregues dois tipos de formulários: um questionário de múltipla escolha que pretendeu avaliar o perfil do médico e avaliar o seu conhecimento sobre a síndrome e sua forma de abordagem diagnóstica e terapêutica; e duas fichas que pretenderam obter informações objetivas sobre as características clínicas de dois pacientes. Idealmente, esses dois pacientes deveriam ser escolhidos aleatoriamente pelo médico, de seu arquivo. A devolução dos formulários preenchidos confirmaria a participação do médico no inquérito.

Uma empresa especializada em pesquisa, assessoria e comunicações, seguindo instruções do comitê executivo, encarregou-se de gerenciar a distribuição (iniciada em ju-

nho de 1998) e o recebimento (encerrado em outubro deste mesmo ano) dos formulários, bem como de realizar o processamento eletrônico dos dados neles contidos, que foram posteriormente analisados por um epidemiologista clínico.

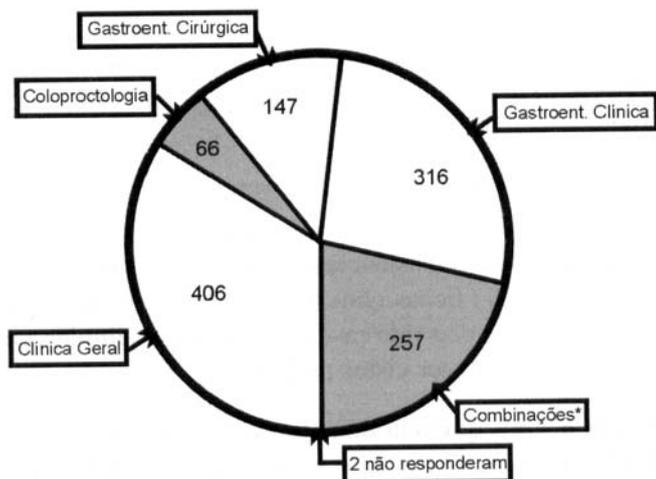
RESULTADOS

Perfil dos médicos que responderam ao questionário

A maioria dos médicos que responderam ao questionário (84,0%) residem nas regiões Sudeste e Sul do País dos quais, 44,6% têm entre 15 a 24 anos de formados (17,3 anos em média).

No que se refere à área de atuação principal os resultados, com as respectivas frequências, são mostrados na Figura 1.

Figura 1 - Área de atuação principal dos 1194 médicos que participaram do inquérito nacional sobre a SII



* Combinações de duas ou mais das especialidades mencionadas

Entre os médicos pesquisados, a maioria 61,9% utiliza critérios próprios de diagnóstico que apesar de não nominados, refletem os critérios de *Roma* e critérios de *Manning*, conhecidos internacionalmente.

Quanto ao número de procedimentos rotineiramente utilizados para o diagnóstico, este variou de zero a 11 dos 18 listados no questionário (média = 4,0).

Os 18 procedimentos listados no questionário aparecem na Tabela 1, na ordem de frequência com que foram apontados como de uso rotineiro no esclarecimento diagnóstico da síndrome.

De 1177 médicos que responderam sobre sua conduta frente ao paciente com quadro funcional, 1118 (95,0%) iniciam eles mesmos o tratamento sem necessidade de encaminhamento a outro profissional.

Tabela 1 - Procedimentos rotineiramente utilizados para esclarecimento diagnóstico, na ordem de frequência com que foram assinalados

Procedimento rotineiramente utilizado	%
Exames protoparasitológicos	90,5
Exames bioquímicos	66,9
Pesquisa de sangue oculto nas fezes	47,2
Retossigmoidoscopia	31,3
Enema opaco	30,4
Ultra-sonografia	28,9
Colonoscopia	27,9
Pesquisa de <i>Helicobacter pylori</i>	27,1
Endoscopia digestiva alta	25,3
RX simples de abdômen	21,1
Teste de tolerância à lactose	5,7
Trânsito de delgado	5,3
Dosagem da D-xilose	3,2
Tomografia computadorizada de abdômen	0,5
Biópsia de delgado	0,5
Enteroscopia	0,3
Manometria anorretal	0,2
Aspiração jejunal	-

Tabela 2 - Recursos terapêuticos considerados como de uso rotineiro

Recurso terapêutico	%
Dieta rica em fibras	72,5
Brometo de pinavério	69,1
Incrementadores do bolo fecal	40,1
Cisaprida	39,3
Ansiolíticos fitoterápicos	28,3
Hioscina	25,7
Ansiolíticos não-fitoterápicos	17,7
Metoclopramida	11,9
Antidepressivos	11,3
Trimebutina	9,9
Domperidona	9,5
Loperamida	3,5
Laxante osmótico	2,7
Colestiramina	1,8
Diciclomina	1,6
Bisacodil	1,5
Alfa delta galactosidase (Beano)	0,9
Mebeverina	0,3

Os recursos terapêuticos foram listados no questionário, para que fossem apontados pelo médico quais os de "uso rotineiro", de uso "quando necessário", ou "nunca".

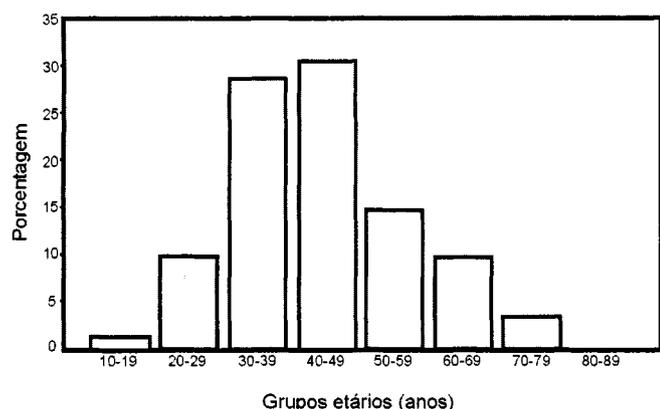
A tabela mostra o percentual dos considerados de uso rotineiro na opinião dos médicos que responderam ao inquérito, já eliminados os questionários com respostas conflitantes.

