U.PORTO

MESTRADO
PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

Inovação e Intervenção em Perturbações Funcionais Gastrointestinais

José Nuno da Nova Araújo Sá Trovão

M

2020

U.PORTO
FMUP FACULDADE DE MEDICINA UNIVERSIDADE DO PORTO

Inovação e Intervenção em Perturbações Funcionais Gastrointestinais

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Psiquiatria e Saúde Mental

Candidato:
José Nuno da Nova Araújo Sá Trovão, MD
Correspondência: nuno1207@gmail.com

Orientador:
Orlando José Pereira Von Doellinger, MD PhD, Professor Auxiliar Convidado da Universidade do Porto

Coorientador:
Lúcia Ribeiro, MD

A cura de muitas doenças é desconhecida dos médicos, porque ignoram o todo. O todo tem de ser estudado, pois a parte nunca pode estar bem se o todo não estiver.

Platão, Cármides, 403 AC

Índice

LISTA DE ABREVIATURAS I

ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS 2

NOTA INTRODUTÓRIA 3

CAPÍTULO I. Atualização nosológica e terapêutica em síndromes funcionais gastrointestinais 4

Resumo *4*

Introdução *6*

Métodos *8*

Resultados *9*

Discussão *18*

Conclusão *19*

CAPÍTULO II. A Psiquiatria de Ligação na abordagem das perturbações funcionais gastrointestinais – um estudo no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho 20

Resumo *20*

Introdução *21*

Métodos *22*

Resultados *23*

Discussão *26*

Conclusão *29*

CAPÍTULO III. Vantagens do tratamento psiquiátrico das perturbações funcionais gastrointestinais .. 30

Resumo *30*

Introdução *32*

Métodos *34*

Resultados *36*

Discussão *40*

Conclusão *45*

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....46

REFERÊNCIAS.....48

ANEXOS.....60

LISTA DE ABREVIATURAS

CHVNG/E: Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia /Espinho

CSP: Cuidados de Saúde Primários

DP: Desvio-padrão

IC: Intervalos de Confiança

ISRS: Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina

OR: *Odds-ratio*

SCI: Síndrome do Cólon Irritável

SFG: Síndromes Funcionais Gastrointestinais

SNC: Sistema Nervoso Central

SNE: Sistema Nervoso Entérico

SNP: Sistema Nervoso Periférico

PFG: Perturbações Funcionais Gastrointestinais

HPA: Hipotálamo-Pituitária-Adrenal

ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1. Relações entre fatores fisiopatológicos nas Perturbações Funcionais Gastrointestinais.....12

Figura 2. Comorbilidade de patologia psiquiátrica na patologia gastrointestinal.....23

Tabela I. Acompanhamento de doentes com Perturbações Funcionais Gastrointestinais no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia /Espinho.....25

Tabela II. Caraterização sociodemográfica da amostra no momento inicial.....36

Tabela III. Avaliação longitudinal com instrumentos de avaliação psicométrica.....38

NOTA INTRODUTÓRIA

A presente dissertação encontra-se dividida em três capítulos, que relatam uma sequência de trabalhos de investigação debruçados sobre as entidades clínicas globalmente designadas por síndromes ou perturbações funcionais gastrointestinais.

O primeiro capítulo, "Atualização nosológica e terapêutica em Síndromes Funcionais Gastrointestinais", consiste numa revisão de literatura, como ponto de partida necessário para apurar o estado-da-arte em matéria de fisiopatologia, diagnóstico e terapêutica destas doenças, ainda pouco sedimentados na comunidade médica.

O segundo, "A Psiquiatria de Ligação na abordagem das Perturbações Funcionais Gastrointestinais – um estudo no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho", é um estudo descritivo, que pretendeu analisar a prática clínica de abordagem aos doentes com esta patologia em contexto de um hospital geral português.

Por último, em "Vantagens do tratamento psiquiátrico das Perturbações Funcionais Gastrointestinais", realizou-se um estudo prospetivo para avaliar a evolução de doentes com perturbações funcionais gastrointestinais sujeitos a uma intervenção terapêutica especializada.

Todos os estudos foram submetidos a publicação em revista científica. O primeiro e terceiro ainda aguardam revisão, encontrando-se o segundo já publicado — Trovão, N., & Ribeiro, L. (2019). A Psiquiatria de Ligação na abordagem das síndromes funcionais gastrointestinais. Revista de Psiquiatria Consiliar e de Ligação, 26(1), 1-4.

CAPÍTULO I. ATUALIZAÇÃO NOSOLÓGICA E TERAPÊUTICA EM SÍNDROMES FUNCIONAIS GASTROINTESTINAIS

Resumo

As Síndromes Funcionais Gastrointestinais (SFG) têm sido consideradas doenças multifatoriais, em que o funcionamento psicológico do indivíduo e a sua interação com o ambiente externo assumem um importante papel na etiologia e na apresentação dos sintomas. Os tratamentos disponíveis têm sido usados empiricamente, sem uma validação consistente, justificando a necessidade de aprofundar o conhecimento da fisiopatologia para melhorar a intervenção médica.

Os dados reunidos a partir da mais recente literatura científica permitem conceber um modelo de patogenia das SFG assente numa perturbação do eixo intestino-cérebro, que pode ser desencadeada e retroalimentada por diversos fatores que comunicam de forma ascendente e descendente. A partir de infeções gastrointestinais, alterações ou intolerâncias alimentares, ou estímulos nervosos para o Sistema Nervoso Entérico (SNE), sucedem-se alterações da composição microbiana, ativação imunitária com desgranulação de mastócitos e libertação de serotonina e proteases na mucosa. Tais substâncias podem drenar para a circulação sanguínea através da mucosa, mais vulnerável e permeável, chegando indiretamente ao cérebro; ou comunicar diretamente com o Sistema Nervoso Central (SNC), ao atuar sobre os aferentes nervosos do SNE e modular a sensibilidade visceral. Por outro lado, diversas formas de sofrimento psicológico, englobando padrões cognitivos de *coping* e personalidade, reação a eventos traumáticos e desenvolvimento de depressão e ansiedade, podem desequilibrar os circuitos de resposta central ao stress, regulação da atenção e regulação emocional. Por via autonómica descendente ou desregulação da ativação neuroendócrina do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, estes fenómenos mentais atuam sobre os eferentes nervosos do SNE, provocando alterações de motilidade e secreção visceral — recomeçando o ciclo descrito.

À luz destes conhecimentos, que mereceram a atualização da classificação das síndromes para Perturbações Funcionais Gastrointestinais (PFG), é pertinente identificar componentes que possam constituir biomarcadores diagnósticos, alvos terapêuticos e biomarcadores de resposta ao tratamento, para assim adequar e

potenciar a eficácia da abordagem oferecida. O tratamento psiquiátrico mostra-se vantajoso por atuar de modo abrangente sobre diversos órgãos e etapas fisiopatológicas das PFG.

Palavras-chave: síndromes funcionais gastrointestinais; fisiopatologia; eixo intestino-cérebro.

Introdução

A vivência simultânea de sensações de mal-estar gastrointestinal e mal-estar psicológico faz parte do senso comum, traduzindo-se em expressões populares como "[algo] difícil de engolir" ou "ter de digerir"/"estar cheio [de certo assunto]". Foi também, desde cedo, uma comorbilidade amplamente documentada na literatura médica. No século XX, Almy (1951) observou experimentalmente o aumento de motilidade e perfusão vascular cólica em resposta a estímulos mecânicos e emocionais. Também Wolff (1943) e Engel, Reichsman, and Segal (1956) constataram a influência emocional sobre a secreção gástrica em humanos. Muito antes do interregno do obscurantismo medieval e da medicina cartesiana dicotómica dos seculos XVII e XVIII, encontravam-se os primórdios da medicina psicossomática nos estudos de Galeno, no século II, que descrevia uma comunicação entre fígado, estômago e cérebro para explicar a origem psicológica de alguns sintomas corporais (Julião, 2014).

No final do século XX, as doenças manifestadas por sintomas gastrointestinais e mentais eram consideradas de caráter sindromático, marcado pela grande variabilidade inter e intra-individual de expressão de sintomas em intensidade, temporalidade e associação a fatores desencadeantes. Como uma síndrome, acometem diferentes órgãos, nomeadamente do trato gastrointestinal, mas também extraintestinais. De entre eles, foi progressivamente valorizado pela comunidade médica o Sistema Nervoso Central (SNC), o que se tornou possível graças à evolução da psiquiatria e do reconhecimento do papel do SNC nos sintomas mentais.

O exemplo clássico destas entidades foi, desde cedo, a Síndrome do Cólon Irritável (SCI), assim designada pela primeira vez por Brown (1950). Previamente foi conhecida por nomes como "cólon espástico" ou "cólon nervoso", desde o primeiro caso clínico, descrito em 1820, com dor e alterações da motilidade intestinal (Markku, 2010). Posteriormente, Manning, Thompson, Heaton, and Morris (1978) definiram sintomas concretos de diagnóstico clínico da SCI, sucessivamente aprimorados pelo painel de peritos que desenvolveu os critérios de classificação de Roma (Drossman, 2016). De forma semelhante, esta classificação incorporou outras doenças pautadas por sintomatologia em toda a extensão do sistema digestivo em paralelo com sintomas emocionais, sob o epíteto de Síndromes Funcionais Gastrointestinais (SFG). A SCI é a

mais estudada e mais frequente destas entidades, com uma prevalência global estimada em 11.2% numa meta-análise multicêntrica de 2012 (Lovell & Ford, 2012). Caracteriza-se por dor abdominal e irregularidade de trânsito intestinal, com diarreia, obstipação ou ambos, associados a estados emocionais e outros sintomas extraintestinais. Os principais fatores de risco são o sexo feminino, a idade jovem e a presença de antecedentes de infeção gastrointestinal (Enck et al., 2016). É comum (cerca de 20%) a comorbilidade com outras SFG (Yarandi, Nasseri-Moghaddam, Mostajabi, & Malekzadeh, 2010), assim como com alguma patologia psiquiátrica (54 a 94%); destas, a mais frequente é a depressão, seguida de ansiedade generalizada e de outras perturbações somatoformes (Fond et al., 2014; Whitehead, Palsson, & Jones, 2002).

Face aos progressos da investigação clínica e laboratorial, os autores da classificação de Roma, atualmente na quarta edição (Anexo 1) defenderam a substituição da designação de "síndromes" por Perturbações Funcionais Gastrointestinais (PFG). O diagnóstico deixa de ser baseado apenas em exclusões de outras doenças, mas sim na presença de determinados indicadores clínicos melhor definidos. As PFG consistem, em suma, numa qualquer combinação de alterações de motilidade, de hipersensibilidade visceral, da integridade da mucosa e da microbiota intestinal, bem como do funcionamento imunitário e nervoso (Drossman, 2016).

Contudo, o diagnóstico e, sobretudo, a intervenção terapêutica permanecem um desafio, ficando limitados ao empirismo. Consequentemente, a fraca resposta ao tratamento prejudica a qualidade do vida dos doentes, acarretando o consumo pouco eficaz de recursos de saúde e o absentismo laboral, com custos socioeconómicos (Drossman et al., 1993; Pare et al., 2006; Talley, 2008). Continua a existir, portanto, a necessidade de aprofundar o conhecimento dos mecanismos fisiopatológicos das PFG, para permitir desenvolver tratamentos melhor dirigidos. Neste estudo, procurámos reunir os dados mais recentes que fundamentem um modelo de etiopatogénese das PFG, bem como os tratamentos desenvolvidos até ao presente.

Métodos

Tendo em conta a heterogeneidade de termos utilizados para descrever os diagnósticos de PFG ao longo dos últimos anos e a variedade de terapêuticas experimentadas, executámos uma revisão narrativa de literatura. Para a tornar mais ampla e inclusiva, partimos da pesquisa, na base de dados PubMed, dos termos em inglês "psych*", "functional", "irritable" associados a "intestinal", "bowel" e a "treatment" ou "therapy" em diferentes combinações. Não aplicámos limite temporal, incluindo as publicações disponíveis até ao final de 2019. Posteriormente, admitimos a adição de referências bibliográficas a partir do cruzamento de listas de referências.

A partir dos *abstracts*, foram analisados artigos originais ou de revisão que abordassem quer a patogénese quer o tratamento de qualquer entidade pertencente ao grupo das PFG.

Resultados

Podemos organizar em dois grandes temas os conhecimentos sobre PFG versados na literatura científica.

Hipóteses explicativas da patogenia das PFG:

Nos doentes com SCI foi clinicamente reconhecida, desde cedo, uma hipersensibilidade visceral, manifestada em sintomas de dor e de alterações de funcionamento perante alguns alimentos. Os mecanismos mediadores dessa hipersensibilidade resultam de alterações no meio hormonal e imunitário intestinal, com um impacto neuromodulador (Moloney et al., 2016).

A transmissão autonómica simpática sobre no Sistema Nervoso Entérico (SNE) leva à libertação de neuropéptido-Y nas terminações nervosas gastrointestinais, ativando agentes inflamatórios localmente e precipitando a desgranulação dos mastócitos. Esta ativação estimula a secreção de serotonina pelas células enterocromafins na mucosa, retroalimentando positivamente a ativação imunitária, a contratilidade muscular e a secreção mucosa (Coates, Tekin, Vrana, & Mawe, 2017; Margolis & Gershon, 2016; Shajib, Baranov, & Khan, 2017). A ação serotoninérgica sobre as aferências vagais e esplâncnicas modula ainda a sensibilidade álgica (Stasi, Rosselli, Bellini, Laffi, & Milani, 2012). Por fim, alguns mediadores inflamatórios, como as interleucinas, estimulam a produção de metabolitos tóxicos de triptofano. A drenagem destas e outras substâncias para a circulação sanguínea, através da mucosa inflamada e edemaciada e, por isso, permeável — fenómeno apelidado de *"leaky gut"* — culmina no acesso dessas substâncias ao tecido cerebral, onde exercem danos sobre a estrutura e funcionamento neuronal. Foram encontrados, em doentes com SCI, níveis sanguíneos diminuídos da interleucina anti-inflamatória IL-10 e níveis aumentados de interleucinas proinflamatórias como a IL-1-beta, IL-6, IL-8 e TNF-alfa. Na mucosa, também foi constatada uma maior ativação de linfócitos T CD3 e de mastócitos (Martin-Vinas & Quigley, 2016). É importante relacionar estes achados com a descoberta de marcadores inflamatórios em doenças como a depressão e as

perturbações somatoformes, podendo estes representar um elo fisiopatológico com os sintomas mentais das PFG (North, Hong, & Alpers, 2007).

Um outro importante achado na SCI é a alteração da composição microbiana intestinal, ou microbiota (designada por microbioma, se tido em conta o seu genoma). Esta alteração pode decorrer da ativação inflamatória e secreção hormonal acima descritas. Apesar de alguma disparidade entre estudos, encontra-se nos doentes com SCI uma menor proporção de *Lactobacilus* e *Bifiobacteria* do que *Escherichia coli* e *estreptococos*, bem como um aumento de *Firmicutes* relativamente a *Bacteroidetes* (K. N. Lee & Lee, 2014; Rajilic-Stojanovic et al., 2011). Este tipo de microbiota favorece uma maior produção de ácidos-gordos de cadeia curta e produtos de fermentação, que promovem a ativação inflamatória e libertação de serotonina localmente. Alguns autores defendem inclusivamente que o início da SCI é precipitado por uma gastroenterite bacteriana, em que a alteração na normal flora intestinal dá início a esta disbiose e aos danos sobre a mucosa (Downs, Aroniadis, Kelly, & Brandt, 2017). Corroborando esta hipótese, alguns ensaios terapêuticos com pré-bióticos mostraram melhorias na SCI (Dinan & Cryan, 2015; Mayer, Labus, Tillisch, Cole, & Baldi, 2015). Foi também proposta a avaliação dos doentes com SCI tendo em conta subpopulações de acordo com a sua microbiota (Moloney et al., 2016).

As alterações de dieta são outro mecanismo proposto para as PFG, sobretudo no caso de indivíduos que migram entre áreas geográficas com produtos alimentares muito diferentes, por poder contribuir para induzir uma alteração da microbiota intestinal ou precipitar uma primeira reação inflamatória de intolerância alimentar (Downs et al., 2017).

