Síndrome do intestino irritável

Carlos Fernando de Magalhães Francesconi
Maria Helena Itaquí Lopes

INTRODUÇÃO

O tratamento da síndrome do intestino irritável (SII), como a maioria dos distúrbios funcionais digestivos, constitui um desafio para os médicos, pela peculiaridade que este grupo de doenças tem em comum:

- Não há uma base estrutural que explique os sintomas.
- Dificuldade em aceitar que doenças funcionais interferem muito na qualidade de vida dos pacientes.
- Diferenças quanto à valorização do modelo explanatório da doença que motiva a consulta (ver mais adiante).
- Casos graves respondem pouco à terapia convencional de medicamentos que agem no tubo digestivo. Prescrever neuromoduladores exige compreensão pelos pacientes e familiarização dos profissionais com sua farmacologia.

O encontro entre médico e paciente em diferentes cenários pressupõe uma comunicação que deve atender a solução de um problema de saúde. Isso requer habilidades médicas, sejam na arte de questionar, de ouvir, de analisar, interpretar e de relacionar-se atendendo às expectativas desse momento.

Os princípios gerais do tratamento da SII envolvem a adequação da abordagem à gravidade do quadro clínico do paciente.

TRATAMENTO

Aspectos gerais: modelo explanatório de relação médico-paciente

A anamnese, na forma como é organizada pelo paciente na sua narrativa, dará informações preciosas sobre seu comportamento, sua cultura e enfrentamento diante do sintoma apresentado. É disto que se trata o modelo explanatório na relação médico-paciente. Cinco aspectos devem ser entendidos pelos médicos e explicados aos pacientes:

- A etiologia ou a causa da condição. Por que aconteceu?
- A forma e o momento de início dos sintomas. O que aconteceu? Por que agora?
- Os processos fisiopatológicos envolvidos. Por que aconteceu?
- A história natural e a gravidade da doença. Por que aconteceu comigo?
- Os tratamentos apropriados para a condição. O que me aconteceria se nada fosse feito a respeito dessa situação? Quais os efeitos prováveis sobre as outras pessoas (familiares, amigos, colegas de trabalho) se nada for feito a respeito dessa situação? O que devo fazer a respeito dessa situação, ou a quem devo pedir auxílio?

O modelo explanatório e multiculturalidade

A aplicação do modelo explanatório é dinâmica e relacionada aos aspectos socioculturais de cada paciente que incluem idade, gênero, etnia, momento do ciclo de vida, fatores financeiros, religiosidade, entre outros. De maneira oposta aos exames diagnósticos, a percepção do mundo, as experiências pessoais e o contexto particular de cada paciente atuam na percepção e expressão do sintoma, exigindo do médico uma competência para lidar com esses fatores. Isso pode explicar o rechaço que por vezes enfrentam esses pacientes por parte de seus médicos. Eles demandam habilidades e tempo para a efetividade de um atendimento e acompanhamento a longo prazo.

O médico deve, portanto, adequar seu modelo explanatório ao do paciente, ajustando-o às apresentações dos sintomas no momento da consulta.

Abordagem terapêutica e gravidade dos sintomas

De forma geral, os pacientes podem ser classificados de acordo com a gravidade de sua sintomatologia, como a seguir.

Pacientes com sintomas leves

Geralmente aqueles atendidos em serviços de atendimento primário, que 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.

Os seguintes itens devem ser contemplados com relação a esses pacientes:

- Abordagem positiva com relação ao diagnóstico.
- Apreciação sobre seu cotidiano, sua qualidade de vida e seus sintomas digestivos.
- Compreensão do seu conhecimento sobre sua doença, quais seus medos e expectativas.
- Prescrição de fármacos para os sintomas específicos: não existe um fármaco que simultaneamente possa controlar diarreia e constipação.
- Educar o paciente: explicar o que é a SII.
- Orientar com relação a variáveis dietéticas e hábitos de vida: deficiência de lactase e ingestão excessiva de sorbitol (presente no adoçante artificial, em produtos dietéticos e medicamentos, em alimentos como ameixa, pêssago, pera, maçã, chocolate e doces em pasta) e frutose devem ser levadas em consideração.
- Não acenar com cura da doença.
- Usar uma terminologia que seja compreensível pelo paciente.

Pacientes com sintomas moderados

Neste caso, os sintomas se correlacionam mais à fisiologia alterada do intestino, como a piora com a alimentação. Pode haver alívio com a defecação e pode estar associada a distúrbios psicológicos. O tratamento compreende:

- Aplicar os mesmos princípios utilizados para os casos leves.
- Buscar e discutir possíveis desencadeantes psicossociais.
- Encaminhar para atendimento psicológico especializado, quando houver disponibilidade.
- Usar medicação neuromoduladora.