Perfil dos pacientes descritos

Como já salientado, solicitou-se a cada médico que prestasse informações sobre dois de seus pacientes com o diagnóstico da SII, idealmente selecionados de forma aleatória.

A idade destes pacientes variou de 12 a 89 anos, com média de 44,2 anos. A distribuição por faixa etária pode ser vista na Figura 3.

Figura 3 – Distribuição por grupo etário de 2237 (dos 2261*) pacientes com diagnóstico de SII.



* Excluídos 24 sem informação sobre idade.

Houve predomínio do sexo feminino em relação à maior ocorrência da síndrome (58,6%) sobre o masculino (41,4%) considerados os 2249 pacientes sobre os quais essa informação estava disponível.

A dor abdominal foi apontada como presente no quadro clínico em 2152 (95,2%) das 2261 fichas clínicas. Quanto ao local da dor, dentre quatro opções apresentadas, predominou a dor de localização difusa, como pode ser visto na Tabela 3.

Tabela 3 – Frequência da dor abdominal em relação à localização em 2152 (de 2261) fichas clínicas de pacientes com diagnóstico de SII.

Dor abdominal	%
Difusa	49,6
Hipogástrica	28,0
Peri-umbilical	25,5
Epigástrica	20,0

A influência da alimentação e das evacuações sobre a evolução da dor abdominal foi referida por um número significativo de pacientes como pode ser visto na Tabela 4. Não houve menção à influência destes dois parâmetros sobre a evolução da dor abdominal em 25,8% dos pacientes

Tabela 4 – Fatores de melhora ou piora da dor abdominal 2261 pacientes com diagnóstico de SII

Dor abdominal que:	Número de vezes	%
Melhora com as evacuações	1191	53
Piora após as refeições	931	41
Acorda o paciente	278	12

Quanto ao hábito intestinal dos pacientes com diagnóstico da síndrome, a Tabela 5 mostra como foram classificadas as respostas existentes nas 2261 fichas clínicas.

Tabela 5 – Forma de apresentação do hábito intestinal em 2261 pacientes com diagnóstico de SII

Hábito intestinal	%
Diarréia e constipação	41
Predomínio de diarréia	37
Predomínio de constipação	22
Total	100,0

Alteração na consistência das fezes foi assinalada em 2207 (das 2261) fichas clínicas. Havia quatro opções de respostas, tendo ocorrido casos de respostas múltiplas. Os resultados podem ser vistos na Tabela 6.

Tabela 6 – Frequência das alterações da consistência das fezes em 2207 (de 2261) fichas clínicas de pacientes com diagnóstico de SII

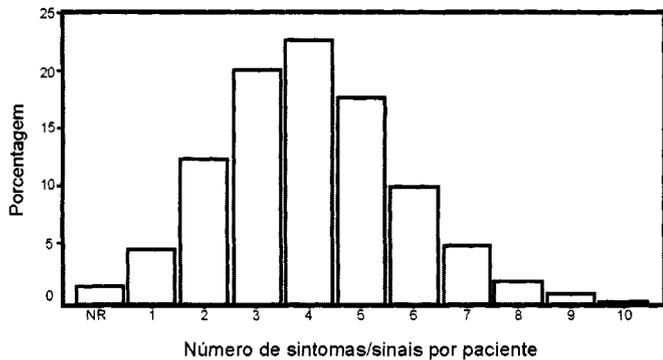
Consistência das fezes	%
Pastosa	43,8
Líquida	34,3
Endurecida	24,8
Cibalosa	12,8
Total*	100,0

Quanto à intensidade da alteração do hábito intestinal, predominaram os quadros leves a moderados, tanto da diarréia 87,4% (1308/1496) como da constipação, 89,0% (986/1108) dos casos.

O número médio de sinais ou sintomas digestivos que frequentemente são apontados como associados à dor abdominal e às alterações do hábito intestinal foi de 4,1 por

paciente. A distribuição do número de sintomas e sinais por paciente é mostrada na Figura 4.

Figura 4 – Distribuição percentual do número de sintomas/sinais digestivos associados à dor abdominal e às alterações do hábito intestinal, em 2261 portadores de SII.



*NR = Não responderam

A frequência com que esses 10 sintomas/sinais digestivos foram assinalados nas 2222 fichas clínicas com esse item preenchido (total de 9085 escolhas) pode ser observada na Tabela 7.

Tabela 7 – Frequência em que cada sintoma/sinal digestivo associado à dor abdominal e às alterações do hábito intestinal foi mencionado, em 2222 (de 2261) pacientes com diagnóstico de SII

Sintoma/sinal	%
Desconforto abdominal	81,9
Distensão abdominal	68,8
Plenitude	53,5
Sensação de evacuação incompleta	54,5
Eliminação de muco pelas fezes	47,4
Intolerância alimentar	28,9
Pirose ou azia	23,8
Náuseas ou vômitos	22,3
Despertar noturno por sintomas	15,9
Sangue vivo nas fezes	12,0

Os períodos de remissão da sintomatologia dos pacientes, outra característica da síndrome, foram variáveis, como pode ser visto na Tabela 8.