Admite-se que diversos polimorfismos genéticos possam contribuir para o ciclo de alterações intestinais descritas, nomeadamente os que que acometem recetores glucocorticoides, serotoninérgicos e das células imunitárias. Também as modificações epigenéticas induzidas for fatores ambientais, nos quais se incluem mudanças dietéticas e eventos geradores de *stress* ou impacto emocional, podem somar-se aos fatores envolvidos na fisiopatologia (Mayer et al., 2015).

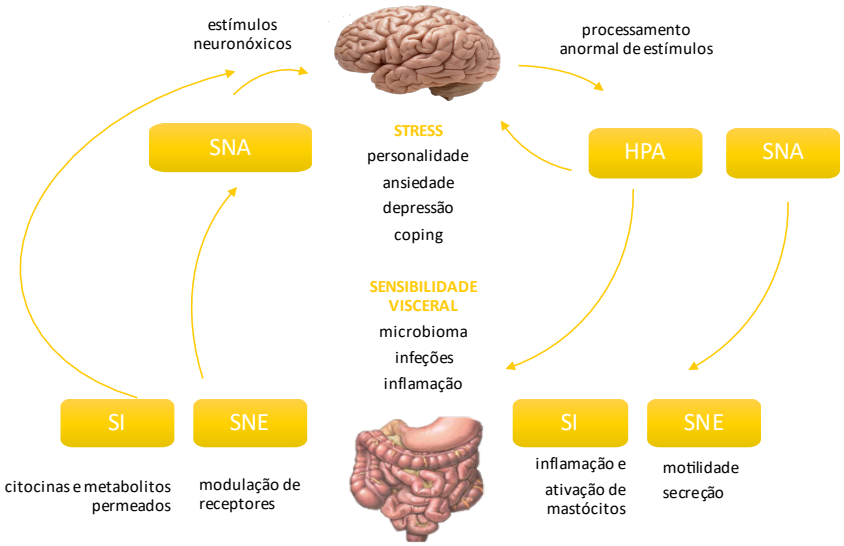
O conjunto de todas estas alterações intestinais pode, em seguida, atingir o SNC de forma ascendente (designada na literatura como *"bottom-up")*, por duas vias: a passagem direta de produtos neurotóxicos para a circulação sanguínea, que serão capazes de atravessar a barreira hemato-encefálica e lesar estruturalmente ou

funcionalmente a comunicação neuronal; e a estimulação e modulação dos aferentes álgicos e vagais do SNE, pelos mediadores inflamatórios e secreção parácrina de serotonina. Assim, podem alterar o normal processamento da dor, mas também das emoções e do *stress.* Por sua vez, de forma descendente (ou *"top-down"*), através dos eferentes autonómicos simpáticos e parassimpáticos, o cérebro transmite ao plexo mioentérico do SNE estímulos processados centralmente, incluindo a resposta ao *stress* gerada na vivência de emoções de medo, ansiedade ou raiva. Pode, dessa forma, influenciar a secreção e o esvaziamento gástrico e modificar o peristaltismo intestinal, daí resultando diversos sintomas como dispepsia, enfartamento, cólica, diarreia, obstipação e/ou meteorismo. De forma indireta e mais lenta, mas mais duradoura, a ativação do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA) na resposta ao *stress* resulta num aumento sustentado de cortisol, que atua sobre recetores glucocorticoides no hipotálamo (dessensibilizando-os e desequilibrando o *feedback* do eixo neuroendócrino), no hipocampo e na amígdala (potenciando alterações estruturais e de neurotransmissão que estão na base de patologia afetiva) e na mucosa gastrointestinal, alterando a sua homeostasia (Mayer et al., 2015; Panara et al.). A secreção anormal de hormona libertadora de corticotrofina na amígdala altera ainda os eferentes descendentes antálgicos e a sensibilidade à dor periférica (Moloney et al., 2016).

Obtemos assim um modelo integrativo para os mecanismos fisiopatológicos das PFG. Embora seja impreciso o ponto de partida, uma vez iniciada uma parte do ciclo, este autoperpetua-se. Esta complexa rede de relações encontra-se retratada na Figura 1.

Figura 1

Relações entre fatores fisiopatológicos nas Perturbações Funcionais Gastrointestinais



Nota. As Perturbações Funcionais Gastrointestinais resultam de alterações no eixo intestino-cérebro, através de vias ascendentes (*"bottom-up"*) e descendentes (*"top-down"*) que se retroalimentam. A personalidade, estilos de *coping*, sintomas ansiosos e depressivos podem traduzir-se numa resposta ao stress, que comunica com o trato gastrointestinal. A sensibilidade visceral é influenciada pelo microbioma, infeções e outras noxas inflamatórias, que transmitem estímulos para o cérebro. SNA: sistema nervoso autónomo. HPA: eixo hipotálamo-pituitária-adrenal. SI: sistema imunitário. SNE: sistema nervoso entérico.

Dentro desta ciclicidade fisiopatológica, é de especial realce o papel dos sintomas mentais de ansiedade e depressão do humor como agentes causais de sintomas intestinais, ao invés de apenas surgirem como consequência de uma reação a uma morbilidade digestiva inicial. Nessa linha de investigação, destaca-se o estudo prospetivo de Sibelli et al. (2016) que mostrou a presença de perturbações mentais *a priori* associada um risco duas vezes superior de SCI no futuro. Posteriormente, uma meta-análise concluiu que as cognições ansiogénicas, a desregulação do eixo HPA e a ativação imunitária relacionadas com o *stress* são os mecanismos mediadores de sintomas gastrointestinais (Windgassen et al., 2017). Congruentemente, outros autores defendem que a ausência de diferenças evidentes no quadro clínico entre doentes com ansiedade e doentes com depressão na SCI se deve ao facto de a via final

comum passar pela resposta fisiopatológica ao *stress* (Fond et al., 2014; Moloney et al., 2016; Myers & Greenwood-Van Meerveld, 2009; Sibelli et al., 2016)..

Em estudos de imagiologia cerebral funcional, foram encontradas alterações que conferem substrato biológico aos sintomas observáveis clinicamente nos doentes com SCI, carateristicamente hipervigilantes, com comportamentos de controlo, apreciações ansiogénicas e atenção excessiva sobre sensações normais viscerais. Entre as principais estão: a ativação da ínsula anterior e do córtex cingular (que envolve a avaliação de estímulos e a coordenação da atenção e a resposta visceral, incluindo à dor); a ativação do córtex prefrontal e do circuito executivo central (que coordena a atenção seletiva); a ativação aumentada da amígdala e do circuito límbico (envolvidos na reação emocional a estímulos negativos); e alterações tróficas do córtex sensoriomotor (Mayer et al., 2015). Os estudos que avaliaram o efeito de psicoterapias, nomeadamente a psicodinâmica, a hipnoterapia e cognitivo-comportamentais nos doentes com SCI mostram benefícios, quer sobre a ansiedade e o funcionamento psicossocial (Knowles, Monshat, & Castle, 2013; Laird, Tanner-Smith, Russell, Hollon, & Walker, 2017), quer na remissão de sintomas gastrointestinais (Laird, Tanner-Smith, Russell, Hollon, & Walker, 2016). O mecanismo mediador atribuído a esta forma de tratamento baseia-se na aprendizagem ou na dessensibilização perante sensações corporais ou fatores ansiogénicos externos (Mayer et al., 2015; Windgassen et al., 2017).

Outros fenómenos psicológicos, como vivências de abuso (presente ou passado), tendência ao neuroticismo e modos maladaptativos de *coping* — baseados em crenças negativas da doença, evitamento e desinvestimento — foram associados a SCI (Bennett et al., 1998; Faust, Halpern, Danoff-Burg, & Cross, 2012; Levy et al., 2006; Stasi et al., 2012; Surdea-Blaga, Baban, & Dumitrascu, 2012), especulando-se sobre a sua mediação de alterações sobre o eixo intestino-cérebro baseada também numa resposta fisiopatológica crónica ao *stress.* Congruentemente, tanto a intervenção psicofarmacológica como psicoterapêutica revelam eficácia em PFG, como mostrado numa meta-análise que estima para ambas um *number-need-to-treat* de quatro doentes para eficácia em um (Ford et al., 2014).

Desta forma, torna-se pertinente o envolvimento da psiquiatria numa abordagem multidisciplinar aos doentes com PFG. Alguns estudos de protocolos deste

tipo já mostraram resultados favoráveis (Jones, Crowell, Olden, & Creed, 2007; Kinsinger, Ballou, & Keefer, 2015; Kruimel et al., 2015).

Abordagens terapêuticas das PFG

Ao longo das últimas décadas foram reportadas várias abordagens para as PFG, sobretudo para a SCI. Essas abordagens englobam fármacos para alívio de sintomático consoante a necessidade, modificações de dieta, psicofármacos e até a alguns fármacos dirigidos aos alvos terapêuticos apurados pela investigação.

- Tratamento sintomático

Os tradicionais medicamentos laxantes osmóticos (ex. lactulose), purgativos (ex. bisacodilo) e emolientes (ex. celulose) são frequentemente usados para alívio de sintomas, "em SOS", na SCI com predomínio de obstipação e na Obstipação Funcional. Surgiram também novos agentes secretagogos, agonistas dos canais de cloro (ex. lubiprostona) e agonistas da guanilato-ciclase C (ex. linaclotide), que aumentam a secreção mucosa intestinal e promovem a motilidade (Craig & Quigley, 2011).

Para o tratamento de SCI com diarreia e de diarreia funcional, são frequentemente usados "em SOS" os agonistas opióides-u (ex. loperamida) ou agentes sequestradores de ácidos biliares (ex. colestiramina), que diminuem a motilidade intestinal (Craig & Quigley, 2011; Defrees & Bailey, 2017).

Os agentes procinéticos como a domperidona são utilizados para alívio sintomático, "em SOS", nas síndromes (funcionais) de náusea/vómito ou enfartamento pós-prandial, que também podem ser transversais a várias PFG. Antiácidos ou inibidores protónicos (ex. omeprazol) são prescritos por períodos mais longos, de duas semanas a continuamente, para sintomas de Dispepsia Funcional (Craig & Quigley, 2011). São também os mais usados em perturbações de Pirose, Disfagia, Globo e outras entidades sindromáticas com sensibilidade ao refluxo gastro-esofágico mais proximal.

Para a dor abdominal de tipo cólica, geralmente associada a diarreia, são prescritos, "em SOS", antagonistas colinérgicos, de efeito antiespasmódico no músculo liso (ex. butilescopolamina, mebeverina). Não parecem ter eficácia nalgumas entidades com dor abdominal mais isolada, classificada como Síndrome de Dor

Abdominal Centralmente Mediada pelos Critérios de Roma IV (Camilleri et al., 2016; Craig & Quigley, 2011; Ruepert et al., 2011). Existem algumas associações com benzodiazepinas (ex. brometo de clinídio com clorodiazepóxido), que apesar de aprovadas para tratamento de SCI e dispepsia funcional, são de utilidade mais controversa, dado não existirem recetores gabaérgicos no trato gastrointestinal e a sua ação no SNC não ser livre de riscos de efeitos laterais — havendo relatos de caso de toxicidade e sendo escassos os estudos que mostrem a sua utilidade (Richardson & Edwards, 2009).

- Modificações de dieta

Seguindo o exemplo da terapêutica para a doença de Crohn, em que existe (mais) evidência de inflamação intestinal, alguns autores defendem a prescrição de dietas que diminuam a fermentação e, assim, a distensão abdominal. É o caso da restrição de carbo-hidratos oligossacarídeos, dissacarídeos, monossacarídeos e polióis fermentáveis (FODMAP), encontrados num vasto conjunto de alimentos como legumes verdes e leguminosas a alguns cereais. Alguns estudos apresentaram resultados favoráveis em doentes com SCI (Altobelli, Del Negro, Angeletti, & Latella, 2017; Defrees & Bailey, 2017; Singh, Salem, Nanavati, & Mullin, 2018). Outras estratégias incluem a restrição de alimentos que promovam a consistência fecal indesejada, como o caso do café, bebidas gaseificadas, produtos gordurosos e fibras insolúveis em doentes com diarreia Porém, outros autores afirmam que as dietas restritivas podem ter efeitos mais deletérios, pelo risco da ansiedade na escolha de alimentos e de hipersensibilidade na sua reintrodução (Lucak, Chang, Halpert, & Harris, 2017). Outros autores defendem a restrição de FODMAP apenas numa subpopulação de doentes com determinados marcadores da flora microbiana intestinal (Valeur, Smastuen, Knudsen, Lied, & Roseth, 2018).

- Psicofármacos

Os antidepressivos têm vindo a ser aceites para o tratamento da SCI, partindo do seu uso para tratamento de sintomas de ansiedade e depressão comórbidos, inicialmente entendidos como reativos à doença orgânica. A evidência do seu benefício tornou-se progressivamente mais consistente, nomeadamente para os inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS) nos doentes com obstipação (pela ação

da serotonina na motilidade intestinal e secreção mucosa) e para os tricíclicos naqueles com diarreia (pela ação anticolinérgica), reforçando a concepção da doença como entidade psicossomática (Ford et al., 2014; Ruepert et al., 2011; Sinagra, Romano, & Cottone, 2012).

Alguns autores admitem o uso de benzodiazepinas para tratamento de sintomas ansiosos e sintomas gastrointestinais autonómicos subsequentes, com possível ação reguladora sobre a libertação de serotonina (Defrees & Bailey, 2017). Contudo, a terapêutica crónica com benzodiazepinas não é aconselhada pelo risco de dependência e outros efeitos laterais na retirada, além dos efeitos cognitivos (Sinagra et al., 2012).

Outros antidepressivos multimodais como a mirtazapina podem ser úteis no tratamento de náuseas, dispepsia e diarreia, pelo seu antagonismo sobre os recetores 5HT-3 e H1, mostrando eficácia num ensaio controlado para dispepsia funcional (Tack et al., 2016). Foi também descrito o benefício da buspirona no alívio sintomático de dispepsia funcional e do enfartamento pós-prandial, pela sua ação no equilíbrio de transmissão serotoninérgica via agonismo do recetor 5HT1A. Pode ainda, pelo mesmo mecanismo regulador de libertação de serotonina, controlar a ativação imunitária (Grover & Camilleri, 2013).

- Novos agentes etiologia-dirigidos

Probióticos, pré-bióticos e antibióticos não-absorvíveis (ex. rifaximina), tradicionalmente utilizados como tratamento de suporte em episódios de diarreia de qualquer etiologia, mostraram benefício na SCI (Craig & Quigley, 2011; Gupta, Ghuman, & Handa, 2017). O efeito mediador assenta plausivelmente no papel regulador da microbiota intestinal, que se observou alterada nestes doentes, sendo considerada um fator etiopatogénico nas PFG enquanto patologia do intestino-cérebro (Downs et al., 2017; Moloney et al., 2016; Staudacher & Whelan, 2016).

Os anti-inflamatórios aminossalicilatos de ação localizada usados na doença de Crohn (ex. messalazina) mostraram baixa resposta na SCI, apesar de estar demonstrada a presença de alterações inflamatórias nestes doentes (Barbara et al., 2009; Craig & Quigley, 2011).

Os agentes moduladores dos recetores serotoninérgicos tipo 5HT3 (ramosetron) e 5HT4 (tegaserodo) foram desenvolvidos com base na sua presença na

mucosa intestinal e no reconhecido papel parácrino da serotonina. Além de um neurotransmissor com recetores nas terminações do sistema nervoso entérico, a serotonina, contida sobretudo nas células enterocromafins intestinais, regula a motilidade e a secreção localmente. Exerce ação reguladora da motilidade (consoante o recetor serotoninérgico estimulado), ação antálgica sobre as fibras simpáticas e ação estimuladora das fibras parassimpáticas (Camilleri et al., 2016; Shajib et al., 2017). A presença de serotonina na mucosa e o agonismo 5HT3 mostraram agravar parâmetros inflamatórios em doentes com Crohn e colite ulcerosa, assim como o agonismo 5HT1A e 5HT4 mostraram a sua reversão (Coates et al., 2017). O tegaserodo foi posteriormente retirado do mercado pelo efeito lateral sobre recetores cardíacos, mas o ramosetron foi aprovado para tratamento da SCI com diarreia nos Estados Unidos (Binienda, Storr, Fichna, & Salaga, 2017; Craig & Quigley, 2011; Min & Rhee, 2015).