Pacientes com sintomas graves

Esses enfermos devem ser avaliados em centros de referência e apresentam, frequentemente, dor abdominal mais intensa e constante e dificuldades psicossociais, que demandam a utilização de serviços de saúde em grande escala.

Neste caso, é necessário:

- Não aceitar assumir todas as decisões por ele.

- Estabelecer uma relação médico-paciente produtiva e evitar a realização de exames desnecessários.
- Definir quais são os exames subsidiários necessários, e não inverter com o paciente esse papel.
- Estabelecer metas realísticas de melhora.
- Discutir com o paciente alternativas terapêuticas, motivando-o para que participe das decisões. Justificar o uso das medicações sintomáticas. Evitar o uso deliberado de placebos.
- Conduzir as entrevistas valorizando o bem-estar. Valorizar o que melhorou e colocar os sintomas remanescentes em outra perspectiva. Estimular o paciente a mudar o foco sobre seu intestino e suas dores, explicando-lhe como a antecipação de sintomas desagradáveis pode participar negativamente em seu quadro clínico.
- Reconhecer a dificuldade de *insight* e, mesmo algumas vezes, a resistência a diagnósticos psiquiátricos. Exames negativos podem exacerbar o medo de câncer do paciente. Este pode ser seu grande fator de descompensação psicológica.
- Usar neuromoduladores, quando necessário.
- Encaminhar para psicoterapia ou para centros de tratamento de dor, quando necessário. Reconhecer seus limites: buscar consultoria com colegas na eventualidade de algum impasse no tratamento.
- Tornar-se disponível ao paciente. Agendar consultas frequentes ou facilitar a marcação de consultas. Um telefonema pode tranquilizar o paciente, poupando consultas desnecessárias.

Papel da dieta

Em todos os níveis de atendimento é importante orientar quanto à dieta, pelo fato de a intolerância alimentar ser frequentemente relatada por pacientes com SII. Recomendações dietéticas incluem a restrição do exagero de gorduras e lactose e a prescrição de fibras vegetais. Toda suplementação dietética não deve ser vista como uma panaceia para todos os sintomas. Dietas FODMAP (sigla do inglês *fermentable oligosaccharides, disaccharides, monosaccharides and polyols*) e também sem glúten podem ser úteis para alguns pacientes mais graves de SII. A primeira não deverá ser prescrita por mais de 30 dias pelos efeitos na microbiota intestinal, cujo potencial clínico é ainda desconhecido. Não está esclarecido, até o momento, se o efeito dessas intervenções decorre da ação do glúten, de outras proteínas do trigo, de carboidratos de cadeia curta altamente fermentáveis ou se é relacionado a um efeito nocebo desses produtos.

Exercícios físicos podem beneficiar alguns pacientes com SII.

Terapêutica farmacológica

Agentes que agem no tubo digestivo (ação periférica) são utilizados no controle do hábito intestinal.

Na SII-D, a melhor alternativa farmacológica é a loperamida (a eluxadolina não está disponível no Brasil). Ela deve ser usada após cada evacuação diarreica – 1 mg (equivalente a meio comprimido) é muitas vezes suficiente. Pode causar constipação, piora da dor e distensão abdominal.

Na SII-C, é recomendada suplementação com fibras hidrossolúveis, nos casos menos graves. Laxantes devem ser prescritos; o único que foi objeto de estudos clínicos de boa qualidade foi o polietilenoglicol.

O Consenso de Roma IV recomenda o uso de secretagogos que agem nos canais de cloro do bordo em escova dos enterócitos, estimulando a secreção de água e eletrólitos. Não estão disponíveis no Brasil (lubiproston e linacotide).

Agentes sistêmicos que agem no metabolismo da serotonina podem ser utilizados. São eles:

- Agonistas 5-HT₄: tegaserode e prucaloprida, que estimulam o trânsito colônico. O primeiro mostrou-se eficiente no tratamento da SII-C, mas foi recolhido nos Estados Unidos por possível associação com colite isquêmica. O segundo não demonstrou efeito benéfico em pacientes com SII-C.
- Antagonistas 5-HT₃: alosetron e ondansetrona (somente este está disponível no Brasil). Podem ser usados nas doses de 4 a 8 mg, até 3 vezes/dia, dependendo da intensidade da diarreia. Outros agentes sistêmicos incluem os analgésicos antiespasmódicos e os neuromoduladores, apresentados a seguir:
 - Analgésicos antiespasmódicos: apresentam tanto ação colinérgica como de relaxamento da musculatura lisa intestinal. Os cinco fármacos seguintes mostraram eficácia superior ao placebo na SII: brometo de cimetrópio; brometo de pinavério e brometo de otilonio, trimebutina e mebeverina. Os fármacos com ação antiespasmódica provavelmente funcionam bem em alguns pacientes, no entanto, os ensaios terapêuticos com eles realizados ainda não tiveram o poder de afirmar com segurança se seriam eficazes ou não. São fármacos relativamente seguros na SII-M, porque apresentam poucos efeitos na motilidade colônica.
 - Neuromoduladores: incluem os antidepressivos tricíclicos (amitriptilina, imipramina, doxepina e desipramina), inibidores seletivos da recaptação da serotonina (fluoxetina, sertralina, paroxetina, citalopram e escitalopram), inibidores não seletivos da recaptação da adrenalina e serotonina, e ansiolíticos podem ser utilizados para tratar pacientes com sintomas mais graves ou refratários, comprometimento da função

diária e associação com depressão ou crises de pânico. Os antidepressivos têm propriedades neuromoduladoras e analgésicas independentes de seu efeito psicotrópico. Além disso, esses efeitos podem ocorrer mais cedo e com doses mais baixas do que com as usadas no tratamento da depressão. A decisão de seu emprego vai depender também do paciente apresentar sintomas crônicos ou frequentemente recidivantes. Recomenda-se o tratamento por no mínimo 6 meses para que se maximize sua ação positiva na neuroplasticidade do sistema nervoso central. Pode haver resposta clínica insuficiente por não adesão ou doses mais baixas que as adequadas. Os antidepressivos tricíclicos apresentam como efeito colateral a constipação, por sua ação anticolinérgica.

Os ansiolíticos têm sido, às vezes, prescritos em casos de SII, pela frequência de sintomas de ansiedade. Em virtude do potencial de dependência e de interação com outros medicamentos, deve-se ter cuidado ao prescrevê-los. A buspirona é uma alternativa quando se visa a controlar a ansiedade diurna, por não provocar sonolência e/ou diminuição na atenção nem nos reflexos dos pacientes.

Moduladores do microbioma e imunológicos incluem os probióticos e os pré-bióticos. Poucos estudos realizados indicam que os primeiros podem ser úteis (*Bifidobacterium infantis* 35624 e *Bifidobacterium lactis* DN- 173 010). Falta definir cepas específicas que devem ser prescritas nesse cenário e demonstraram benefícios em pacientes com SII-C. A rifaximina é um antibiótico não absorvível, indisponível no Brasil e que se mostrou eficiente da SII-D.

MEDICINA ALTERNATIVA E COMPLEMENTAR

Há opções a serem consideradas, principalmente nos pacientes com grave comprometimento de sua qualidade de vida pelos sintomas psiquiátricos associados. De acordo com os critérios de Roma IV, fazem parte terapias cognitivo-comportamentais, uso de ervas (fitoterapia), hipnoterapia, psicoterapia psicodinâmica e terapia de relaxamento. Infelizmente, em nosso contexto social, são pouco disponíveis, pois requerem profissionais experientes e familiarizados com essas práticas. Para a hipnoterapia, existem protocolos específicos para SII, evitando-se assim o emprego inadequado dessas técnicas.

CONCLUSÃO

Doenças funcionais são doenças crônicas, com períodos de exacerbação dos sintomas. Até o momento atual, ainda não existe um tratamento específico

para sua cura. Doentes funcionais apresentam agendas complexas e demandam atividade reflexiva de seus médicos. A demonstração empática da real compreensão da queixa apresentada reforçará o vínculo de uma efetiva e adequada relação médico-paciente. Utilizam-se diversos medicamentos indicados para tentar controlar os sintomas que mais molestam os pacientes, mas a efetividade do tratamento está em grande parte sustentada pelo estabelecimento de uma relação médico-paciente positiva, com o apoio necessário na compreensão da(s) queixa(s) apresentada(s).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Creed F, Levy R, Bradley L, Drossman D, Francisconi C, Naliboff B, et al. Rome III psychosocial alarm questionnaire for the functional GI disorders. In: Drossman D, et al. The functional gastrointestinal disorders. Virgínia: Degnon; 2006. p.953-59.
2. Drossman DA (ed.). Functional gastrointestinal disorders: disorders of gut-brain interaction. Rome IV, 4.ed. Raleigh: Rome Foundation; 2016.
3. Francisconi CF, Sperber A, Fang X, Fukudo S, Gerson M, Kahn J, et al. Multi cultural aspects in functional gastrointestinal disorders (FGIDs). *Gastroenterology*. 2016;150(6):1344-54.
4. Helman CG. Cultura, saúde e doença. Porto Alegre: Artmed; 2009. cap.5. p.113-42.