Manifestações extradigestivas foram relatadas em 84,3% dos pacientes incluídos no inquérito sem diferença estatística em relação à distribuição quanto ao sexo ($p=0,332$) ou faixa etária ($p = 0,269$).

Houve relação entre as manifestações clínicas da síndrome com eventos psicossociais na grande maioria dos 2261 pacientes estudados (84,3%), mas não houve

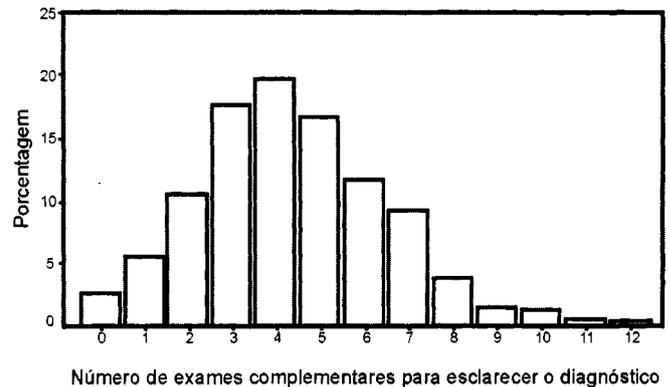
Tabela 8 – Período de remissão dos sintomas/sinais em 2261 pacientes com diagnóstico de SII

Período de remissão	%
De 3 meses a 1 ano	39,5
Acima de 1 ano	36,8
Menos de 3 meses	21,9
Não responderam	1,7
Total	100,0

diferença estatística ($p = 0,400$) entre os sexos quanto a essa relação

O número de exames complementares realizados por paciente para elucidação diagnóstica variou de zero a 12, com média* de 4,3. A distribuição do número de exames complementares por paciente aparece na Figura 5.

Figura 5 – Distribuição percentual dos exames complementares por paciente, utilizados para esclarecer o diagnóstico em 2261 pacientes com a SII.



A relação dos 16 exames complementares listados na ficha clínica, em ordem de frequência com que apareceram em 2202 fichas positivas, é mostrada na Tabela 9.

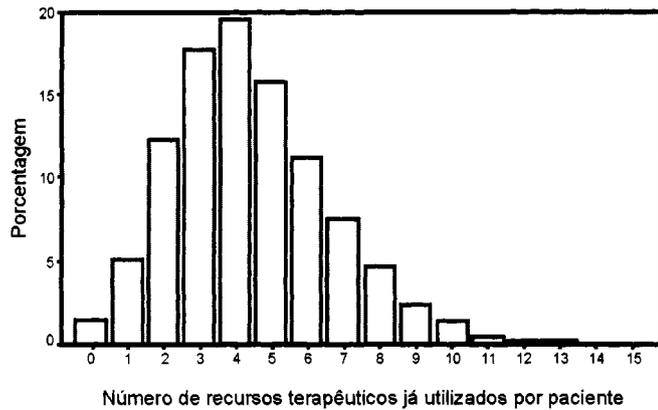
Em relação aos recursos terapêuticos já utilizados nos 2261 pacientes, o número por paciente variou de zero a 15, com média de 4,4. A distribuição do número de medicamentos empregados por paciente encontra-se na Figura 6.

A relação dos 18 recursos terapêuticos já utilizados listados na ficha clínica, em ordem de frequência pode ser vista na Tabela 10.

Quanto ao tratamento em uso atual pelos pacientes o sumário das respostas com os tratamentos agrupado em classes, pode ser visto na Tabela 11.

Entre as 1817 menções a agentes motores, o brometo de pinavério figurou em 1328 (73,1%), e a cisaprida em 317 (17,4%). Esses dois medicamentos, somados, representaram 90,5% dos agentes motores. Sobre o total das 4307 menções, o brometo de pinavério representa 30,8%, e a cisaprida 7,4%.

Figura 6 – Distribuição porcentual do número de recursos terapêuticos já utilizados por paciente.



A ausência de resposta clínica aos medicamentos utilizados pode ser vista na Tabela 12.

DISCUSSÃO

A Síndrome do Intestino irritável é considerada como um dos distúrbios funcionais mais frequentes porém relatos sobre as suas características epidemiológicas não têm sido habitualmente avaliados com amostras randomizadas

Tabela 9 – Frequência com que os exames complementares listados* foram utilizados para confirmar o diagnóstico dos pacientes com a SII

Exames complementares	%
Exames protoparasitológicos	86,1
Exames bioquímicos	72,6
Pesquisa de sangue oculto nas fezes	49,9
Endoscopia digestiva alta	45,6
Enema opaco	45,1
Colonoscopia	41,4
RX simples de abdômen	33,0
Retossigmoidoscopia	27,8
Trânsito de delgado	18,0
Avaliação psiquiátrica	11,8
Teste de tolerância à lactose	7,5
Dosagem da D-xilose	3,5
Enteroscopia	1,2
Biópsia de delgado	1,1
Manometria anorretal	0,4
Aspiração jejunal	0,1

Tabela 10 – Frequência dos recursos terapêuticos já utilizados em cada um de 2226* (de 2261) pacientes com a SII

Recurso terapêutico já utilizado	Número	%
Brometo de pinavério	1492	67,0
Dieta rica em fibras	1381	62,0
Hioscina	1166	52,4
Ansiolíticos não-fitoterápicos	1085	48,7
Cisaprida	1061	47,7
Ansiolíticos fitoterápicos	832	37,4
Incrementadores do bolo fecal	682	30,6
Metoclopramida	529	23,8
Antidepressivos tricíclicos	523	23,5
Loperamida	338	15,2
Domperidona	253	11,4
Laxante osmótico	231	10,4
Trimebutina	226	10,2
Colestiramina	90	4,0
Bisacodil	77	3,5
Diciclomina	34	1,5
Alfa-delta galactosidase (Beano)	11	0,5
Mebeverina	5	0,2