Discussão

Apesar dos avanços no conhecimento da fisiopatologia multifatorial das PFG, que pode ser compreendida como uma patologia do eixo intestino-cérebro, ainda não foi encontrado ou validado um tratamento padronizado. A maioria dos estudos de investigação encontrados na revisão efetuada incide sobre a SCI, comparativamente a outras perturbações, que, possivelmente por se manifestarem de forma menos polissintomática (como o caso de dispepsia funcional, obstipação funcional, ou náusea funcional), sejam confundidas com outras patologias. Tendo em conta a necessidade de responder a tão variados alvos terapêuticos, será provavelmente necessário ajustar o tratamento a subpopulações de acordo com determinados biomarcadores. A composição microbiana, antigénios alimentares e ácidos biliares podem provocar respostas anormais no SNE, sistema imunitário e eixo HPA, pelo que todos estes elementos podem ser estudados como biomarcadores das PFG. As perturbações de ansiedade e de depressão são diagnosticadas clinicamente, mas os sintomas ansiosos e depressivos, presentes frequentemente noutras patologias como é o caso das PFG, podem ser quantificados com escalas psicométricas, permitindo o seu uso como marcadores (Enck et al., 2016).

Alguns psicofármacos têm a vantagem de atuar também sobre sintomas gastrointestinais pelo perfil de efeitos laterais, dispensando a necessidade de recurso à politerapia farmacológica. A abordagem psicoterapêutica deverá ser um componente transversal, tendo em conta que as PFG se enquadram dentro das perturbações psicossomáticas, cujos doentes têm carateristicamente dificuldades na gestão de sofrimento emocional e em aceitar o processo de adoecer (Bressi et al., 2016; Demartini et al., 2014; Porcelli et al., 2003; Probst, Sattel, Henningsen, Gundel, & Lahmann, 2017). Além disso, com base nas diretrizes terapêuticas bem estabelecidas de outras patologias, nomeadamente depressão e ansiedade, a combinação de tratamento farmacológico e psicoterapia confere melhor resposta (Laird et al., 2017; Srivastava, Bhad, Sharma, Varshney, & Sharan, 2015; Windgassen et al., 2017).

Conclusão

As PFG são doenças fisiopatologicamente complexas, com múltiplos componentes que poderão ser utilizados para identificar substâncias ou recetores celulares que funcionem como biomarcadores de diagnóstico, alvos terapêuticos e indicadores de resposta.

A sensibilização da comunidade médica para a patogenia das PFG como doença multifatorial do eixo intestino-cérebro é fundamental para fomentar a criação de protocolos de abordagem multidisciplinar, sobretudo no envolvimento da intervenção psiquiátrica, que se mostra cada vez mais pertinente, por abranger uma parte substancial dos mecanismos envolvidos .

CAPÍTULO II. A PSIQUIATRIA DE LIGAÇÃO NA ABORDAGEM DAS PERTURBAÇÕES FUNCIONAIS GASTROINTESTINAIS – UM ESTUDO NO CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA/ ESPINHO

Resumo

Introdução: As Perturbações Funcionais Gastrointestinais (PFG) são patologias prevalentes, mas que ainda colocam dificuldades de diagnóstico e terapêutica, bem como acarretam um impacto individual e social importante. Por isso, pretendemos averiguar a abordagem atual dos doentes com PFG num hospital geral português.

Métodos: Analisámos descritivamente os pedidos de colaboração psiquiátrica efetuados pelos médicos gastroenterologistas ao serviço de psiquiatria do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia /Espinho, no período de doze meses.

Resultados: Foram referenciados à psiquiatria 21 doentes, no espaço de 12 meses, com suspeita de patologia gastrointestinal e psiquiátrica comórbidas. O objetivo consistiu maioritariamente no esclarecimento de diagnóstico de PFG em doentes com diversas queixas gastrointestinais, sobretudo diarreia (25.0%), dispepsia (25.0%) e dor abdominal (25.0%), mesmo sem queixas psiquiátricas aparentes em 23.8%.

Discussão: Identificámos algumas lacunas na atual abordagem dos doentes com PFG neste meio hospitalar, que se prendem com a falta de diretrizes na colaboração entre psiquiatria e gastroenterologia para o diagnóstico e acompanhamento dos mesmos. Dessa forma, o seguimento conjunto ficou reduzido a 42.8% dos casos. A investigação sobre intervenção multidisciplinar nas PFG tem reportado benefícios na literatura, que poderiam as lacunas identificadas neste estudo.

Conclusão: É pertinente a criação de um modelo multidisciplinar de abordagem entre estas especialidades para garantir a resposta adequada às a necessidades dos doentes com PFG.

Palavras-chave: síndromes gastrointestinais; psiquiatria de ligação.

[Publicado — Anexo II]

Introdução

A comorbilidade de sintomas gastrointestinais e psiquiátricos é uma realidade frequentemente observada, tendo sido recentemente alcançado um maior conhecimento sobre as doenças com esta apresentação sintomatológica e etiologia complexa. Definidas como Perturbações Funcionais Gastrointestinais (PFG), são conceptualizadas como um grupo de perturbações do eixo intestino-cérebro, caraterizadas por qualquer combinação de sintomas entre alterações de sensibilidade, da mucosa, da flora ou motilidade gastrointestinal, atribuídas a uma disfunção da sua regulação pelo sistema nervoso central (Drossman, 2016). Esta classificação, na quarta edição estabelecida pelo painel de peritos de Roma (Anexo 1), toma em consideração o modelo biopsicossocial de Engel (1977), na tentativa de colmatar a tradicional divergência científica na investigação etiológica da doença, decorrente da separação absoluta de causas "orgânicas" e "psicogénicas".

As PFG mostram-se significativamente prevalentes, apesar da dificuldade do seu estudo epidemiológico, inerente às limitações dos critérios de diagnóstico. Halder et al. (2007) encontraram uma prevalência agregada de 42.3% de qualquer PFG (previamente consideradas "síndromes" funcionais gastrointestinais) na população americana, mas outro grupo estimou anteriormente uma prevalência de 69%, com predomínio no sexo feminino e nas idades mais jovens (Drossman et al., 1993). Os desafios da abordagem das PFG e as limitadas respostas limitadas acarretam, assim, prejuízos socioeconómicos preocupantes, resultantes do elevado consumo de recursos em saúde, absentismo laboral e perda de qualidade de vida relacionada com a doença (Drossman et al., 1993; Pare et al., 2006; Talley, 2008).

Tendo em consideração a pertinência desta problemática, pretendemos, neste trabalho, averiguar de que modo é concretizada a abordagem médica das PFG oferecida aos doentes em âmbito hospitalar no nosso país.

Métodos

Executámos um estudo naturalista de observação transversal, recolhendo uma amostra de pedidos eletrónicos de colaboração de psiquiatria efetuados pelos médicos gastroenterologistas num hospital central — Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho (CHVNG/E), ao longo de um ano. Todo o processo foi aprovado pela Comissão de Ética (Anexos 3 e 4).

Os critérios de inclusão assentaram na descrição de queixas de foro psíquico em comorbilidade com as gastrointestinais e/ou dúvidas de diagnóstico perante as mesmas.

Os parâmetros analisados foram o perfil demográfico dos doentes; o objetivo do pedido; o tipo de queixa gastrointestinal; a queixa psíquica apontada pelos gastroenterologistas; a menção da hipótese de PFG; e a orientação do doente para consulta em resposta.

Efetuámos, por fim, a análise descritiva dos dados encontrados e discutimo-los à luz de uma revisão seletiva de literatura, a partir da pesquisa na PubMed dos termos em inglês "intervention" "psych*" e "functional gastrointestinal".

Resultados

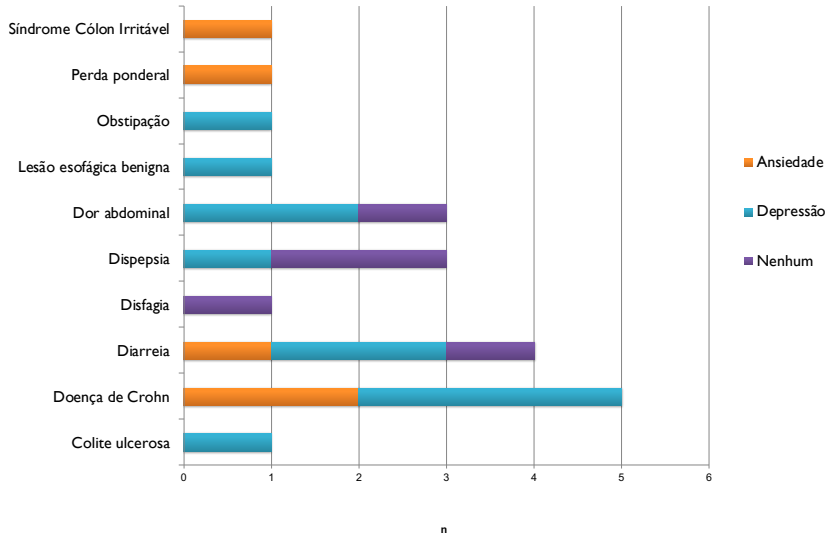
Durante o período estudado, foram efetuados 41 pedidos de colaboração à psiquiatria pelos gastroenterologistas no CHVNG/E, dos quais apenas um conjunto de 21 cumpriu os critérios de inclusão. Não foram incluídos dez pedidos relacionados com a nutrição, nove relacionados com perturbação de uso de álcool e um resultante de lapso informático.

Perfil da população referenciada

Na amostra selecionada, predominou o sexo feminino (71.4%), com idade média de 51 anos. Prevaleceram as queixas gastrointestinais de diarreia crónica (19.0%), dispepsia (14.3%), dor abdominal (14.3%) e o diagnóstico sindromático de doença de Crohn (23.8%). A depressão foi o sintoma psiquiátrico mais sinalizado pelos gastrenterologistas (52.4%), seguida de ansiedade (23.8%), não sendo mencionado qualquer sintoma psiquiátrico em 23.8% dos pedidos. A diarreia foi a única queixa gastrointestinal que surgiu associada quer a ansiedade, quer a depressão ou mesmo nenhum sintoma psiquiátrico (Figura 2).

Figura 2

Comorbilidade de patologia psiquiátrica na patologia gastrointestinal



O objetivo destes pedidos de colaboração dividiu-se entre: esclarecimento de diagnóstico diferencial (57.1%); e referenciação uma comorbilidade psiquiátrica (42.9%). Os doentes referenciados para esclarecimento diagnóstico apresentavam sobretudo diarreia (25.0%), dispepsia (25.0%) e dor abdominal (25.0%), enquanto os referenciados por sintomas psiquiátricos tinham em 44.4% um diagnóstico de doença de Crohn comórbida. A suspeita de um PFG ou uma associação observável entre sintomas gastrointestinais e psiquiátricos foi mencionada explicitamente pelo médico em 52.4% dos pedidos, associando-se a 8 dos 12 pedidos dirigidos ao esclarecimento diagnóstico (OR=4.0). Constatou-se que 47.6% dos doentes haviam já sido medicados com psicofármacos antes da referenciação, sendo 70.0% casos com depressão, 10.0% com ansiedade e 20.0% sem nenhum sintoma identificado pelo médico que referenciou.

Resultado da referenciação

Os gastroenterologistas deram alta clínica a 33.3% dos doentes após a sua referenciação à psiquiatria, o que se associou negativamente a haver suspeita de uma PFG (OR= 0.56). Após uma primeira avaliação dos 21 doentes por psiquiatria, a 76.2% foi proposto seguimento, o que se associou positivamente à presença de suspeita de PFG (OR= 2.49), e a 23.8% foi dada alta. Cinco doentes recusaram esse seguimento, dos quais três tinham tido alta por gastrenterologia, ficando demonstrada a associação positiva entre essas variáveis (OR= 4.0). Como clarificado na Tabela 1, 19.0% dos doentes ficou sem qualquer seguimento e 42.8% passaram a ter acompanhamento pelas duas especialidades.

Tabela I

Acompanhamento de doentes com PFG no CHVNG/E

		Acompanhamento em Psiquiatria		
		Sim	Não	***Total***
Acompanhamento	Sim	9	6	***15***
em Gastrenterologia	Não	2	4	***6***
	Total	***11***	***10***	***21***

Discussão

Os resultados evidenciam aspetos do processo de abordagem das PFG que mereceram reflexão.

Mais de metade dos pedidos de colaboração deveu-se à necessidade de diagnóstico diferencial psiquiátrico para quadros sintomatológicos gastrointestinais, corroborando a complementaridade destas vertentes nas PFG. Com efeito, a suspeita desta patologia pelos gastroenterologistas associou-se a terem feito tais pedidos, a manter o doente em consulta de gastroenterologia e à aceitação de seguimento psiquiátrico por parte dos psiquiatras e dos doentes. Ressalvamos, contudo, alguma falta de clareza observada quanto ao objetivo de alguns pedidos, pelo que poderia haver ainda maior frequência de suspeição de PFG.

Observámos algumas lacunas no processo de abordagem a estes doentes. A referenciação já posteriormente a estarem sob psicofármacos de cerca de metade dos doentes não se enquadra num algoritmo de atuação multidisciplinar estruturado. Note-se o facto de quase um terço dos doentes ter rejeitado apoio psiquiátrico. Uma possível explicação será a sensação de desvalorização das suas queixas perante a hipótese de um diagnóstico de uma entidade somatoforme como uma PFG, que corroborámos com a associação à alta por gastroenterologia. Por outro lado, 23.8% dos doentes referenciados não foi aceite em seguimento por psiquiatria, o que se pode associar à falta de menção da suspeita de PFG em tais casos e a uma insuficiente clareza dos pedidos de colaboração. Realça-se por isso a necessidade de uma melhor comunicação entre os clínicos e a definição de critérios de referenciação rigorosos. Por fim, constatou-se que menos de metade da amostra usufruiu de acompanhamento conjunto, sinalizando a fragilidade da resposta oferecida a este tipo de doentes.

De acordo com alguns estudos recentes, uma intervenção adequada a este nível envolverá necessariamente abordar a morbilidade psicopatológica, que se revelou já muito expressiva: três meta-análises recentes confirmaram a associação de ansiedade e de depressão a Síndrome de Cólon Irritável (SCI), a forma mais frequentemente estudada de PFG (Fond et al., 2014; C. Lee et al., 2017; Sibelli et al., 2016); uma meta-análise propôs um modelo explicativo assente no papel das cognições e ansiedade específicos da doença sobre o sistema neuroendócrino (Windgassen et al., 2017); e uma vasta revisão sistemática demonstrou elevada a comorbilidade das

PFG com patologia multifatorial de cariz psicossomático, nomeadamente a síndrome de fadiga crónica (51%), dor crónica (50%) e fibromialgia (49%) (Whitehead et al., 2002). Um estudo prévio realçou ainda um associação significativa entre severidade de fatores de *stress* social crónico, traços de personalidade (reatividade com raiva, neuroticismo e *coping* positivo), níveis de ansiedade e severidade de apresentação da PFG (Bennett et al., 1998). Nessa linha de atuação, um grupo em Chicago concluiu que a referenciação por gastroenterologia para apoio psicológico dos doentes com PFG se associou significativamente a uma redução dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos gastroenterológicos, refletido numa melhoria moderada a elevada reportada pelos próprios (Kinsinger et al., 2015). Também o estudo-piloto do impacto da implementação de uma consulta multidisciplinar de gastroenterologia e psiquiatria num hospital holandês revelou melhorias significativas ao fim de seis meses nos indicadores sintomáticos de ambos os domínios (Kruimel et al., 2015). Alguns estudos de meta-análise corroboram o benefício das psicoterapias (cognitivo-comportamental, hipnoterapia, psicodinâmica ou de relaxamento) sobre a ansiedade e a depressão associados a SCI, sobre o funcionamento psicossocial e qualidade de vida nestes doentes, mas também uma melhoria significativa de sintomas gastrointestinais a curto e longo-prazo (Knowles et al., 2013; Laird et al., 2016, 2017).

