

# Síndrome do intestino irritável e ROMA V: O que muda na prática?

Desde a publicação do Roma IV em 2016, pesquisas nas ciências básicas e clínicas forneceram novos insights na compreensão da interação intestino-cérebro. Diante dessa evolução, a Fundação Roma iniciou processo de revisão para atualizar as diretrizes globais de diagnóstico e manejo dos **Distúrbios da Interação Intestino-Cérebro (DIIC)**, publicadas como “Journal Pre-proof” na Gastroenterology em fevereiro de 2026 e que serão oficialmente apresentadas na Digestive Disease Week (DDW) de 2026, em Chicago.

Os **distúrbios intestinais**, agora inseridos no espectro dos DIIC e anteriormente chamados de distúrbios intestinais funcionais, foram reclassificados para refletir os avanços na compreensão da interação cérebro-intestino.

## Classificação dos distúrbios intestinais de acordo com o ROMA V:

1. Síndrome do Intestino Irritável
2. Constipação crônica
3. Diarreia funcional
4. Distensão abdominal funcional ([clique aqui para ler mais](#))
5. Distúrbio intestinal não classificado
6. Constipação induzida por opioides

# Síndrome do Intestino Irritável (SII)

## Nova definição:

Dor abdominal **OU desconforto** recorrente (mas não contínuo), com início há pelo menos 6 meses e sintomas presentes nos últimos 3 meses, em uma **frequência  $\geq 3$  dias por mês**, associado a dois ou mais dos seguintes critérios:

- Associado à evacuação
- Associado à mudança na frequência evacuatória
- Associado à mudança na forma (aparência) das fezes

**Critérios que suportam o diagnóstico:** Dor ou desconforto não devem ocorrer apenas no período menstrual.

## O que mudou?

ROMA V reduz o limiar de frequência (vs. ROMA IV) e reintroduz “desconforto” (presente anteriormente no ROMA III), aumentando sensibilidade diagnóstica.

## Subtipos:

Os subtipos permanecem classificados em 4 categorias, de acordo com a escala de Bristol:

- SII com constipação (SII-C)
- SII com diarreia (SII-D)
- SII com hábito intestinal misto (SII-M)
- SII com hábito intestinal não-classificado

# Diagnóstico

## Princípio central

Diagnóstico **positivo**, não de exclusão. Na maioria dos pacientes que preenchem os critérios para o diagnóstico e não apresentam sinais de alarme (veja quadro a seguir), **exames complementares devem ser direcionados e limitados**, considerando a **probabilidade pré-teste** de condições como doenças inflamatórias intestinais (DII), doença celíaca ou colite microscópica.

### Sinais de alarme

Anemia

Sangramento retal

Perda de peso inexplicada

Diarreia noturna

Início dos sintomas com > 50 anos

Incontinência fecal

História familiar de neoplasia colorretal, doenças inflamatórias intestinais ou doença celíaca

Se os critérios diagnósticos forem preenchidos e **não houver sinais de alarme**, os exames devem ser limitados e direcionados pelo subtipo predominante:

- **Hemograma Completo:** Recomendado para excluir anemia (sinal de alarme).
- **Proteína C Reativa (PCR) e Calprotectina Fecal:** Úteis para diferenciar SII de DII. PCR < 0,5 mg/dl ou calprotectina ≤ 50 µg/g possuem alto valor preditivo negativo para excluir DII.
- **Sorologia para Doença Celíaca:** Recomendada rotineiramente (Anti-tTG IgA e níveis de IgA total), dada a prevalência de 3,3% de doença celíaca em pacientes com sintomas de SII.

## Exames de Fezes Adicionais

- **Parasitológico:** Indicado para pacientes que vivem ou viajaram para áreas endêmicas. Por ser o parasita mais comumente associado à diarreia crônica, antígeno fecal para *Giardia lamblia* pode ser considerado.
- **Testes de Sangue Oculto:** Devem ser usados para rastreamento de câncer colorretal de acordo com a idade, mas não são recomendados para diferenciar SII de outras doenças estruturais.

## 0 Papel da Endoscopia

- **Colonoscopia:** Não é recomendada rotineiramente para pacientes com SII **sem sinais de alarme (e sem indicação para rastreamento de câncer colorretal)**, pois o rendimento diagnóstico é baixo (cerca de 2%).
- **Exceção (SII-D):** Em pacientes com diarreia predominante, pode-se considerar a colonoscopia com biópsias seriadas para excluir **colite microscópica**, especialmente em mulheres acima de 45 anos.