* Em 35 fichas clínicas não havia escolha de qualquer dos recursos terapêuticos acima.

da população. Questões metodológicas como a representatividade da amostra selecionada, a definição da SII e a variabilidade de critérios diagnósticos utilizados, tem tornado os resultados pouco uniformes e em certos pontos contraditórios. Adicionalmente, os distúrbios funcionais gastrointestinais são muito heterogêneos fazendo

Tabela 11 – Tratamento em uso, por classe terapêutica, em 2150* (dos 2261) pacientes com a SII

Tratamento atual	Frequência assinalada	%
Agentes motores	1817	84,5
Ansiolíticos	689	32,0
Dieta	294	13,7
Laxantes	320	14,9
Antiespasmódicos	310	14,4
Antidepressivos	235	10,9
Constipantes	93	4,3
Antifiséticos	45	2,1
Psicoterapia	21	1,0
Outros	345	16,0
Nenhum	138	6,4

* Excluídas 111 fichas clínicas sem resposta.

Tabela 12 — Medicamentos que não induziram resposta clínica em 708* pacientes com a SII

Não houve resposta clínica a	Numero	% do total
Cisaprida	183	25,8
Hioscina	126	17,8
Brometo de pinavério	92	13,0
Ansiolíticos fitoterápicos	80	11,3
Metoclopramida	58	8,2
Loperamida	47	6,6
Ansiolíticos (não especificados)	42	5,9
Ansiolíticos não-fitoterápicos	42	5,9
Dieta rica em fibras	38	5,4
Domperidona	36	5,1
Trimebutina	31	4,4
Incrementadores do bolo fecal	31	4,4
Antidepressivos tricíclicos	25	3,5
Laxante osmótico	19	2,7
Antidepressivos (não especificados)	12	1,7
Colestiramina	11	1,6
Bisacodil	8	1,1
Outros	154	21,8

* O total excede 708 devido a referência a mais de uma medicação por paciente.

parte do seu espectro de manifestações clínicas a constipação e a diarreia crônicas, que são muito frequentes na comunidade não afetada pela síndrome.

Quadro 1

Critérios Diagnósticos da Síndrome do Intestino Irritável
<p>Critérios de Roma No mínimo 3 meses dos seguintes sintomas, contínuos ou recidivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dor ou desconforto abdominais <ul style="list-style-type: none"> Alívio com a defecação ou Associados a alteração da frequência da evacuação ou Associados a alteração da consistência das fezes • Dois ou mais dos seguintes, no mínimo em um quarto das ocasiões ou dos dias: <ul style="list-style-type: none"> Frequência de evacuação alterada (para fins de pesquisa, pode-se definir “alterada” como mais de 3 movimentos intestinais por dia, ou pelo menos de 3 movimentos intestinais por semana), ou Forma das fezes alterada (fezes duras/grumosas ou moles/aquosas) ou Defecação alterada (esforço, urgência ou sensação de evacuação incompleta), ou Evacuação com muco, ou Flatulência ou sensação de distensão abdominal
<p>Critérios de Manning</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dor abdominal aliviada pela defecação • Fezes amolecidas com aparecimento de dor • Evacuação mais frequente com aparecimento de dor • Distensão abdominal • Evacuação com muco • Sensação de evacuação incompleta

Os sintomas que caracterizam a SII têm sido descritos como comuns em populações aparentemente saudáveis na Inglaterra, França, Estados Unidos, Nova Zelândia, Inglaterra, Dinamarca e Tailândia^(1,3,5,7,9,11,12) Manning et al.⁽⁸⁾ (1978) foram os primeiros a mostrar que seis sintomas em pacientes ambulatoriais que procuram atendimento médico poderiam discernir pacientes com SII daqueles com enfermidades orgânicas. Embora estes critérios não tenham sido propostos com o objetivo de rastreamento da enfermidade na população, estudos populacionais têm validado a sua utilidade.

Os critérios que vêm sendo adotados pela generalidade dos gastroenterologistas para estabelecer o diagnóstico de SII são os de Manning ou os elaborados por um grupo de especialistas na área conhecidos como Critérios de Roma⁽¹⁰⁾, (1992) que são apresentados a seguir (Quadro 1):

Entre os médicos pesquisados, a maioria 61,9% utiliza critérios próprios de diagnóstico que, apesar de não nominados, refletem os critérios acima citados.

A dor abdominal, sintoma cardinal da SII, foi referida pelos pacientes reportados neste levantamento como caracteristicamente difusa e, predominantemente de intensidade leve a moderada como o descrito na literatura. Da mesma forma o sintoma doloroso tendeu a piorar com a alimentação (41%) e a melhorar com as evacuações (53%). Vale ressaltar que naqueles pacientes que referem despertar noturno pelo sintoma, a presença de doença orgânica

deve ser obrigatoriamente investigada. A alteração do hábito intestinal mais freqüente foi a diarreia, relatada por 78% dos pacientes, metade destes com alternância entre constipação e diarreia.