É relevante ainda lembrar que a abordagem hospitalar dos doentes com PFG dependerá, numa primeira fase, da sua identificação e referenciação pelos médicos assistentes nos cuidados de saúde primários. Um estudo britânico de rastreio de SCI nesse setor revelou que, de uma amostra de 76 doentes cumprindo critérios de PFG, apenas 71% foram diagnosticados pelo médico de família, que referenciou 20% desses a gastrenterologia e 9% a cirurgia (Thompson, Heaton, Smyth, & Smyth, 2000). No âmbito hospitalar, a abordagem integrativa destes doentes seria mais oportunamente assumida pela psiquiatria de ligação, de acordo com os seus princípios essenciais de articulação multidisciplinar e de contemplação dos aspetos psicossomáticos (Cooper, 1983).

Sendo limitações do nosso estudo a amostra de conveniência e a sua modesta dimensão, o desenho transversal e a dificuldade de colheita de dados retrospetiva a partir dos pedidos eletrónicos de colaboração, não nos foi possível estimar alguns parâmetros estatísticos, como a incidência de casos seguidos em especialidade ou na

população geral, ou associações específicas entre sintomas gastrointestinais e psiquiátricos ou entre estes e o resultado do seguimento.

Como aspetos importantes, realça-se que, se nesta amostra, recrutada de forma naturalística, se obteve um número relevante de casos durante um ano (aproximadamente dois casos por mês), pode prever-se uma afluência superior a partir do momento em que um protocolo esteja estabelecido e divulgado no meio hospitalar, justificando a sua implementação. Assim, reforçámos a importância da consciencialização de médicos e doentes para os aspetos psicossomáticos desta patologia, baseando-nos na literatura existente para propor uma solução adequada para todos os intervenientes. O esforço de articulação entre gastroenterologistas e psiquiatras permitiria também ajustar uma resposta conjunta para os casos como aqueles que se excluíram deste estudo.

Conclusão

Concluímos assim existir uma prevalente comorbilidade de sintomas psiquiátricos e gastrointestinais na população clínica do CHVNG/E, tornando-se necessário diagnosticar corretamente e abordar eficazmente as PFG. É por isso pertinente a criação de um modelo protocolado e multidisciplinar, como alguns já em vigor, de forma a oferecer uma resposta mais adequada e articulada entre a gastroenterologia e a psiquiatria. Será importante nessa fase estudar o impacto de tal medida na evolução clínica e na qualidade de vida dos doentes.

CAPÍTULO III. VANTAGENS DO TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DAS PERTURBAÇÕES FUNCIONAIS GASTROINTESTINAIS

Resumo

Introdução: As Perturbações Funcionais Gastrointestinais (PFG) foram definidas como patologias complexas do eixo intestino-cérebro, com influência importante das vivências psicopatológicas do indivíduo. Contudo, ainda não existem orientações de abordagem diagnóstica e terapêutica bem definidas.

Objetivo: Procurámos avaliar a eficácia de um tratamento psiquiátrico especializado, incluindo uma abordagem psicoterapêutica e a prescrição selecionada de psicofármacos suportados pela literatura.

Métodos: Realizámos um estudo observacional longitudinal prospetivo dos doentes referenciados à consulta de psiquiatria de ligação a partir da gastroenterologia, num hospital geral português. Foram recrutados de forma naturalística e incluídos no estudo os que cumpriram critérios para PFG, de acordo com os critérios Roma IV. Excluíram-se os casos de abandono ou intolerância ao tratamento. Foi oferecida uma intervenção padronizada para PFG e avaliado um conjunto de medidas de *outcome*, nos momentos inicial e final do seguimento durante seis meses: a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão [HADS]; o questionário de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde [WHOQoL-BREF]; a Escala de Alexitimia de Toronto [TAS-20]; e o inventário reduzido de estilos de *coping* [Brief-COPE]. O tratamento estatístico foi executado com o programa informático *Statistical Package for Social Sciences 22*.

Resultados: De uma amostra inicial de 16 indivíduos, sendo 87.5% do sexo feminino e de idade média de 42 anos, completaram o protocolo nove doentes, todos com diagnóstico de síndrome de cólon irritável (SCI). No momento inicial, encontrou-se: um nível médio de ansiedade de 13.2 e de depressão de 9.3, pela HADS; uma qualidade de vida de 47.7% no domínio físico, 54.0% no psicológico, 56.3% no social e 54.4% no ambiental, segundo o WHOQoL-BREF; a presença de alexitimia, medida pela TAS-20, em 75.0% da amostra; e como estilos de *coping* predominantes, o planeamento, *coping* ativo, autodistração e autoculpabilização (com médias de 5.8, 5.6, 5.2 e 5.4 pontos no Brief-COPE, respetivamente). No final, constatou-se: uma

diminuição de ansiedade (média de 10.7) e depressão (5.9); menor frequência de alexitimia (44.4%); uma melhoria na qualidade de vida nos domínios físico (64.0%), psicológico (55.7%), social (62.5%) e ambiental (63.4%); e estilos de *coping* predominantes de planeamento (pontuação média de 6.4), *coping* ativo (6.1), autodistração (5.6) e aceitação (5.7). Esta variação de resultados obteve significância estatística, para intervalos de confiança a 90%, nos casos da ansiedade (p=0.066), depressão (p=0.017), qualidade de vida física (p=0.005) e ambiental (p=0.061) e *coping* de planeamento (p=0.023). Também aumentou o *coping* pelo humor (p=0.086) e diminuiu o desinvestimento (p=0.030). Foi excluída a associação a fatores confundidores sociodemográficos para os abandonos do protocolo e para a evolução das medidas de *outcome*, exceto no domínio ambiental da WHOQoL-BREF, que se associou ao estatuto de empregado (p=0.040). Houve correlação entre a evolução do domínio físico do WHOQoL-BREF e da TAS-20 (p=0.086), HADS-A (p=0.003) e HADS-D (p=0.003); e entre a evolução do coping de planeamento e de humor (p=0,023) e do domínio ambiental do WHOQoL-BREF (p=0.078).

Discussão: Além da presença de ansiedade, depressão e da perda de qualidade de vida nos doentes com SCI, este estudo evidenciou a importância da alexitimia e dos estilos de *coping* maladaptativos na sintomatologia. Foi alcançada uma melhoria abrangente dos sintomas mentais e físicos após a intervenção terapêutica oferecida, que se correlacionou com a diminuição da alexitimia e modificação do *coping*. A robustez de algumas inferências estatísticas pode ter sido limitada pela reduzida dimensão amostral e outros aspetos não controlados no estudo.

Conclusão: o estudo fundamenta a pertinência da intervenção psiquiátrica especializada em PFG e de realização de ensaios randomizados controlados com amostras de maior dimensão, para a sua validação mais consistente.

Palavras-chave: "funcionais gastrointestinais"; "cólon irritável"; "eixo intestino-cérebro"; "*coping*"; "qualidade de vida", "alexitimia", "ansiedade", "depressão".

Introdução

A comorbilidade entre sintomas gastrointestinais e psicológicos é frequente na prática clínica e tem reunido interesse crescente na investigação científica. A partir da concepção da Síndrome de Cólon Irritável (SCI) em 1978 (Manning et al.), outras doenças manifestas por sintomas em alguma parte do sistema digestivo em paralelo com sintomas mentais foram classificadas sob o epíteto de Síndromes Funcionais Gastrointestinais (SFG). Dificultados pela indefinição de critérios de diagnóstico durante muitos anos, os estudos de prevalência das SFG na população mostram resultados heterogéneos, sitos entre os 42% (Halder et al., 2007) e os 69% (Drossman et al., 1993).

Os mecanismos causais subjacentes a estas entidades clínicas permaneceram pouco claros até recentemente. O conjunto de descobertas, sobretudo em imagiologia cerebral funcional e no estudo do microbioma intestinal, permitiu consolidar hipóteses fisiopatológicas e substituir a conceção de "síndromes", passando a ser reconhecidas as Perturbações Funcionais Gastrointestinais (PFG) (Drossman, 2016). Os critérios de Roma, na quarta edição, vieram facilitar o seu diagnóstico na prática médica e também a parametrização de dados para investigação (Anexo 1). O diagnóstico deixou de ser baseado apenas em exclusões de outras doenças com lesão orgânica observável, mas sim na presença de indicadores clínicos. Entre estes, ganharam especial relevo as vivências psicopatológicas, mediadas visceralmente através de uma resposta fisiopatológica ao *stress*. As PFG consistem, portanto, em perturbações do eixo intestino-cérebro, caraterizadas por qualquer combinação de alterações de motilidade, hipersensibilidade visceral, integridade da mucosa e microbiota intestinal, funcionamento imunitário e nervoso (Drossman, 2016).

Além destas, outras doenças de foro gastrointestinal também mostram sofrer a influência de fatores psicológicos na sua evolução, como é o caso da doença de Crohn e colite ulcerosa (Faust et al., 2012; Hisamatsu et al., 2007; Maunder & Levenstein, 2008).

Embora reconhecida a implicação da psicopatologia na etiologia das PFG, a sua abordagem em contexto clínico ainda não se encontra bem estruturada. A própria compreensão do caráter psicossomático das PFG por parte de médicos e doentes

parece tardar, deixando muitos casos subdiagnosticados, insuficientemente abordados e com fraca resposta ao tratamento (Trovao & Ribeiro, 2019; Vasant & Ford, 2020). Não existindo ainda *guidelines* concisas, a pesquisa de literatura para a terapêutica das PFG não devolve resultados suficientemente sólidos. Encontra-se publicada apenas uma *guideline* da NICE para a SCI, de 2008, baseada em ensaios de qualidade limitada, recomendado de forma genérica o tratamento sintomático com agentes laxantes ou antidiarreicos, deixando para segunda linha uma dose baixa de antidepressivo tricíclico, ressalvando a flexibilidade do juízo clínico. Em 2019 a Sociedade de Gastroenterologia Canadiana apresentou as mesmas sugestões, frisando a reserva do uso destes fármacos para situações "SOS" e sugerindo tentativas inicias com suplementos e modificações dietéticas (Moayyedi et al., 2019). Entre outros autores, as propostas variam entre o tratamento sintomático com várias classes de fármacos, passando pelas modificações da dieta, até a novos fármacos dirigidos a processos particulares, nomeadamente de neurotransmissão serotoninérgica (Camilleri et al., 2016; Craig & Quigley, 2011; Ruepert et al., 2011). As orientações para outras PFG além da SCI são mais escassas.

Desta forma, o prejuízo das PGF sobre a qualidade de vida pessoal e a conjuntura socioeconómica, com gastos em saúde e absentismo laboral, permanece um problema que carece de resposta (Drossman et al., 1993; Pare et al., 2006; Talley, 2008). É, por isso, necessário otimizar o racional de abordagem terapêutica de acordo com o recente modelo fisiopatológico das PFG. No presente estudo, procurámos avaliar o impacto de um modelo de tratamento psiquiátrico especializado, que incluiu uma abordagem psicoterapêutica e um conjunto selecionado de psicofármacos, paralelamente ao acompanhamento em gastroenterologia.

Métodos

Este estudo foi concebido de forma a inserir-se na prática clínica do local de investigação e respeitou os requisitos éticos estipulados pelas convenção de Helsínquia e de Boas Práticas na investigação ("ICH Harmonised Tripartite Guideline: Guideline for Good Clinical Practice," 2001), obtendo aprovação pela Comissão de Ética para a Saúde (Anexo 3). Assenta num desenho observacional e longitudinal prospetivo (Anexo 4).

População: Recolheu-se de forma naturalística e sequencial uma amostra de doentes, referenciados à consulta de psiquiatria de ligação pelo seu médico gastroenterologista, por motivo de comorbilidade de sintomas psicopatológicos e gastrointestinais, num hospital geral português. Foram incluídos no estudo os doentes que cumpriram critérios para uma PFG, de acordo com os critérios Roma IV, e que forneceram consentimento informado para participar. Apenas a intolerância ao tratamento ou o abandono do protocolo foram considerados critérios para exclusão do estudo.

Intervenção: Ofereceu-se aos doentes um modelo de intervenção padronizado, baseado na evidência retirada de uma revisão extensa da literatura sobre tratamento de PFG. Esta incluía o acompanhamento em consulta de psiquiatria, durante seis meses, pelo mesmo médico investigador, seguindo uma entrevista semiestruturada e uma intervenção terapêutica de suporte (podendo ser personalizada caso-a-caso sempre que justificado no melhor interesse do doente), com periodicidade de quatro a seis semanas. A prescrição farmacológica balizou-se num conjunto selecionado de psicofármacos — antidepressivos inibidores seletivos de recaptação de serotonina para sintomas predominantes de obstipação; tricíclicos para sintomas de diarreia e/ou dor abdominal; e mirtazapina para sintomas dispépticos e náusea (também ajustados de acordo com o maior benefício para cada doente).

Medidas principais de *outcome*: Avaliámos, nos momentos inicial e final da intervenção, um conjunto de parâmetros de interesse, com recurso aos seguintes instrumentos: a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão [HADS] (J. Pais-Ribeiro et al., 2007); o questionário da Organização Mundial de Saúde para a qualidade de vida [WHOQoL-BREF] (Carona et al., 2006); a Escala de Alexitimia de Toronto [TAS-20]

(Praceres, Parker, & Taylor, 2000); e o inventário reduzido de estilos de *coping* [Brief-COPE] (J. L. Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004), nas versões portuguesas validadas (Anexo 5).

O tratamento estatístico descritivo e inferencial dos dados foi executado com o programa informático *Statistical Package for Social Sciences 22*. Para avaliar as medidas de *outcome* nos mesmos sujeitos em diferentes tempos, usou-se o teste-t para amostras emparelhadas; para explorar associações com variáveis independentes, os testes-t e ANOVA; e para associações entre variáveis de *outcome*, testes de correlação de Pearson. Escolheu-se o nível de significância estatística para intervalos de confiança a 90%, atendendo ao reduzido tamanho amostral.

Resultados

No momento inicial, 16 dos 19 doentes encaminhados a esta consulta cumpriam critérios clínicos para PFG. Em todos os casos, o diagnóstico clínico foi de SCI. A amostra obtida compôs-se em 87.5% de indivíduos de sexo feminino e idade média de 42 anos. A restante caraterização sociodemográfica é mostrada na Tabela 2.

Tabela 2

Caraterização sociodemográfica da amostra no momento inicial

Sexo	Masculino (n=2, 12.5%)	Feminino (n=14, 87.5%)	
Idade (anos)	Mínima= 24	Máxima= 68	Média= 42,4; DP= 12,2
Estado Civil	Solteiro (n=3, 18.8%)	Casado (n=9, 56.3%)	Divorciado/Viúvo (n=4, 25.0%)
Ocupação	Desempregado (n=6, 37.5%)	Empregado (n=8, 50.0%)	Reformado (n=2, 12.5%)
Escolaridade	Primária (n=1, 6.3%)	Básica-Secundária (n=12, 75.0%)	Superior (n=3, 18.8%)

DP: desvio-padrão.

Até ao final do período de seguimento, sete participantes abandonaram a consulta e o projeto de investigação, obtendo-se um conjunto de nove doentes para avaliação longitudinal. Não se encontrou qualquer correlação estatística entre os casos de abandono e as variáveis sociodemográficas ou alguma cotação nos instrumentos psicométricos no momento inicial.

Os instrumentos de avaliação mostram, no momento inicial, níveis médios de ansiedade de 13.2 (dentro da categoria moderada, de 11 a 14 pontos) e de depressão de 9.3 (categoria ligeira, de 8 a 10 pontos) na escala HADS. Constatou-se a presença de alexitimia em 75.0% da amostra segunda a TAS-20. A qualidade de vida situou-se

entre os 47.7 e os 56.3% no WHOQoL-BREF, consoante o domínio analisado. Os mecanismos de *coping* predominantes, cotados entre 2 e 7 pontos na escala Brief-COPE, foram os de planeamento, *coping* ativo, autodistração e autoculpabilização (com médias de 5.8, 5.6, 5.2 e 5.4 respetivamente). No final do seguimento, encontraram-se menores pontuações médias de ansiedade (10.7, portanto ligeira) e depressão (5.9, ou ausente); menor presença de alexitimia (44.4% da amostra); e maior nível de qualidade de vida em todos os domínios (entre 55.7 a 64.0%). Os mecanismos de *coping* mais frequentes foram os de planeamento (média de 6.4 pontos), *coping* ativo (6.1), autodistração (5.6) e aceitação (5.7).