## 0 que NÃO é recomendado na rotina inicial:

- **Testes respiratórios para avaliação de má digestão de carboidratos:** Em estudo com pacientes com SII, a prevalência de intolerância a lactose e/ou frutose foi semelhante à população em geral. O teste de hidrogênio expirado para intolerância a lactose pode ser considerado em pacientes selecionados.
- **Supercrescimento bacteriano do intestino delgado (SIBO) ou supercrescimento metanogênico intestinal (IMO):** Testes respiratórios para SIBO ou IMO não são

recomendados como parte da avaliação inicial devido limitações dos testes e evidência insuficiente que suporte seu valor diagnóstico ou terapêutico.

- **Elastase Fecal:** Não recomendada de rotina para todos os pacientes.

O ROMA V **desencoraja investigação excessiva**, reforçando exames direcionados pela probabilidade pré-teste.

## Tratamento

### Comunicação adequada

Explicar o diagnóstico de SII de forma clara, simples e empática é parte central do manejo. Linguagem vaga favorece ceticismo e exames desnecessários. A SII deve ser apresentada como distúrbio da interação cérebro-intestino, influenciado por fatores biológicos (microbiota, sistema imune), gatilhos externos (dieta, estresse) e pela resposta do paciente aos sintomas.

### Medidas gerais

- **Fibras:** Suplementação é segura e acessível, devendo priorizar fibras solúveis (psyllium).
- **Dieta:** Low FODMAP detém a maior força de evidência.
- **Exercício:** Benefício modesto, com evidência limitada.

## Farmacoterapia baseada no sintoma

# predominante

- **Constipação (SII-C): Polietilenoglicol** melhora hábito intestinal, mas não dor ou distensão. Secretagogos (linaclotida, plecanatida, lubiproston) são eficazes, porém com limitações de acesso no Brasil. Prucaloprida ainda pouco estudada na SII-C.
- **Diarreia (SII-D): Loperamida** é primeira linha para reduzir urgência e frequência.
- **Dor/desconforto abdominal:** Antiespasmódicos, como **brometo de otilônio, hioscina e óleo de hortelã-pimenta** aliviam dor. **Antidepressivos tricíclicos** (ex.: amitriptilina em baixa dose) têm evidência robusta e superam ISRSs, reservados para comorbidades psiquiátricas. **Antagonistas 5-HT3 (ondansetrona)** reduzem urgência e frequência, com menor efeito sobre dor isolada.
- **Moduladores imunológicos e da microbiota:** Probióticos apresentam evidência heterogênea, com benefício dependente de cepa e contexto clínico. A **rifaximina** demonstra eficácia consistente na SII com predomínio de diarreia (SII-D), especialmente na redução de distensão abdominal. O transplante de microbiota fecal, por sua vez, ainda carece de evidências robustas que sustentem sua recomendação na prática clínica, sendo atualmente restrito a protocolos de pesquisa. A **ebastina** (antagonista H1) surge como uma estratégia promissora, com resultados iniciais encorajadores, porém ainda em fase de validação.

# Terapias Comportamentais Cérebro-Intestino

- Terapia cognitivo comportamental, hipnoterapia e *mindfulness* podem melhorar sintomas.
- Abordagem multidisciplinar pode ser superior ao cuidado padrão em pacientes selecionados.

## Conclusão

Em síntese, o Roma V consolida uma abordagem mais pragmática e centrada no paciente. A SII passa a ser reconhecida mesmo na presença de desconforto abdominal (e não apenas dor), com flexibilização dos critérios de frequência dos sintomas, ampliando sua aplicabilidade na prática clínica. Destaca-se ainda a adoção de uma estratégia mais racional na solicitação de exames complementares, reduzindo investigações desnecessárias. Nesse contexto, a comunicação médico-paciente assume papel terapêutico central. Por fim, o manejo torna-se mais direcionado ao sintoma predominante, favorecendo uma abordagem individualizada, mais eficiente e clinicamente relevante.

## Referência

1. Corsetti M, Shin A, Lacy BE, Cash BD, Simrén M, Schmulson MJ, Hou X, Lembo A. Bowel disorders. *Gastroenterology*. 2026. [doi:10.1053/j.gastro.2026.02.003](https://doi.org/10.1053/j.gastro.2026.02.003).

## Como citar este artigo

Recuero AM, Síndrome do intestino irritável e ROMA V: O que muda na prática? *Gastropedia* 2026, Vol.1. Disponível em:

<https://gastropedia.pub/pt/gastroenterologia/sindrome-do-intestino-irritavel-e-roma-v-o-que-muda-na-pratica/>