O presente inquérito reafirmou o predomínio dos distúrbios funcionais gastrointestinais em grupos etários mais jovens em relação a aqueles com mais de 50 anos. Sobreposição de sintomas também foi observada, com 54% dos pacientes referindo a presença de plenitude epigástrica ou pós-prandial, 24% de azia, 22% de náuseas ou vômitos e 29% de intolerância alimentar. Na experiência de Drossman et al (2), dentre os pacientes com sintomas funcionais intestinais investigados, 56% apresentaram concomitância de sintomas esofágicos, 37% de sintomas gastroduodenais e 41 % de sintomas anorretais demonstrando que estes indivíduos freqüentemente têm mais de um sintoma de diferentes localizações anatômicas. Muitos outros sintomas também foram significativamente mais freqüentes em pacientes com 511 na experiência de Jones; Lydeard. Pirose esteve presente em 79% versus 24% daqueles sem SII e mais de 90% dos pacientes com a síndrome apresentavam queixas dispépticas⁽⁶⁾.

Esta concomitância de sintomas sugere que o mecanismo de muitos distúrbios gastrointestinais funcionais não são sítio-específicos; fatores psicológicos poderiam gerar efeitos generalizados na motilidade e na percepção individual. Adicionalmente, fatores sócio-culturais e comportamentais poderiam gerar uma tendência a generalizar ou ampliar estas sensações.

Embora a prevalência no sexo feminino seja amplamente aceita, numa proporção de 2,3:1 em hospitais ou consultórios, é possível que esta diferença reflita apenas maior pre-

ocupação com os sintomas, maior propensão a notá-los e a recordá-los. Heaton et al relataram uma prevalência de 24% entre mulheres e 11 % entre homens quando dois ou mais sintomas foram usados como critério diagnóstico e 13% e 5% respectivamente quando três ou mais dos critérios de Manning foram utilizados⁽⁵⁾ A presente investigação demonstrou um predomínio do sexo feminino numa relação de 1,4:1.

Embora a maioria dos médicos pesquisados tenha referido o critério clínico como o mais importante na definição diagnóstica, observou-se um número elevado de procedimentos diagnósticos adicionais de complexidade variável, em número médio de quatro por paciente.

Entretanto, devemos ter em mente que a avaliação clínica deve ser o marcador diagnóstico mais importante, sendo os exames subsidiários individualizados em função do quadro clínico predominante. Os exames subsidiários devem ser solicitados com prudência, na medida e na especificidade ditadas pelas evidências clínicas de cada paciente. Neste sentido a elaboração de lista de exames ditos de rotina deve ser evitada.

Os exames considerados primários na investigação são listados abaixo (Quadro 2):

Os procedimentos listados no nível secundário de investigação se aplicam a pacientes com história familiar de câncer cólico, em pacientes cujo quadro clínico se inicia acima dos 40 anos e também aos pacientes cuja comprovação objetiva da ausência de câncer pode ser tranquilizadora ("cancerofobia") (Quadro 3)

A ultrassonografia não é um método adequado para avaliação das afecções funcionais intestinais. Na eventualidade de diagnóstico diferencial com doenças inflama-

Quadro 2

Nível primário de investigação

Hemograma completo
Hemossedimentação
Três protoparasitológicos seriados
Sangue oculto nas fezes*
Glicemia (Outros parâmetros bioquímicos na dependência de condições específicas)
RX simples de abdome em posição ortostática (em casos especiais como diagnóstico diferencial de obstrução ou pseudoobstrução intestinal)

* de valor relativo na dependência do método e objetivo para o qual está sendo utilizado; seu valor predictivo tanto positivo quanto negativo é baixo principalmente com técnicas muito sensíveis como por exemplo o método da benzidina. Se houver suspeita de câncer colônico o método mais adequado é um dos do nível secundário.

Quadro 3

Nível secundário de investigação

Avaliação Radiológica	Avaliação endoscópica
Enema baritado	Colonoscopia
Trânsito de delgado**	Avaliação Radiológica

** Pode ser útil na avaliação de pacientes com quadro predominante de diarreia com dor abdominal e sempre a posteriori de protoparasitológicos seriados.

tórias intestinais os métodos de imagem de nível secundário são mais eficientes. A tomografia computadorizada de abdome deve ser cogitada apenas em centros de atendimento terciário em pacientes refratários ou pacientes com quadros clínicos mais complexos.

Em casos refratários, o médico deve ser prudente na realização de exames caros e invasivos atendendo às pressões do paciente. A realização de exames diagnósticos nestas condições deve ser dirigida pelo médico em função das hipóteses diagnósticas clínicas que surgem no contexto da consulta.

O tratamento da SII deve basear-se.: na natureza e gravidade dos sintomas, no grau de perturbação fisiológica e comprometimento funcional, e nas características das alterações psicossociais.

A grande maioria dos pacientes com SII têm sintomas leves. Geralmente são tratados em serviços de atendimento primário, mantêm suas atividades diárias normais, têm pouca ou nenhuma dificuldade psicossocial e não são grandes usuários de serviços de saúde. Comumente, respondem a uma abordagem geral de tratamento que envolve educação, tranquilização, mudanças dietéticas e de estilo de vida.

A proporção de enfermos que apresentam sintomas mais severos é menor. Estes podem revelar distúrbios psicológicos resultantes de seus sintomas, que se correlacionam à fisiologia alterada do intestino, como por exemplo, piora com a alimentação, alívio com a defecação. Nestes casos, os tratamentos compreendem fármacos atuantes no intestino, tais como, anticolinérgicos, antidiarréicos, etc., e em alguns casos, tratamentos psicológicos.