A evolução destes parâmetros encontra-se visualmente retratada na Tabela 3. Foi encontrada uma significância estatística nos testes de hipóteses para a redução de ansiedade ($p=0.066$) e depressão ($p=0.017$) medidas pela HADS e para o aumento da qualidade de vida nos domínios físico ($p=0.005$) e ambiental ($p=0.061$) segundo a WHOQoL-BREF. Verificou-se também um aumento estatisticamente significativo do recurso a mecanismos de *coping* de planeamento ($p=0.023$) e do humor ($p=0.086$) e a diminuição do recurso ao desinvestimento ($p=0.030$), medidos pelo Brief-COPE. Por fim, foram excluídos com testes ANOVA eventuais fatores confundidores destes resultados com as variáveis sociodemográficas, exceto no caso da melhoria no domínio ambiental da WHOQoL-BREF, que se atribui a uma associação positiva ao estatuto de empregado ($p=0.040$).

A exploração de correlações entre os parâmetros de *outcome* analisados revelou ainda significância estatística para correlações entre: a variação do domínio físico do WHOQoL-BREF e da TAS-20 ($p=0.086$), HADS-A ($p=0.003$) e HADS-D ($p=0.003$); a variação da HADS-A e da HADS-D ($p<0.001$); e a variação do coping de planeamento e de humor ($p=0,023$) e domínio ambiental do WHOQoL-BREF ($p=0.078$).

Tabela 3

Avaliação longitudinal com instrumentos de avaliação psicométrica

Instrumento	**Inicial**	**Final**	**valor *p***
HADS-Ansiedade	Média= 13.2; DP= 3.9	Média= 10.7; DP= 4.1	p= 0.066*
HADS-Depressão	Média= 9.3; DP= 3.6	Média= 5.9; DP= 3.0	p= 0.017*
TAS-20: alexitimia	n= 12 (75.0%)	n= 4 (44.4%)	p= 0.139
Brief-COPE: planeamento	Média= 5.8; DP= 1.5	Média= 6.4; DP= 1.1	p= 0.023*
Brief-COPE: *coping* ativo	Média= 5.6; DP= 1.6	Média= 6.1 DP= 1.3	p= 0.272
Brief-COPE: autodistração	Média= 5.2; DP= 1.6	Média= 5.6; DP= 1.8	p= 0.719
Brief-COPE: autoculpabilização	Média= 5.4; DP= 1.9	Média= 4.9; DP= 2.1	p= 0.373
Brief-COPE: aceitação	Média= 5.0; DP= 1.4	Média= 5.7; DP= 1.3	p= 0.594
Brief-COPE: desinvestimento	Média= 4.1; DP= 1.2	Média=3.2; DP= 1.2	p= 0.030*
Brief-COPE: humor	Média= 3.9; DP= 1.7	Média= 5.2; DP= 2.0	p= 0.086*
WHOQoL-BREF: Físico	Média= 47.7; DP= 16.8	Média= 64.0; DP= 14.3	p= 0.005*
WHOQoL-BREF: Psicológico	Média= 54.0; DP= 18.8	Média= 55.7; DP= 25.0	p= 0.734
WHOQoL-BREF: Social	Média= 56.3; DP= 28.8	Média= 62.5; DP= 21.7	p= 0.844

WHOQoL-BREF: Ambiental	Média= 54.4; DP= 12.4	Média= 63.4; DP= 16.2	p= 0.061*

Nota. no final do seguimento ocorreram 7 *missings* em relação ao total amostral inicial. IC: intervalo de confiança. DP: desvio padrão. HADS: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão. TAS-20: Escala de Alexitimia de Toronto. Brief-COPE: inventário (reduzido) de Estilos de *Coping*. WHOQoL-BREF: questionário (reduzido) de Qualidade de Vida.

Discussão

Este estudo apresenta resultados congruentes com o estado-da-arte em matéria de PFG, nomeadamente a comorbilidade com perturbações de ansiedade e de depressão e a perda de qualidade de vida. Foram encontrados, ainda, novos aspetos de interesse.

A intensidade sintomática de ansiedade e de depressão apurada através da HADS, no momento inicial, encontrava-se apenas em nível ligeiro ou moderado, o que contrasta com a baixa qualidade de vida reportada no WHOQoL-BFREF (entre os 47.7 e os 56.3%). Num estudo semelhante, curiosamente, também se observaram cotações médias de 10 na HADS no momento inicial (Porcelli et al., 2003). Tal poderá explicar-se pelo caráter alexitímico prevalente nestes indivíduos (presente em 75.0% da amostra), limitando assim a sua expressão de sofrimento psicológico. Congruentemente, o domínio físico da qualidade de vida foi sentido como o mais afetado nesta população, pontuando mais baixo na WHOQoL-BREF. É, de facto, expectável que a comunicação de sofrimento pelos em doentes com perturbações psicossomáticas seja centrada nas queixas corporais, em detrimento dos sintomas emocionais ou do impacto nas vivências sociais (Porcelli, De Carne, & Leandro, 2020).

Na análise da evolução dos doentes após a intervenção, é de particular importância não só a melhoria sintomática conjunta de ansiedade e depressão, mas também de outros aspetos psicológicos e sociais que a acompanharam.

A redução de alexitimia verificada correlacionou-se estatisticamente com a melhoria de qualidade de vida a nível físico ($p=0.086$), e esta com a redução de ansiedade e depressão ($p=0.003$). Efetivamente, uma redução de alexitimia significa uma melhor capacidade de processar e exprimir emoções pelo indivíduo, o que favorece o processo terapêutico. Num estudo semelhante, observou-se que a alexitimia foi o maior preditor de resposta ao tratamento, numa relação inversa com a intensidade de sintomas de ansiedade, depressão e gastrointestinais (Porcelli et al., 2003). De facto, para as perturbações somatoformes — assim classificadas na ICD-10 (World Health Organization., 1992) e na DSM-IV (American Psychiatric Association. & American Psychiatric Association. Task Force on DSM-IV., 1994), ou perturbações de sintomas somáticos, como reclassificadas na DSM-5 (Association, 2013) — nas

quais se incluem a SCI e outras PFG, é postulado um mecanismo fisiopatológico de somatização, assente na dificuldade de comunicação emocional adequada, pelo que se torna congruente a redução de alexitimia com a melhoria sintomática. Este aspeto particular permite fazer uma alusão ao conceito histórico de "psicogénese", entendido como a origem psicológica para sintomas corporais, que, associado à valorização do impacto do contexto pessoal e social do indivíduo, define o conceito de psicossomática (Lipowski, 1984).

De forma semelhante, a modificação dos mecanismos pessoais de *coping* observada é reveladora de uma alteração na forma como os doentes procuram superar a adversidade, inclusivamente as implicações mórbidas da doença. O conceito de *coping* diz de facto respeito ao padrão de comportamento de adaptação a um problema, modificando os seus hábitos sociais e objetivos, ou tentando repensar as experiências com maior enfoque em aspetos positivos (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989; Lazarus & Folkman, 1984). Neste estudo, é plausível que o crescimento do recurso ao *coping* de planeamento, humor e aceitação, em lugar de autoculpabilização e de desinvestimento, tenha contribuído para a melhoria sintomática e de qualidade de vida. Foi possível provar, pelo menos, significância estatística na correlação entre planeamento, humor e qualidade de vida ambiental. Note-se que os autores que desenvolveram a Brief-COPE não defendem a catalogação de nenhum mecanismo em si mesmo como adaptativo ou patológico, mas sim a sua avaliação consoante cada contexto clínico (Carver et al., 1989), como demonstrado em estudos envolvendo o sofrimento perante doenças crónicas (Meyer, 2001; Su et al., 2015). Tomando o exemplo do planeamento e do *coping* ativo, é compreensível que em determinados contextos possam ser mecanismos prejudiciais, se traduzidos numa procura excessiva de controlo (como em indivíduos de traços obsessivos) que resultará em frustração e sofrimento. Já no contexto de adaptação a uma doença, e com apoio psicoterapêutico, podem resultar em atitudes proativas e criação de estratégias de superação (J. L. Pais-Ribeiro & Rodrigues, 2004).

É de salientar ainda a ausência de representatividade de outras PFG neste estudo além da SCI, o que pode sinalizar uma ainda deficiente difusão da nosologia destas entidades na comunidade médica e o risco de permanecerem por diagnosticar na população.

Por fim, a melhoria da qualidade de vida em todos os domínicos, embora só com significância estatística verificada para os domínios físico e ambiental, é reflexo da complementaridade destas dimensões na SCI, fazendo jus ao conceito de biopsicossocial de saúde (Engel, 1977), que inspirou a atual perspetiva sobre as PFG. De facto, globalmente, o presente estudo corrobora a relação do funcionamento psicológico e a interação com o ambiente na apresentação dos sintomas físicos e emocionais nestas doenças. De acordo com a recente literatura, a sua patogenia assenta numa disfunção do eixo intestino-cérebro, podendo ser desencadeada por múltiplos fatores que comunicam e se retroalimentam. Por um lado, a partir de infeções gastrointestinais, alterações ou intolerâncias alimentares, ou estímulos nervosos para o sistema nervoso entérico (SNE), sucedem-se alterações da composição microbiana, ativação imunitária com desgranulação de mastócitos e libertação de serotonina e proteases na mucosa, modulando a sensibilidade visceral (Bajor, Tornblom, Rudling, Ung, & Simren, 2015; Bertiaux-Vandaele et al., 2011; Bischoff et al., 2014; Buhner et al., 2009; Lam et al., 2016). Tais substâncias podem drenar através da mucosa mais permeável para a circulação sanguínea (fenómeno apelidado de *"leaky gut*"), chegando indiretamente ao cérebro, ou comunicar diretamente com o sistema nervoso central (SNC) pelos aferentes do SNE (via ascendente) (Barbara et al., 2007). Por outro lado, diversas formas de sofrimento psicológico, englobando padrões cognitivos de *coping* e personalidade, reação a eventos traumáticos e desenvolvimento de depressão e ansiedade, podem desequilibrar os circuitos de resposta central ao *stress*, regulação da atenção e regulação emocional. Pelas projeções autonómicas eferentes ou, indiretamente, desregulando o eixo neuroendócrino hipotálamo-hipófise-adrenal, estes fenómenos mentais atuam sobre os recetores do SNE, provocando alterações de motilidade, secreção e sensibilidade periférica (Mayer et al., 2015; Moloney et al., 2016).

Relativamente à intervenção terapêutica usada, parece ter mediado estes resultados incidindo de uma forma ampla sobre os vários domínios da doença. As intervenções psicoeducativas, cognitivo-comportamentais, ou psicodinâmicas têm-se revelado vantajosas em doentes com perturbações somatoformes, que apresentam dificuldade em modificar cognições ansiogénicas de doença e resistência em compreender o impacto de emoções negativas sobre sintomas somáticos (Boeschoten et al., 2018; Kampfer et al., 2016; Koh, Kim, Kim, & Park, 2005; Laird et al., 2017;

Poitras et al., 2002; Zhao, Ni, Zhang, & Tian, 2019). Embora não esteja suficientemente estudada com ensaios randomizados ou estabelecida em *guidelines* para tratamento de PFG, a escolha de psicofármacos prescritos neste protocolo assemelha-se às diretrizes de tratamento de primeira linha de perturbações de ansiedade (Bandelow et al., 2012) e depressivas (Bauer et al., 2013). Paralelamente, os seus efeitos conhecidos sobre o trato gastrointestinal (obstipante, procinético e antiemético, por exemplo) podem ter contribuído para um controlo sintomático acrescido, subjacente às melhorias reportadas no domínio físico da WHOQoL-BREF. Assim, a escolha de fármacos de ação central antidepressiva e ansiolítica e ação autonómica gastrointestinal surge como uma estratégia que dispensa a politerapia (com outros fármacos para controlo de dor abdominal, diarreia, obstipação, náusea); que pode garantir melhor adesão do doente; e oferece resultados eficazes.

Este estudo encontra-se principalmente limitado pelo reduzido tamanho da amostra, podendo ter deixado outros aspetos desta população por esclarecer. Da mesma forma, a ausência de um grupo comparador, nomeadamente de doentes com PFG tratados "como habitual", impossibilitou o uso de outros testes de maior poder estatístico.

Deve ser também admitido o possível viés do recrutamento amostral, pela dificuldade inerente ao diagnóstico clínico das PFG, de apresentação heterogénea e por vezes nebulosa, como é caraterístico de perturbações somatoformes. Essa dificuldade foi percetível no momento da referenciação de alguns doentes para a consulta de psiquiatria de ligação no nosso estudo, em que se apurou ter sido inicialmente colocada a hipótese de doença de Crohn na consulta de gastroenterologia, depois excluída e motivando a reclassificação diagnóstica e o seu encaminhamento. Alguns autores defendem a existência de subpopulações entre os doentes afetados por SCI, não só em sintomas (subtipos com diarreia, obstipação, misto ou não-classificado) mas também quanto aos achados em exames da mucosa e microbiota intestinal ou de ativação cerebral. Tais diferenças podem explicar a heterogeneidade de resultados dos ensaios terapêuticos de amostras não estratificadas destes doentes (Enck et al., 2016). A interpretação destes estudos torna-se mais complexa ainda tendo em conta que os subtipos de sintomas podem ser intermutáveis no mesmo doente ao longo do tempo (Olafsdottir, Gudjonsson, Jonsdottir, & Thjodleifsson, 2010) e que também se reportam casos de remissão

espontânea (Ford, Forman, Bailey, Axon, & Moayyedi, 2008). Nesse sentido, seria também enriquecedor o uso de parâmetros objetivos sintomatológicos para diarreia, obstipação ou dor abdominal, para que se pudesse avaliar em detalhe a sua evolução após a intervenção terapêutica, que apenas se analisou indiretamente pelas respostas ao domínio físico do WHOQoL-BREF.

Por fim, variáveis como os fármacos, a dose terapêutica e outros fatores potencialmente confundidores não foram controlados neste estudo, carecendo pois do desenho de um ensaio randomizado controlado para validar o tipo de intervenção terapêutica integrada aqui posta em prática.

Conclusão

A intervenção psicoterapêutica e psicofarmacológica mais especializada oferecida aos doentes com SCI neste protocolo mostrou melhorias abrangentes, a nível da remissão de ansiedade e de depressão; de adoção de estilos de *coping* mais adequados; e de bem-estar físico (reflexo de remissão de morbilidade gastrointestinal) e no domínio ambiental. É, portanto, capaz de abordar de forma multifacetada esta patologia, de génese notável pelo seu caráter multifatorial e biopsicossocial.

A replicação deste protocolo em estudos de maior dimensão amostral, com estratificação em grupos ou mesmo um desenho randomizado controlado poderá corroborar estas conclusões com maior robustez.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Criar conhecimento inteiramente novo não é obra fácil. Podem ser novas as ideias e as hipóteses, mas partem sempre, em certa medida, de dados anteriores — ou devem, ainda que seja para os contestar. Esta é a primeira conclusão que devo humildemente retirar no final deste trabalho.

De facto, desde 2016, começando a deparar-me na minha atividade com as incógnitas e a especulação em torno das doenças somatoformes de expressão digestiva, pude aperceber-me da vasta literatura em torno do tema. Rapidamente constatei, no entanto, que sendo vasta, também se encontra dispersa em diferentes termos para as mesmas entidades; que é difícil integrar coerentemente os resultados de áreas de investigação tão diversas, desde a nutrição à psicologia; e, sobretudo, que o volume crescente de conhecimento sobre a doença se reflete ainda pouco em soluções para aplicar na prática clínica.