Apenas uma pequena proporção de pacientes com 'SII' apresentam sintomas graves e refratários⁽¹³⁾ Esses enfermos deverão ser avaliados em centros de referência e apresentam, freqüentemente, dor abdominal mais intensa, muitas vezes constante, e dificuldades psicossociais em associação com altos graus de utilização de serviços de saúde. Nestes casos, é necessária mediação antidepressiva e, possivelmente, encaminhamento a centros de saúde mental, juntamente com o prosseguimento da relação com o médico do atendimento primário para apoio psicossocial através de visitas breves e regulares⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Como acontece com qualquer doença crônica, é importante determinar as razões imediatas da visita do paciente que podem ser as seguintes:

1. novos fatores de exacerbação, como por exemplo, mudanças de dieta, transtorno clínico concomitante ou efeitos colaterais de uma nova medicação;
2. preocupação pessoal com doença séria e/ou grave, tais como óbito recente na família;

3. fatores ambientais de tensão, como por exemplo, perda afetiva importante ou histórico de abuso físico e/ou sexual;
4. co-morbidade psiquiátrica, tais como, depressão ou ansiedade;

5. comprometimento das funções habituais, como por exemplo, dificuldades recentes no trabalho ou na vida social; ou

6. motivos ocultos, como abuso de narcóticos ou laxativos, incapacidade pendente ou ganho secundário.

A relação médico-paciente é uma etapa fundamental da terapêutica e responsável por boa parte da melhora clínica observada pelo paciente. Uma vez estabelecido um bom relacionamento, deve-se proceder à educação e tranquilização do enfermo, além da monitorização de seus sintomas.

A educação envolve a explicação de que os sintomas da SII são bastante reais numa linguagem de fácil compreensão. A tranquilização tem valor terapêutico e deve seguir-se a um interrogatório médico das preocupações e ansiedades do paciente, após avaliação diagnóstica adequada, geralmente conservadora. No entanto, a experiência mostra que, caso seja comunicada de forma inadvertida e antes da avaliação, a tranquilização será rejeitada pelo pacientes.

Para aqueles que se beneficiam de restrições dietéticas simples como evitar feijão e frutas cítricas, o ajuste alimentar faz sentido. Entretanto, não há benefício em restringir excessivamente a dieta, afetando a vida social e incorrendo no risco de má nutrição. Dietas restritivas representam um último recurso e devem ser supervisionadas por nutricionista qualificado.

O valor da utilização de dieta rica em fibras na SII, mais especificamente no alívio da dor abdominal ou da alteração da função intestinal é controverso na literatura. As fibras solúveis (*psyllium*) podem, paradoxalmente, ser úteis na melhora da diarreia, ao passo que, as insolúveis (farelo de trigo), podem ser utilizadas no tratamento dos casos de constipação.

Quando utilizadas, recomenda-se a sua administração gradativa até que atinja a dose necessária para alívio dos sintomas. Tal medida tende a evitar efeitos colaterais, tais como distensão gasosa, cólicas e náuseas, etc., promovidos pela sua introdução rápida.

O emprego de medicamentos é dirigido para o tratamento sintomático dominante em cada caso clínico, levando-se em conta a intensidade e freqüência dos sintomas:

Dor e distensão abdominais: As medicações utilizadas com mais freqüência são os antiespasmódicos. Incluem-se nessa classe os anti-muscarínicos e os bloqueadores dos canais de cálcio. A justificativa de seu uso baseia-se na supressão da resposta contrátil a atividades estimuladoras, como tensões ou refeições.

Usam-se antimuscarínicos para exacerbações agudas, tais como, dor pós-prandial, pois parece que tais medicamentos perdem eficácia rapidamente em tratamentos crônicos. Não se recomendam terapêuticas de combinação com barbitúricos e benzodiazepínicos para uso a longo prazo, devido à possibilidade de dependência.

No Brasil, semelhante aos EUA, as drogas mais frequentemente usadas têm sido os anticolinérgicos, com base na evidência de reduzirem a motilidade do cólon em resposta a uma refeição gordurosa^(14,16). Recentemente, um estudo metanáltico sobre relaxantes da musculatura lisa⁽¹⁷⁾ identificou 26 estudos randomizados controlados com parâmetros semelhantes: avaliação global, dor, constipação, distensão e ausência de reações adversas. Essa metanálise concluiu que os relaxantes da musculatura lisa ou antiespasmódicos, com classe terapêutica, foram significativamente melhores que o placebo na avaliação global do tratamento (62% versus 35%) e na melhora específica da dor abdominal (64% versus 45%), sendo significativa estatisticamente com um $p < 0,01$ para ambas. As cinco drogas seguintes mostraram eficácia superior ao placebo na SII: brometo de cimetrópio (composto antimuscarínico); brometo de pinavério e brometo de otilônio ou otilítico (derivados de amônio quaternário com propriedades de antagonistas do cálcio); trimebutina (antagonista periférico dos opiáceos); e mebeverina, derivado da beta-feniletilarnina (com atividade anticolinérgica)⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

Constipação: O aumento de fibras na dieta ou o uso de produtos de psyllium é recomendado frequentemente para pacientes portadores de SII com predomínio de constipação, mesmo que esses pacientes, como grupo, não consumam menos fibras que os indivíduos controle⁽²⁰⁾.

O uso de fibras baseia-se em evidências de que elas teriam as seguintes propriedades:

(1) diminuir o tempo de trânsito intestinal total, o que pode aliviar a obstipação; (2) diminuir a pressão no interior do cólon, o que poderia reduzir a dor; e (3) diluir os sais biliares, o que poderia reduzir indiretamente a atividade contrátil do cólon⁽²¹⁾. Não parece, contudo, que a suplementação com fibras reduza a atividade contrátil em pacientes com SII⁽²⁶⁾. Relata-se que o farelo não é melhor do que o placebo⁽²³⁾ ou que possivelmente seja pior que a dieta normal^(24,25) em alguns dos sintomas da SII. Os pacientes com SII têm limiar mais baixo de dor referida à distensão intraluminal e, em conseqüência, podem ser mais sensíveis que outros pacientes aos gases intestinais produzidos pela fermentação das fibras. No entanto, a maioria dos estudos refere melhora significativa da obstipação ao se consumirem quantidades suficientes de fibra (20 a 30 g/dia)⁽²⁶⁾.

Diarréia: A loperamida (2 a 4 mg até 4 vezes por dia), um opiáceo, diminui o trânsito intestinal, intensifica a absorção intestinal de água e íons e fortalece o tono do esfíncter retal, melhorando com isso, a diarréia, a urgência e o escape fecal de pacientes com "SII"⁽²⁶⁾. Por não cruzar a barreira hematoencefálica, é preferível ao difenoxilato, à codeína ou a outros narcóticos no tratamento da SII com predomínio de diarréia e/ou incontinência. Deve-se considerar a colestiramina em pacientes com má absorção idiopática de ácidos biliares⁽²⁷⁾. No entanto, visto que a má absorção de ácidos biliares pode resultar de trânsito rápido, seria mais simples e aceitável a abordagem inicial com a loperamida.

Alterações psicológicas: O uso atual, mais freqüente, são os antidepressivos, quer tricíclicos (por exemplo, amitriptilina, imipramina, doxepina), quer inibidores da recaptção da serotonina (por exemplo, fluoxetina, sertralina, paroxetina), para tratar pacientes com SII, especialmente aqueles que apresentam sintomas mais graves ou refratários, comprometimento da função diária e associação com depressão ou crises de pânico. Seu uso, inicialmente, baseou-se no fato de uma elevada proporção de pacientes com SII referir depressão significativa. Hoje, no entanto, reconhece-se que os antidepressivos têm propriedades neuromoduladoras e analgésicas independentes de seu efeito psicotrópico. Além disso, tais efeitos podem ocorrer mais cedo e com doses mais baixas do que com as usadas no tratamento da depressão. Como os antidepressivos têm de ser usados de forma mais contínua, a decisão de seu emprego vai depender também do paciente apresentar sintomas crônicos ou freqüentemente recidivantes.

Os ansiolíticos têm sido, às vezes, prescritos em casos de SII, pela freqüência de sintomas de ansiedade, com muitos pacientes referindo que as tensões psicológicas pioram seus sintomas intestinais. Em virtude do potencial de dependência e de interação com outros medicamentos, deve-se ter cuidado ao prescrever ansiolíticos benzodiazepínicos.

CONCLUSÕES

Considerando a inexistência de um marcador biológico desta condição clínica, a SII tem que ser definida clinicamente. Paralelamente deve ser feita a exclusão de outras doenças que têm base orgânica mas fisionomia clínica semelhante. Como decorrência torna-se importante o conhecimento e aplicação corretos de critérios diagnósticos.

O comitê executivo responsável pela elaboração e avaliação deste consenso considera os seguintes elementos clínicos que podem ser usados numa abordagem positiva

Quadro 4

Elementos clínicos para o diagnóstico da Síndrome do Intestino Irritável

Sintomas cardinais:

- Dor abdominal, mais caracteristicamente difusa, que alivia com a defecação e/ou piora com as refeições
- Alteração da frequência ou da consistência das evacuações (diarréia e/ou constipação)

Sintomas secundários:

- Desconforto abdominal
- Flatulência ou sensação de distensão abdominal
- Plenitude
- Esforço, urgência ou sensação de evacuação incompleta
- Evacuação com muco

O diagnóstico da SII deve ser considerado positivamente na presença de:

- 1. sintomas cardinais associados ou não aos sintomas secundários;***
- 2. sintomas com duração acima de 3 meses;***
- 3. sintomas contínuos ou recidivantes;***
- 4. ausência de sinais ou sintomas de alarme: emagrecimento não justificado, evacuação de fezes com sangue, febre, mucosas descoradas, organomegalias ou massas palpáveis.***

para o diagnóstico da SII. Doenças intestinais orgânicas deverão ser afastadas através da história e exame físico cuidadosos e, quando necessário, utilizando-se dos exames complementares cabíveis (Quadro 4):

A abordagem diagnóstica deve ser racional fazendo uso de propedêutica armada com reserva, evitando excessos e multiplicidade. Ao contrário de ser um diagnóstico de exclusão, a possibilidade de afecção funcional deve ser pensada logo a princípio de forma positiva. A multiplicidade de sintomas de outros sistemas que podem acompanhar a SII torna frequentemente a avaliação clínica do paciente mais difícil e onerosa. A prevalência elevada da condição na população geral pode levar à concomitância de afecções, funcionais e orgânicas.

Os fatores emocionais não deverão ser considerados como a causa da SII, mas sim, como condições agravantes do quadro. Se o indivíduo apresenta a SII e também possui um diagnóstico de depressão, pânico ou ansiedade, provavelmente haverá, nos períodos de desordem emocional, a exacerbação dos sintomas intestinais.

O tratamento da SII é sintomático e orientado para a gravidade do quadro e perfil emocional do paciente. Como a expectativa do resultado do tratamento da SII não deve ser alta, pois não há uma completa remoção dos sintomas, é importante o clínico encorajar o paciente a retomar suas atividades cotidianas, apesar dos sintomas.