Foi imprescindível portanto, começar por reunir e integrar os dados disponíveis na literatura num trabalho de revisão. De entre os mecanismos fisiopatológicos clarificados para as PFG, enquanto patologias do eixo-intestino-cérebro, as vivências psicopatológicas, traduzidas na disrupção da resposta neuroendócrina ao stress, mostram um papel preponderante, mediando as vias ascendente e descendente. Nesse sentido, o tratamento psicofarmacológico e psicoterapêutico torna-se promissor e vantajoso, comparativamente aos tratamentos empíricos de controlo sintomático gastrointestinal "em SOS".

O passo seguinte foi averiguar a situação real dos doentes com PFG no contexto clínico da proximidade — o CHVNG/E. O levantamento de dados transversal mostrou uma prevalente comorbilidade de sintomas mentais e digestivos nos doentes acompanhados em gastroenterologia, tornando-se necessário implementar um protocolo mais eficaz de diagnóstico, referenciação à psiquiatria e acompanhamento multidisciplinar articulado destes doentes.

Por fim, lançou-se o projeto-piloto de um protocolo desse tipo, em que foi oferecido seguimento especializado, com componente psicofarmacológico e psicoterapêutico, aos doentes com PFG. A análise prospetiva de um conjunto abrangente de parâmetros físicos e psicológicos revelou um papel importante da

modificação de mecanismos pessoais de *coping* e no trabalho do caráter alexitímico sobre a melhoria de sintomática a nível físico, emocional e da qualidade de vida em todos os níveis. Assim, como proposto na primeira parte desta investigação, verificou-se que uma patologia intrincadamente biopsicossocial beneficia de uma compreensão e abordagem holística, alcançando melhorias em domínios que se complementam.

Espero, com a divulgação desta dissertação, poder contribuir um pouco mais para a sensibilização da comunidade médica, no sentido do envolvimento da intervenção psiquiátrica e psicoterapêutica num modelo de abordagem multidisciplinar destas doenças.

REFERÊNCIAS

Almy, T. P. (1951). Experimental studies on the irritable colon. *Am J Med, 10*(1), 60-67. doi:10.1016/0002-9343(51)90219-7

Altobelli, E., Del Negro, V., Angeletti, P. M., & Latella, G. (2017). Low-FODMAP Diet Improves Irritable Bowel Syndrome Symptoms: A Meta-Analysis. *Nutrients, 9*(9). doi:10.3390/nu9090940

American Psychiatric Association., & American Psychiatric Association. Task Force on DSM-IV. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-IV* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Association, A. P. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC.

Bajor, A., Tornblom, H., Rudling, M., Ung, K. A., & Simren, M. (2015). Increased colonic bile acid exposure: a relevant factor for symptoms and treatment in IBS. *Gut, 64*(1), 84-92. doi:10.1136/gutjnl-2013-305965

Bandelow, B., Sher, L., Bunevicius, R., Hollander, E., Kasper, S., Zohar, J., . . . Ptsd. (2012). Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. *Int J Psychiatry Clin Pract, 16*(2), 77-84. doi:10.3109/13651501.2012.667114

Barbara, G., Stanghellini, V., Cremon, C., De Giorgio, R., Fronzoni, L., Serra, M., & Corinaldesi, R. (2009). Aminosalicylates and other anti-inflammatory compounds for irritable bowel syndrome. *Dig Dis, 27 Suppl 1*, 115-121. doi:10.1159/000268131

Barbara, G., Wang, B., Stanghellini, V., de Giorgio, R., Cremon, C., Di Nardo, G., . . . Corinaldesi, R. (2007). Mast cell-dependent excitation of visceral-nociceptive sensory neurons in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology, 132*(1), 26-37. doi:10.1053/j.gastro.2006.11.039

Bauer, M., Pfennig, A., Severus, E., Whybrow, P. C., Angst, J., Moller, H. J., & World Federation of Societies of Biological Psychiatry. Task Force on Unipolar Depressive, D. (2013). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders, part 1: update 2013 on the acute and continuation treatment of unipolar

depressive disorders. *World J Biol Psychiatry, 14*(5), 334-385. doi:10.3109/15622975.2013.804195

Bennett, E. J., Piesse, C., Palmer, K., Badcock, C. A., Tennant, C. C., & Kellow, J. E. (1998). Functional gastrointestinal disorders: psychological, social, and somatic features. *Gut, 42*(3), 414-420. doi:10.1136/gut.42.3.414

Bertiaux-Vandaele, N., Youmba, S. B., Belmonte, L., Lecleire, S., Antonietti, M., Gourcerol, G., . . . Coeffier, M. (2011). The expression and the cellular distribution of the tight junction proteins are altered in irritable bowel syndrome patients with differences according to the disease subtype. *Am J Gastroenterol, 106*(12), 2165-2173. doi:10.1038/ajg.2011.257

Binienda, A., Storr, M., Fichna, J., & Salaga, M. (2017). Efficacy and safety of serotonin receptor ligands in the treatment of irritable bowel syndrome: a review. *Curr Drug Targets*. doi:10.2174/1389450119666171227225408

Bischoff, S. C., Barbara, G., Buurman, W., Ockhuizen, T., Schulzke, J. D., Serino, M., . . . Wells, J. M. (2014). Intestinal permeability--a new target for disease prevention and therapy. *BMC Gastroenterol, 14*, 189. doi:10.1186/s12876-014-0189-7

Boeschoten, R. E., van Reedt Dortland, A. K. B., Bozelie, K., Reinders, M., Kuiper, M., Eeckhout, G. M., & van Oppen, P. (2018). Blended group-based psychoeducation for somatoform disorders. *J Psychosom Res, 115*, 125-127. doi:10.1016/j.jpsychores.2018.10.009

Bressi, C., Fronza, S., Minacapelli, E., Nocito, E. P., Dipasquale, E., Magri, L., . . . Barone, L. (2016). Short-Term Psychodynamic Psychotherapy with Mentalization-Based Techniques in Major Depressive Disorder patients: Relationship among alexithymia, reflective functioning, and outcome variables - A Pilot study. *Psychol Psychother*. doi:10.1111/papt.12110

Brown, P. W. (1950). The irritable bowel syndrome. *Rocky Mt Med J, 47*(5), 343-346. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15418074

Buhner, S., Li, Q., Vignali, S., Barbara, G., De Giorgio, R., Stanghellini, V., . . . Schemann, M. (2009). Activation of human enteric neurons by supernatants of colonic biopsy specimens from patients with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology, 137*(4), 1425-1434. doi:10.1053/j.gastro.2009.07.005

Camilleri, M., Bueno, L., Andresen, V., De Ponti, F., Choi, M. G., & Lembo, A. (2016). Pharmacological, Pharmacokinetic, and Pharmacogenomic Aspects of

Functional Gastrointestinal Disorders. *Gastroenterology*. doi:10.1053/j.gastro.2016.02.029

Carona, C., Canavarro, M., Pereira, M., Gameiro, S., Vaz-Serra, A., Quartilho, M., . . . Simões, M. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica, 27*, 41-49.

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol, 56*(2), 267-283. doi:10.1037//0022-3514.56.2.267

Coates, M. D., Tekin, I., Vrana, K. E., & Mawe, G. M. (2017). Review article: the many potential roles of intestinal serotonin (5-hydroxytryptamine, 5-HT) signalling in inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther, 46*(6), 569-580. doi:10.1111/apt.14226

Cooper, J. N. (1983). Liaison psychiatry: A gastroenterologist's perspective. *Psychosomatics, 24*(1), 48-50. doi:10.1016/s0033-3182(83)73258-5

Craig, O. F., & Quigley, E. M. (2011). Current and emerging therapies for the management of functional gastrointestinal disorders. *Ther Adv Chronic Dis, 2*(2), 87-99. doi:10.1177/2040622310389507

Defrees, D. N., & Bailey, J. (2017). Irritable Bowel Syndrome: Epidemiology, Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment. *Prim Care, 44*(4), 655-671. doi:10.1016/j.pop.2017.07.009

Demartini, B., Petrochilos, P., Ricciardi, L., Price, G., Edwards, M. J., & Joyce, E. (2014). The role of alexithymia in the development of functional motor symptoms (conversion disorder). *J Neurol Neurosurg Psychiatry, 85*(10), 1132-1137. doi:10.1136/jnnp-2013-307203

Dinan, T. G., & Cryan, J. F. (2015). The impact of gut microbiota on brain and behaviour: implications for psychiatry. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care, 18*(6), 552-558. doi:10.1097/MCO.0000000000000221

Downs, I. A., Aroniadis, O. C., Kelly, L., & Brandt, L. J. (2017). Postinfection Irritable Bowel Syndrome: The Links Between Gastroenteritis, Inflammation, the Microbiome, and Functional Disease. *J Clin Gastroenterol*. doi:10.1097/MCG.0000000000000924

Drossman, D. A. (2016). Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features and Rome IV. *Gastroenterology*. doi:10.1053/j.gastro.2016.02.032

Drossman, D. A., Li, Z., Andruzzi, E., Temple, R. D., Talley, N. J., Thompson, W. G., . . . et al. (1993). U.S. householder survey of functional gastrointestinal disorders. Prevalence, sociodemography, and health impact. *Dig Dis Sci, 38*(9), 1569-1580. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8359066

Enck, P., Aziz, Q., Barbara, G., Farmer, A. D., Fukudo, S., Mayer, E. A., . . . Spiller, R. C. (2016). Irritable bowel syndrome. *Nat Rev Dis Primers, 2*, 16014. doi:10.1038/nrdp.2016.14

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science, 196*(4286), 129-136. doi:10.1126/science.847460

Engel, G. L., Reichsman, F., & Segal, H. L. (1956). A study of an infant with a gastric fistula. I. Behavior and the rate of total hydrochloric acid secretion. *Psychosom Med, 18*(5), 374-398. doi:10.1097/00006842-195609000-00002

Faust, A. H., Halpern, L. F., Danoff-Burg, S., & Cross, R. K. (2012). Psychosocial factors contributing to inflammatory bowel disease activity and health-related quality of life. *Gastroenterol Hepatol (N Y), 8*(3), 173-181. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22675279

Fond, G., Loundou, A., Hamdani, N., Boukouaci, W., Dargel, A., Oliveira, J., . . . Boyer, L. (2014). Anxiety and depression comorbidities in irritable bowel syndrome (IBS): a systematic review and meta-analysis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 264*(8), 651-660. doi:10.1007/s00406-014-0502-z

Ford, A. C., Forman, D., Bailey, A. G., Axon, A. T., & Moayyedi, P. (2008). Irritable bowel syndrome: a 10-yr natural history of symptoms and factors that influence consultation behavior. *Am J Gastroenterol, 103*(5), 1229-1239; quiz 1240. doi:10.1111/j.1572-0241.2007.01740.x

Ford, A. C., Quigley, E. M., Lacy, B. E., Lembo, A. J., Saito, Y. A., Schiller, L. R., . . . Moayyedi, P. (2014). Effect of antidepressants and psychological therapies, including hypnotherapy, in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol, 109*(9), 1350-1365; quiz 1366. doi:10.1038/ajg.2014.148

Grover, M., & Camilleri, M. (2013). Effects on gastrointestinal functions and symptoms of serotonergic psychoactive agents used in functional gastrointestinal diseases. *J Gastroenterol, 48*(2), 177-181. doi:10.1007/s00535-012-0726-5

Gupta, K., Ghuman, H. S., & Handa, S. V. (2017). Review of Rifaximin: Latest Treatment Frontier for Irritable Bowel Syndrome Mechanism of Action and Clinical Profile. *Clin Med Insights Gastroenterol, 10*, 1179552217728905. doi:10.1177/1179552217728905

Halder, S. L., Locke, G. R., 3rd, Schleck, C. D., Zinsmeister, A. R., Melton, L. J., 3rd, & Talley, N. J. (2007). Natural history of functional gastrointestinal disorders: a 12-year longitudinal population-based study. *Gastroenterology, 133*(3), 799-807. doi:10.1053/j.gastro.2007.06.010

Hisamatsu, T., Inoue, N., Yajima, T., Izumiya, M., Ichikawa, H., & Hibi, T. (2007). Psychological aspects of inflammatory bowel disease. *J Gastroenterol, 42 Suppl 17*, 34-40. doi:10.1007/s00535-006-1937-4

ICH Harmonised Tripartite Guideline: Guideline for Good Clinical Practice. (2001). *J Postgrad Med, 47*(3), 199-203. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11832625

Jones, M. P., Crowell, M. D., Olden, K. W., & Creed, F. (2007). Functional gastrointestinal disorders: an update for the psychiatrist. *Psychosomatics, 48*(2), 93-102. doi:10.1176/appi.psy.48.2.93

Julião, R. (2014). *Galen on mental disorders.* Universidade Nova de Lisboa, Retrieved from http://hdl.handle.net/10362/15279

Kampfer, N., Staufenbiel, S., Wegener, I., Rambau, S., Urbach, A. S., Mucke, M., . . . Conrad, R. (2016). Suicidality in patients with somatoform disorder - the speechless expression of anger? *Psychiatry Res, 246*, 485-491. doi:10.1016/j.psychres.2016.10.022

Kinsinger, S. W., Ballou, S., & Keefer, L. (2015). Snapshot of an integrated psychosocial gastroenterology service. *World J Gastroenterol, 21*(6), 1893-1899. doi:10.3748/wjg.v21.i6.1893

Knowles, S. R., Monshat, K., & Castle, D. J. (2013). The efficacy and methodological challenges of psychotherapy for adults with inflammatory bowel disease: a review. *Inflamm Bowel Dis, 19*(12), 2704-2715. doi:10.1097/MIB.0b013e318296ae5a

Koh, K. B., Kim, D. K., Kim, S. Y., & Park, J. K. (2005). The relation between anger expression, depression, and somatic symptoms in depressive disorders and somatoform disorders. *J Clin Psychiatry, 66*(4), 485-491. doi:10.4088/jcp.v66n0411

Kruimel, J., Leue, C., Winkens, B., Marcus, D., Schoon, S., Dellink, R., . . . Masclee, A. (2015). Integrated medical-psychiatric outpatient care in functional gastrointestinal disorders improves outcome: a pilot study. *Eur J Gastroenterol Hepatol, 27*(6), 721-727. doi:10.1097/MEG.0000000000000335

Laird, K. T., Tanner-Smith, E. E., Russell, A. C., Hollon, S. D., & Walker, L. S. (2016). Short-term and Long-term Efficacy of Psychological Therapies for Irritable Bowel Syndrome: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol, 14*(7), 937-947 e934. doi:10.1016/j.cgh.2015.11.020

Laird, K. T., Tanner-Smith, E. E., Russell, A. C., Hollon, S. D., & Walker, L. S. (2017). Comparative efficacy of psychological therapies for improving mental health and daily functioning in irritable bowel syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev, 51*, 142-152. doi:10.1016/j.cpr.2016.11.001

Lam, C., Tan, W., Leighton, M., Hastings, M., Lingaya, M., Falcone, Y., . . . Spiller, R. (2016). A mechanistic multicentre, parallel group, randomised placebo-controlled trial of mesalazine for the treatment of IBS with diarrhoea (IBS-D). *Gut, 65*(1), 91-99. doi:10.1136/gutjnl-2015-309122

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Pub. Co.