Uma postura médica que transmita tranquilidade ao paciente é também fundamental, com o esclarecimento de que os sintomas são provavelmente, influenciados por fatores estressantes, contudo não acarretando prejuízos ao

processo fisiológico normal da digestão e não predispondo ao desenvolvimento de uma doença mais grave.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bommelaer G, Rouch M, Dapoigny M, Pais D, Loisy P, Gualino M, Tourmut M. Epidemiologie des troubles fonctionnels intestinaux dans une population apparemment saine. *Gastroenterol Clin Biol*, 1986; 10:7-12
2. Drossman DA, Li Z, Andruzzi E et al. US Householder survey of functional gastrointestinal disorders. Prevalence, sociodemography and health impact. *Dig Dis Sci*, 1993; 38(9):1569-80
3. Drossman DA, Sandier RS, McKee DC, Lovitz A. A bowel pattern among subjects not seeking health care. *Gastroenterology*, 1982;83:520-34
4. Farrands PA; I-lardcastie JD. Colorectal screening by self-completion questionnaire. *Gut*, 1984; 25:445-7.
5. Heaton KW, O'Donnel LJD, Braddon FEM, Mountford RA, Hughos AO, Cripps PJ. Symptoms of irritable bowel syndrome in a British urban community: consulters and nonconsulters. *Gastroenterology*, 1992;102:1962-7
6. Jones R; Lydeard S. Irritable bowel syndrome in the general population. *Br Med J*, 1992;304:8790
7. kay L, Jorgensen I, Jensen KH. The epidemiology of irritable bowel syndrome in a random population: prevalence, incidence, natural history and risk factors. *J Int Med*, 1994; 236:23-30
8. Manning AP, Thompson WG, Heaton KW et al. Towards positive diagnosis of the irritable bowel. *Br Med*, 1978, 2:653-4.
9. Tailcy NJ, Zinsmeister AR, Dyke CV, Melton J. Epidemiology of colonic symptoms and the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 1991;101:927-34.
10. Thompson WG; Creed F, Drossman DA, Heaton kW, Mazzaca G. Functional bowel disorders and chronic functional abdominal pain. *Gastroenterology International*, 1 992;5:75-91.
11. Thompson WG; Heaton KW. Functional bowel disorders in apparently healthy people. *Gastroenterology*, 1980;79:283-8.
12. Taub E, Cuevas JL, Cook EW, Crowell M, Whitehead WE. Irritable bowel syndrome defined by factor analysis. Gender and race comparisons. *Dig Dis Sci*, 1995; 40:2647-55.

13. Hahn BA, Kirchdoerfer LJ, Fuiierton S, Mayer E. Evaluation of a new quality of life questionnaíre for patients with irritable bowel syndrome. **Aliment Pharmacol Ther** 1997, 11:547-552.
14. American Gastroenterological Association. Irritable Bowel Syndrome: A Technical Review for Practice Guideline Development. **Gastroenterology** 1997, 112:2120-2177.
15. Drossman DA. Diagnosing and treating patients with refractory functional gastrointestinal disorders. **Ann Intern Med** 1995;123:688-697.
16. Sullivan MA, Cohen S, Snape WJ. Colonic myoelectrical activity in irritable bowel syndrome. Effect of eating and anticholinergics. **New Engl J Med** 1978; 298:878-883.
17. Poynard S, Naveau B, Mory B, Chaput JC. Meta-analysis of smooth relaxants in the treatment of irritable bowel syndrome. **Aliment Pharmacol Ther** 1994; 8:499-510.
18. Pace F, Coremans G, Dapoigny M, Müller-Lissner SA, Smout A, Stockbrugger RW, Whorwell PJ. Therapy of Irritable Bowel Syndrome - An Overview. **Digestion** 1995; 56:433-442.
19. Awad R, Dibildox M, Ortiz F. Tratamento da Síndrome do Cólon Irritável com o Brometo de Pinavério como bloqueador dos canais de cálcio. Ensaio randomizado duplo-cego controlado com placebo. **Acta Gastroenterol Latinoamericana** 1995; 25:137-144.
20. Jarret M, Heit Remper MM, Bond EF, Georges J. Comparison of diet composition in women with and without functional bowel disorder. **Gastroenterol Nursing** 1994;6:253-258.
21. Mueller-Lissner SA. Effect of wheat bran on weight of stool and gastrointestinal transit time: a meta-analysis. **Br Med J** 1988;296:615-617.
22. Cook IJ, Irvine EJ, Campbell D, Shannon S, Reddy SN, Collins SM. Effect of dietary fiber on symptoms and rectosigmoid motility in patients with irritable bowel syndrome. **Gastroenterology** 1990;98:66-72.
23. Snook J, Shepherd HA. Bran supplementation in the treatment of irritable bowel syndrome. **Aliment Pharmacol Ther** 1994; 8:511-514.
24. Francis CY, Whorwell PJ. The irritable bowel syndrome. **Postgraduate Med J** 1997;73:01-07.
25. Francis CY, Whorwell PJ. Bran and irritable bowel syndrome: time for reappraisal. **Lancet** 1994; 344:39-40.
26. Cann PA, Read NW, I-oldsworth CD. What is the benefit of coarse wheat bran in patients with irritable bowel syndrome? **Gut** 1984; 25:168-173.
27. Scirretta G, Fagioli G, Fumo A, Vicini G, Cecchetti L, Grigolo B, Verri A, Malaguri P. 75 Se HCAT test in the detection of bile acid malabsorption in functional diarrhoea and its correlation with small bowel transit. **Gut** 1987; 28:970-975.

Endereço para correspondência:

Rua General Osório, 2273
Campinas, SP