Lee, C., Doo, E., Choi, J. M., Jang, S. H., Ryu, H. S., Lee, J. Y., . . . Motility. (2017). The Increased Level of Depression and Anxiety in Irritable Bowel Syndrome Patients Compared with Healthy Controls: Systematic Review and Meta-analysis. *J Neurogastroenterol Motil, 23*(3), 349-362. doi:10.5056/jnm16220

Lee, K. N., & Lee, O. Y. (2014). Intestinal microbiota in pathophysiology and management of irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol, 20*(27), 8886-8897. doi:10.3748/wjg.v20.i27.8886

Levy, R. L., Olden, K. W., Naliboff, B. D., Bradley, L. A., Francisconi, C., Drossman, D. A., & Creed, F. (2006). Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology, 130*(5), 1447-1458. doi:10.1053/j.gastro.2005.11.057

Lipowski, Z. J. (1984). What does the word "psychosomatic" really mean? A historical and semantic inquiry. *Psychosom Med, 46*(2), 153-171. doi:10.1097/00006842-198403000-00007

Lovell, R. M., & Ford, A. C. (2012). Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome: a meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol, 10*(7), 712-721 e714. doi:10.1016/j.cgh.2012.02.029

Lucak, S., Chang, L., Halpert, A., & Harris, L. A. (2017). Current and emergent pharmacologic treatments for irritable bowel syndrome with diarrhea: evidence-based treatment in practice. *Therap Adv Gastroenterol, 10*(2), 253-275. doi:10.1177/1756283X16663396

Manning, A. P., Thompson, W. G., Heaton, K. W., & Morris, A. F. (1978). Towards positive diagnosis of the irritable bowel. *Br Med J, 2*(6138), 653-654. doi:10.1136/bmj.2.6138.653

Margolis, K. G., & Gershon, M. D. (2016). Enteric Neuronal Regulation of Intestinal Inflammation. *Trends Neurosci, 39*(9), 614-624. doi:10.1016/j.tins.2016.06.007

Markku, H. (2010). *Irritable bowel syndrome in the general population: epidemiology, comorbidity, and societal costs.* Helsinki University, Helsinki. Retrieved from http://ethesis.helsinki.fi

Martin-Vinas, J. J., & Quigley, E. M. (2016). Immune response in irritable bowel syndrome: A systematic review of systemic and mucosal inflammatory mediators. *J Dig Dis, 17*(9), 572-581. doi:10.1111/1751-2980.12379

Maunder, R. G., & Levenstein, S. (2008). The role of stress in the development and clinical course of inflammatory bowel disease: epidemiological evidence. *Curr Mol Med, 8*(4), 247-252. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18537632

Mayer, E. A., Labus, J. S., Tillisch, K., Cole, S. W., & Baldi, P. (2015). Towards a systems view of IBS. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol, 12*(10), 592-605. doi:10.1038/nrgastro.2015.121

Meyer, B. (2001). Coping With Severe Mental Illness: Relations of the Brief COPE With Symptoms, Functioning, and Well-Being. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 23*(4), 256-277.

Min, Y. W., & Rhee, P. L. (2015). The clinical potential of ramosetron in the treatment of irritable bowel syndrome with diarrhea (IBS-D). *Therap Adv Gastroenterol, 8*(3), 136-142. doi:10.1177/1756283X15572580

Moayyedi, P., Andrews, C. N., MacQueen, G., Korownyk, C., Marsiglio, M., Graff, L., . . . Vanner, S. (2019). Canadian Association of Gastroenterology Clinical Practice Guideline for the Management of Irritable Bowel Syndrome (IBS). *J Can Assoc Gastroenterol, 2*(1), 6-29. doi:10.1093/jcag/gwy071

Moloney, R. D., Johnson, A. C., O'Mahony, S. M., Dinan, T. G., Greenwood-Van Meerveld, B., & Cryan, J. F. (2016). Stress and the Microbiota-Gut-Brain Axis in Visceral Pain: Relevance to Irritable Bowel Syndrome. *CNS Neurosci Ther, 22*(2), 102-117. doi:10.1111/cns.12490

Myers, B., & Greenwood-Van Meerveld, B. (2009). Role of anxiety in the pathophysiology of irritable bowel syndrome: importance of the amygdala. *Front Neurosci, 3*, 47. doi:10.3389/neuro.21.002.2009

North, C. S., Hong, B. A., & Alpers, D. H. (2007). Relationship of functional gastrointestinal disorders and psychiatric disorders: implications for treatment. *World J Gastroenterol, 13*(14), 2020-2027. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17465442

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4319119/pdf/WJG-13-2020.pdf

Olafsdottir, L. B., Gudjonsson, H., Jonsdottir, H. H., & Thjodleifsson, B. (2010). Stability of the irritable bowel syndrome and subgroups as measured by three diagnostic criteria - a 10-year follow-up study. *Aliment Pharmacol Ther, 32*(5), 670-680. doi:10.1111/j.1365-2036.2010.04388.x

Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychol Health Med, 12*(2), 225-235; quiz 235-227. doi:10.1080/13548500500524088

Pais-Ribeiro, J. L., & Rodrigues, A. P. (2004). Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do Brief-COPE. *Psicologia, Saúde e Doenças, 5*(1), 3-15.

Panara, A. J., Yarur, A. J., Rieders, B., Proksell, S., Deshpande, A. R., Abreu, M. T., & Sussman, D. A. (2014). The incidence and risk factors for developing depression after being diagnosed with inflammatory bowel disease: a cohort study. *Aliment Pharmacol Ther, 39*(8), 802-810. doi:10.1111/apt.12669

Pare, P., Gray, J., Lam, S., Balshaw, R., Khorasheh, S., Barbeau, M., . . . McBurney, C. R. (2006). Health-related quality of life, work productivity, and health care resource utilization of subjects with irritable bowel syndrome: baseline results from LOGIC (Longitudinal Outcomes Study of Gastrointestinal Symptoms in

Canada), a naturalistic study. *Clin Ther, 28*(10), 1726-1735; discussion 1710-1721. doi:10.1016/j.clinthera.2006.10.010

Poitras, M. R., Verrier, P., So, C., Paquet, S., Bouin, M., & Poitras, P. (2002). Group counseling psychotherapy for patients with functional gastrointestinal disorders: development of new measures for symptom severity and quality of life. *Dig Dis Sci, 47*(6), 1297-1307. doi:10.1023/a:1015370430477

Porcelli, P., Bagby, R. M., Taylor, G. J., De Carne, M., Leandro, G., & Todarello, O. (2003). Alexithymia as predictor of treatment outcome in patients with functional gastrointestinal disorders. *Psychosom Med, 65*(5), 911-918. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14508040

Porcelli, P., De Carne, M., & Leandro, G. (2020). Distinct associations of DSM-5 Somatic Symptom Disorder, the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research-Revised (DCPR-R) and symptom severity in patients with irritable bowel syndrome. *Gen Hosp Psychiatry, 64*, 56-62. doi:10.1016/j.genhosppsych.2020.03.004

Praceres, N., Parker, D., & Taylor, G. J. (2000). Adaptação Portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 itens (TAS-20). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicologica, 9*(1). Retrieved from https://www.aidep.org/sites/default/files/articles/R09/R091.pdf

Probst, T., Sattel, H., Henningsen, P., Gundel, H., & Lahmann, C. (2017). Alexithymia as a Moderator of Treatment Outcomes in a Randomized Controlled Trial on Brief Psychodynamic Interpersonal Psychotherapy for Patients with Multisomatoform Disorder. *Psychother Psychosom, 86*(1), 57-59. doi:10.1159/000448287

Rajilic-Stojanovic, M., Biagi, E., Heilig, H. G., Kajander, K., Kekkonen, R. A., Tims, S., & de Vos, W. M. (2011). Global and deep molecular analysis of microbiota signatures in fecal samples from patients with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology, 141*(5), 1792-1801. doi:10.1053/j.gastro.2011.07.043

Richardson, S. E., & Edwards, K. (2009). Accidental acute clidinium toxicity. *Emerg Med J, 26*(6), 460. doi:10.1136/emj.2008.067926

Ruepert, L., Quartero, A. O., de Wit, N. J., van der Heijden, G. J., Rubin, G., & Muris, J. W. (2011). Bulking agents, antispasmodics and antidepressants for the treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*(8), CD003460. doi:10.1002/14651858.CD003460.pub3

Shajib, M. S., Baranov, A., & Khan, W. I. (2017). Diverse Effects of Gut-Derived Serotonin in Intestinal Inflammation. *ACS Chem Neurosci, 8*(5), 920-931. doi:10.1021/acschemneuro.6b00414

Sibelli, A., Chalder, T., Everitt, H., Workman, P., Windgassen, S., & Moss-Morris, R. (2016). A systematic review with meta-analysis of the role of anxiety and depression in irritable bowel syndrome onset. *Psychol Med, 46*(15), 3065-3080. doi:10.1017/S0033291716001987

Sinagra, E., Romano, C., & Cottone, M. (2012). Psychopharmacological treatment and psychological interventions in irritable bowel syndrome. *Gastroenterol Res Pract, 2012*, 486067. doi:10.1155/2012/486067

Singh, R., Salem, A., Nanavati, J., & Mullin, G. E. (2018). The Role of Diet in the Treatment of Irritable Bowel Syndrome: A Systematic Review. *Gastroenterol Clin North Am, 47*(1), 107-137. doi:10.1016/j.gtc.2017.10.003

Srivastava, P., Bhad, R., Sharma, P., Varshney, M., & Sharan, P. (2015). Successful management of difficult-to-treat irritable bowel syndrome incorporating a psychological approach. *Natl Med J India, 28*(4), 188-189. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27132727

Stasi, C., Rosselli, M., Bellini, M., Laffi, G., & Milani, S. (2012). Altered neuro-endocrine-immune pathways in the irritable bowel syndrome: the top-down and the bottom-up model. *J Gastroenterol, 47*(11), 1177-1185. doi:10.1007/s00535-012-0627-7

Staudacher, H. M., & Whelan, K. (2016). Altered gastrointestinal microbiota in irritable bowel syndrome and its modification by diet: probiotics, prebiotics and the low FODMAP diet. *Proc Nutr Soc, 75*(3), 306-318. doi:10.1017/S0029665116000021

Su, X. Y., Lau, J. T., Mak, W. W., Choi, K. C., Feng, T. J., Chen, X., . . . Cheng, J. Q. (2015). A preliminary validation of the Brief COPE instrument for assessing coping strategies among people living with HIV in China. *Infect Dis Poverty, 4*, 41. doi:10.1186/s40249-015-0074-9

Surdea-Blaga, T., Baban, A., & Dumitrascu, D. L. (2012). Psychosocial determinants of irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol, 18*(7), 616-626. doi:10.3748/wjg.v18.i7.616

Tack, J., Ly, H. G., Carbone, F., Vanheel, H., Vanuytsel, T., Holvoet, L., . . . Van Oudenhove, L. (2016). Efficacy of Mirtazapine in Patients With Functional

Dyspepsia and Weight Loss. *Clin Gastroenterol Hepatol, 14*(3), 385-392 e384. doi:10.1016/j.cgh.2015.09.043

Talley, N. J. (2008). Functional gastrointestinal disorders as a public health problem. *Neurogastroenterol Motil, 20 Suppl 1*, 121-129. doi:10.1111/j.1365-2982.2008.01097.x

Thompson, W. G., Heaton, K. W., Smyth, G. T., & Smyth, C. (2000). Irritable bowel syndrome in general practice: prevalence, characteristics, and referral. *Gut, 46*(1), 78-82. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10601059

Trovao, N., & Ribeiro, L. (2019). A Psiquiatria de Ligação na abordagem das síndromes funcionais gastrointestinais. *Revista de Psiquiatria Consiliar e de Ligação, 26*(1), 1-4. Retrieved from http://revista.psiquiatria-cl.org/index.php/rpcl/article/view/123/42

Valeur, J., Smastuen, M. C., Knudsen, T., Lied, G. A., & Roseth, A. G. (2018). Exploring Gut Microbiota Composition as an Indicator of Clinical Response to Dietary FODMAP Restriction in Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Dig Dis Sci, 63*(2), 429-436. doi:10.1007/s10620-017-4893-3

Vasant, D. H., & Ford, A. C. (2020). Functional gastrointestinal disorders in inflammatory bowel disease: Time for a paradigm shift? *World J Gastroenterol, 26*(26), 3712-3719. doi:10.3748/wjg.v26.i26.3712

Whitehead, W. E., Palsson, O., & Jones, K. R. (2002). Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: What are the causes and implications? *Gastroenterology, 122*(4), 1140-1156. doi:10.1053/gast.2002.32392

Windgassen, S., Moss-Morris, R., Chilcot, J., Sibelli, A., Goldsmith, K., & Chalder, T. (2017). The journey between brain and gut: A systematic review of psychological mechanisms of treatment effect in irritable bowel syndrome. *Br J Health Psychol*. doi:10.1111/bjhp.12250

Wolff, H. G. (1943). Emotions and Gastric Function. *Science, 98*(2553), 481-484. doi:10.1126/science.98.2553.481

World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders : clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.

Yarandi, S. S., Nasseri-Moghaddam, S., Mostajabi, P., & Malekzadeh, R. (2010). Overlapping gastroesophageal reflux disease and irritable bowel syndrome:

increased dysfunctional symptoms. *World J Gastroenterol, 16*(10), 1232-1238. doi:10.3748/wjg.v16.i9.1232

Zhao, S. R., Ni, X. M., Zhang, X. A., & Tian, H. (2019). Effect of cognitive behavior therapy combined with exercise intervention on the cognitive bias and coping styles of diarrhea-predominant irritable bowel syndrome patients. *World J Clin Cases, 7*(21), 3446-3462. doi:10.12998/wjcc.v7.i21.3446

ANEXOS

Anexo I

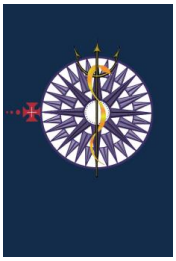
Classificação Roma IV para Perturbações Funcionais Gastrointestinais

A. Esophageal Disorders	
A1. Functional chest pain	A4. Globus
A2. Functional heartburn	A5. Functional dysphagia
A3. Reflux hypersensitivity	
B. Gastroduodenal Disorders	
B1. Functional dyspepsia	B3. Nausea and vomiting disorders
B1a. Postprandial distress syndrome (PDS)	B3a. Chronic nausea vomiting syndrome (CNVS)
B1b. Epigastric pain syndrome (EPS)	B3b. Cyclic vomiting syndrome (CVS)
B2. Belching disorders	B3c. Cannabinoid hyperemesis syndrome (CHS)
B2a. Excessive supragastric belching	B4. Rumination syndrome
B2b. Excessive gastric belching	
C. Bowel Disorders	
C1. Irritable bowel syndrome (IBS)	C2. Functional constipation
IBS with predominant constipation (IBS-C)	C3. Functional diarrhea
IBS with predominant diarrhea (IBS-D)	C4. Functional abdominal bloating/distension
IBS with mixed bowel habits (IBS-M)	C5. Unspecified functional bowel disorder
IBS unclassified (IBS-U)	C6. Opioid-induced constipation
D. Centrally Mediated Disorders of Gastrointestinal Pain	
D1. Centrally mediated abdominal pain syndrome (CAPS)	
D2. Narcotic bowel syndrome (NBS)/ Opioid-induced GI hyperalgesia	
E. Gallbladder and Sphincter of Oddi (SO) Disorders	
E1. Biliary pain	
E1a. Functional gallbladder disorder	
E1b. Functional biliary SO disorder	
E2. Functional pancreatic SO disorder	
F. Anorectal Disorders	
F1. Fecal incontinence	F2c. Proctalgia fugax
F2. Functional anorectal pain	F3. Functional defecation disorders
F2a. Levator ani syndrome	F3a. Inadequate defecatory propulsion
F2b. Unspecified functional anorectal pain	F3b. Dyssynergic defecation
G. Childhood Functional GI Disorders: Neonate/Toddler	
G1. Infant regurgitation	G5. Functional diarrhea
G2. Rumination syndrome	G6. Infant dyschezia
G3. Cyclic vomiting syndrome (CVS)	G7. Functional constipation
G4. Infant colic	
H. Childhood Functional GI Disorders: Child/Adolescent	
H1. Functional nausea and vomiting disorders	H2a1. Postprandial distress syndrome
H1a. Cyclic vomiting syndrome (CVS)	H2a2. Epigastric pain syndrome
H1b. Functional nausea and functional vomiting	H2b. Irritable bowel syndrome (IBS)
H1b1. Functional nausea	H2c. Abdominal migraine
H1b2. Functional vomiting	H2d. Functional abdominal pain – NOS
H1c. Rumination syndrome	H3. Functional defecation disorders
H1d. Aerophagia	H3a. Functional constipation
H2. Functional abdominal pain disorders	H3b. Nonretentive fecal incontinence
H2a. Functional dyspepsia	

Drossman, D. A. (2016). Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features and Rome IV. Gastroenterology, p.1296. doi:10.1053/j.gastro.2016.02.032

Anexo 2

Publicação



A PSIQUIATRIA DE LIGAÇÃO NA ABORDAGEM DAS SÍNDROMES FUNCIONAIS GASTROINTESTINAIS – UM ESTUDO NO CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA/ ESPINHO

TROVÃO, N.[1], RIBEIRO, L.[2]

[1] Interno de Psiquiatria, [2] Assistente Graduada de Psiquiatria, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho

RESUMO

Introdução: as Síndromes Funcionais Gastrointestinais (SFG) representam uma patologia prevalente, mas que ainda colocam dificuldades de diagnóstico e terapêutica, com impacto individual e social importantes. Por isso, pretendemos averiguar a abordagem atual dos doentes com SFG num hospital geral distrital português.

Métodos: analisámos descritivamente os pedidos de colaboração psiquiátrica feitos pelos médicos gastrenterologistas ao Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia /Espinho no período de doze meses.

Resultados: foram referenciados à Psiquiatria 21 doentes, no espaço de 12 meses, com suspeita de patologia comórbida gastrointestinal e psiquiátrica. O objetivo consistiu maioritariamente no esclarecimento de diagnóstico de SFG em doentes com diversas queixas gastrointestinais, sobretudo diarreia (25%), dispepsia (25%) e dor abdominal (25%), mesmo sem queixas psiquiátricas aparentes em 23,8%.

Discussão: identificámos algumas lacunas na atual abordagem dos doentes com SFG neste meio hospitalar, que se prendem com a falta de diretrizes na colaboração entre Psiquiatria e Gastroenterologia para o diagnóstico e acompanhamento dos mesmos. Dessa forma, o seguimento conjunto ficou reduzido a 42,8% dos casos. A intervenção multidisciplinar nas SFG já demonstrou benefícios e poderia solucionar este problema.

Conclusão: é pertinente a criação de um modelo multidisciplinar de abordagem entre a Psiquiatria de Ligação e a Gastroenterologia para garantir a resposta adequada às a necessidades dos doentes com SFG.

ABSTRACT

Background: Functional Gastrointestinal Syndromes (FGS) represent a prevalent pathology, yet still challenging in diagnosis and management, with remarkable personal and social impact. Therefore, we sought to address the current approach to FGS in a Portuguese general hospital.

Methods: we descriptively analysed the gastroenterologists' requests for psychiatric consultation for their patients in one year.

Results: in a 12-month period, 21 patients were referred to Psychiatry due to gastrointestinal and psychiatric comorbidity. The main purpose has been to clarify the diagnosis of a FGS in patients with diverse gastrointestinal complaints, namely diarrhoea (25%), dyspepsia (25%) and abdominal pain (25%), even when no psychiatric complaints were apparent (23,8%).

Discussion: We identified some caveats in the current approach to patients with SFG in our setting, which can be related to the lack of planning of the peer collaboration between Psychiatry and Gastroenterology for diagnosis and management of such patients. Thus, shared management was reduced to 42,8% of them. Multidisciplinary intervention has been proved beneficial and could solve this problem.

Conclusion: a multidisciplinary approach including Liaison Psychiatry and Gastroenterology is advisable to guarantee the adequate response to FGS patients' needs.

INTRODUÇÃO

A comorbilidade de sintomas gastrointestinais e psiquiátricos é amplamente conhecida, incidindo o seu estudo principalmente sobre as Síndromes Funcionais Gastrointestinais (SFG). Pela sua complexidade, esta entidade nosológica sofreu sucessivas reformulações, sendo mais aceite atualmente a definição proposta pelo painel de peritos da fundação de Roma: trata-se de grupo de perturbações do eixo intestino-cérebro, caraterizadas por qualquer combinação de sintomas entre alterações de sensibilidade, da mucosa, da flora ou motilidade gastrointestinal, atribuídas a uma disfunção da sua regulação pelo sistema nervoso central.[1] Esta classificação toma em consideração o modelo biopsicossocial de Engel,[2] na tentativa de colmatar a longa divergência científica na investigação etiológica da doença, decorrente da separação absoluta de causas "orgânicas" e "psicogénicas" para a constelação de sintomas apresentados pelos doentes com SFG e à falta de trabalho em equipa multidisciplinar.

As SFG mostram-se uma patologia significativamente prevalente, apesar da dificuldade do seu estudo epidemiológico, inerente às limitações dos critérios de diagnóstico. Halder et al. encontraram uma prevalência agregada de 42,3% de qualquer SFG na população americana,[3] mas outro grupo estimou anteriormente uma prevalência de 69%, com predomínio no sexo feminino e nas idades mais jovens.[4] Os desafios da abordagem das SFG e as respostas limitadas existentes acarretam assim prejuízos socioeconómicos preocupantes, resultantes do elevado consumo de recursos em saúde, absentismo laboral e perda de qualidade de vida relacionada com a doença.[4-6]

A psiquiatria de ligação na abordagem das síndromes funcionais gastrointestinais – um estudo no centro hospitalar de vila nova de gaia/ espinho

Tendo em consideração a pertinência desta problemática, pretendemos neste trabalho averiguar de que modo é feita a abordagem médica das SFG oferecida aos doentes em âmbito hospitalar no nosso país.

MÉTODOS

Executámos um estudo naturalista de observação transversal, recolhendo uma amostra de pedidos eletrónicos de colaboração à Psiquiatria feitos pelos médicos Gastroenterologistas num hospital central (Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho (CHVNG/E), ao longo de um ano (1 de Julho de 2015 a 30 de Junho de 2016). Os critérios de inclusão assentaram na descrição de queixas de foro psíquico em comorbilidade com as gastrointestinais e/ou dúvidas de diagnóstico perante as mesmas, em âmbito de acompanhamento ambulatório. Os parâmetros a analisar foram: o perfil demográfico dos doentes; o objetivo pedido; a queixa gastrointestinal; a queixa psicopatológica apontada pelos Gastroenterologistas; a menção da hipótese de SFG; e a orientação do doente para consulta em resposta. Efetuámos por fim a análise descritiva dos achados e discutimo-los à luz de uma revisão seletiva de literatura a partir da pesquisa na *PubMed* dos termos em inglês "intervention" "psych∗" "functional gastrointestinal" e "FGIS". Todo o processo foi aprovado pela Comissão de Ética do CHVNG/E.

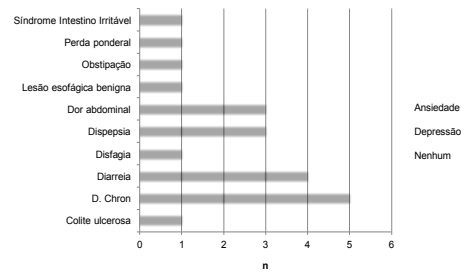
RESULTADOS

Durante o período em estudo, foram efetuados ao Serviço de Psiquiatria 41 pedidos de colaboração por parte do Serviço de Gastrenterologia do CHVNG/E, dos quais apenas um conjunto de 21 cumpre os critérios de inclusão. Não foram incluídos dez pedidos efetuados pelo nutricionista afeto ao Serviço de Gastrenterologia; nove pedidos para tratamento de perturbação de uso alcoólico com sequelas hepáticas; e um que se tratou de um lapso informático (proveniente de outra especialidade).

Perfil da população referenciada

Na amostra selecionada para o estudo, predominou o sexo feminino (71,4%), com idade média de 51 anos (desvio-padrão de 14,9). Prevaleceram as queixas gastrointestinais de diarreia crónica (19,0%), dispepsia (14,3%), dor abdominal (14,3%) e o diagnóstico sindromático de doença de Crohn (23,8%). A depressão foi o quadro psiquiátrico mais sinalizado pelo médico gastrenterologista (52,4%), seguida de ansiedade (23,8%), não sendo mencionado qualquer sintoma psiquiátrico em 23,8% dos pedidos. A diarreia foi a única queixa gastrointestinal que surgiu associada quer a ansiedade, quer a depressão ou mesmo nenhum sintoma psiquiátrico (Fig. 1).

Figura 1. Comorbilidade de patologia psiquiátrica na patologia gastrointestinal.



O objetivo destes pedidos de colaboração dividiu-se entre: esclarecimento de diagnóstico diferencial (57,1%); e referenciação uma comorbilidade psiquiátrica isolada (42,9%). Os doentes referenciados para esclarecimento diagnóstico apresentavam sobretudo diarreia (25,0%), dispepsia (25,0%) e dor abdominal (25,0%), enquanto os referenciados por sintomas psiquiátricos isolados tinham em 44,4% um diagnóstico de Doença de Chron estabelecida. A suspeita de um SFG ou uma associação observável entre sintomas gastrointestinais e psiquiátricos foi mencionada explicitamente pelo médico em 52,4% dos pedidos, associando-se a 8 dos 12 pedidos dirigidos ao esclarecimento diagnóstico (*odds ratio* [OR]=4,0). Constatou-se que 47,6% dos doentes haviam já sido medicados com psicofármacos antes da referenciação, sendo 70,0% casos com depressão, 10,0% com ansiedade e 20,0% sem nenhum sintoma identificado pelo médico que referenciou.

Resultado da referenciação

A Gastroenterologia deu alta da consulta a 33,3% dos doentes após a sua referenciação à Psiquiatria, o que se associou negativamente a haver suspeita de uma SFG (OR= 0,56). Após uma primeira avaliação dos 21 doentes por Psiquiatria, a 76,2% foi proposto seguimento, o que se associou positivamente à presença de suspeita de SFG (OR= 2,49), e a a 23,8% foi dada alta. Cinco doentes recusaram esse seguimento, dos quais três (60,0%) tinham tido alta por Gastrenterologia, demonstrando-se uma associação positiva essas variáveis (OR= 4,0). Como clarificado na tabela abaixo (Tabela 1), 19% dos doentes ficou sem qualquer seguimento e 42,8% passaram a ter acompanhamento pelas duas especialidades.

Tabela 1. Acompanhamento de doentes com SFG no CHVNG/E.

		Acompanhamento em Psiquiatria		
		Sim	Não	*Total*
Acompanhamento em Gastrenterologia	Sim	9 (43,9%)	6 (28,6%)	*15 (71,4%)*
	Não	2 (9,5%)	4 (19,0%)	*6 (28,6%)*
	Total	*11 (52,4%)*	*10 (47,6%)*	*21 (100%)*

DISCUSSÃO

Os resultados evidenciam aspetos do processo de abordagem das SFG que merecem reflexão.

Em primeiro lugar, da análise do conteúdo dos pedidos de colaboração sobressaiu que em mais de metade se pretendia o esclarecimento de diagnóstico por Psiquiatria para doentes com sintomas diversos gastrointestinais (sobretudo diarreia, dispepsia e dor abdominal), mesmo sem queixas psiquiátricas em quase um quarto destes, corroborando a complementaridade destas vertentes médicas nas SFG. Com efeito, a suspeita de uma SFG pelos gastroenterologistas associou-se à maior probabilidade de realização de tais pedidos, a manter o doente em consulta de Gastroenterologia e à aceitação de seguimento psiquiátrico por parte dos psiquiatras e dos doentes. Ressalvamos, contudo, alguma falta de clareza observada quanto ao objetivo de alguns pedidos, pelo que poderia haver ainda maior frequência de suspeição de SFG.

Observámos certas lacunas no processo de abordagem a estes doentes. A introdução de psicofármacos antes da referenciação ou consultoria com a psiquiatria não se adequa a um algoritmo de atuação multidisciplinar estruturado. Merece reflexão o facto de quase um terço dos doentes ter rejeitado apoio psiquiátrico. Uma possível explicação é a sensação de desvalorização das suas queixas perante a hipótese de um diagnóstico psicossomático como uma SFG, que corroborámos com a associação à alta por Gastroenterologia. Por outro lado, 23,8% dos doentes referenciados não foi aceite em seguimento por Psiquiatria, o que se pode associar à falta de menção da suspeita de SFG em tais casos e a uma insuficiente clareza dos pedidos de colaboração. Realça-se por isso a necessidade de uma melhor comunicação entre os clínicos e a definição de critérios de referenciação rigorosos. Por fim, constata-se que menos de metade da amostra usufruiu de acompanhamento conjunto, sinalizando a fragilidade da resposta atualmente oferecida aos doentes com SFG.

De acordo com alguns estudos recentes, uma intervenção adequada a este nível envolverá necessariamente abordar a morbilidade psíquica, que se revelou já muito expressiva: três meta-análises recentes confirmaram a associação de ansiedade e depressão ao Síndrome de Intestino Irritável (SII), a forma mais frequentemente estudada de SFG.[7-9]; uma meta-análise propôs um modelo explicativo assente no papel das cognições e ansiedade específicos da doença sobre o sistema neurendócrino;[10] e uma vasta revisão sistemática demonstrou elevada a comorbilidade dos SFG com patologia multifatorial de cariz psicossomático, nomeadamente a síndrome de fadiga crónica (51%), dor crónica (50%) e fibromialgia (49%).[11] Um estudo prévio realça ainda um associação significativa entre severidade de fatores de stress social crónico, traços de personalidade (reatividade com raiva, neuroticismo e coping positivo), níveis de ansiedade e severidade de apresentação da SFG.[12]

Nessa linha de atuação, um grupo em Chicago concluiu que a referenciação por Gastroenterologia para apoio psicológico dos doentes com SFG se associou significativamente a uma redução dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos gastroenterológicos, refletido numa melhoria moderada a elevada reportada pelos próprios.[13] Também o estudo-piloto do impacto da implementação de uma consulta multidisciplinar de Gastroenterologia e Psiquiatria para SFG num hospital holandês revelou melhorias significativas ao fim de seis meses nos indicadores sintomáticos de ambos os domínios.[14] Alguns estudos de meta-análise corroboram o benefício das psicoterapias (cognitivo-comportamental, hipnoterapia, psicodinâmica ou de relaxamento) sobre ansiedade e depressão específicos do SII, funcionamento psicossocial[15, 16] e qualidade de vida em doentes com SII,[16] mas também uma melhoria significativa de sintomas gastrointestinais a curto e longo-prazo.[17]

É relevante ainda lembrar que a abordagem hospitalar dos doentes com SFG dependerá numa primeira fase da sua identificação e referenciação pelos médicos assistentes nos cuidados de saúde primários. Um estudo britânico de rastreio de SII nesse setor revelou que, de uma amostra de 76 doentes cumprindo critérios de SFG, apenas 71% foram diagnosticados pelo médico de família, que referenciou 20% desses a Gastrenterologia e 9% a Cirurgia.[18] No âmbito hospitalar, a abordagem integrativa destes doentes seria mais oportunamente assumida pela Psiquiatria de Ligação, de acordo com os seus princípios essenciais de articulação multidisciplinar e de contemplação dos aspetos psicossomáticos.[19]

Sendo limitações do nosso estudo a amostra de conveniência e de dimensão modesta, o desenho transversal e a dificuldade de colheita de dados retrospetiva a partir dos pedidos eletrónicos de colaboração, não nos foi possível estimar alguns parâmetros estatísticos, como a incidência de SFG entre os casos seguidos em Gastroenterologia ou na população, ou associações específicas entre sintomas gastrointestinais e psiquiátricos ou entre estes e o resultado do seguimento. Como aspetos importantes, realça-se que, se nesta amostra surgida de forma natural se obteve um número relevante de casos durante um ano (cerca de 2 novos por mês), pode prever-se uma afluência superior a partir do momento em que um protocolo esteja estabelecido e divulgado no meio hospitalar, justificando a sua implementação. Assim, reforçámos a importância da consciencialização de médicos e doentes para os aspetos psicossomáticos desta patologia, baseando-nos na literatura existente para propor uma solução benéfica para todos os intervenientes. O esforço de articulação entre a Gastroenterologia e a Psiquiatria de Ligação permitiria também ajustar uma resposta conjunta para os casos como aqueles que se excluíram deste estudo.

CONCLUSÃO

Concluímos assim a pertinência da criação de um modelo protocolado e multidisciplinar de abordagem aos

doentes com SFG, como alguns já em vigor, de forma a oferecer uma resposta mais adequada, através de uma articulação eficaz entre os Serviços de Gastrenterologia e Psiquiatria de Ligação. Será importante nessa fase estudar o impacto de tal medida na evolução clínica e na qualidade de vida dos doentes.

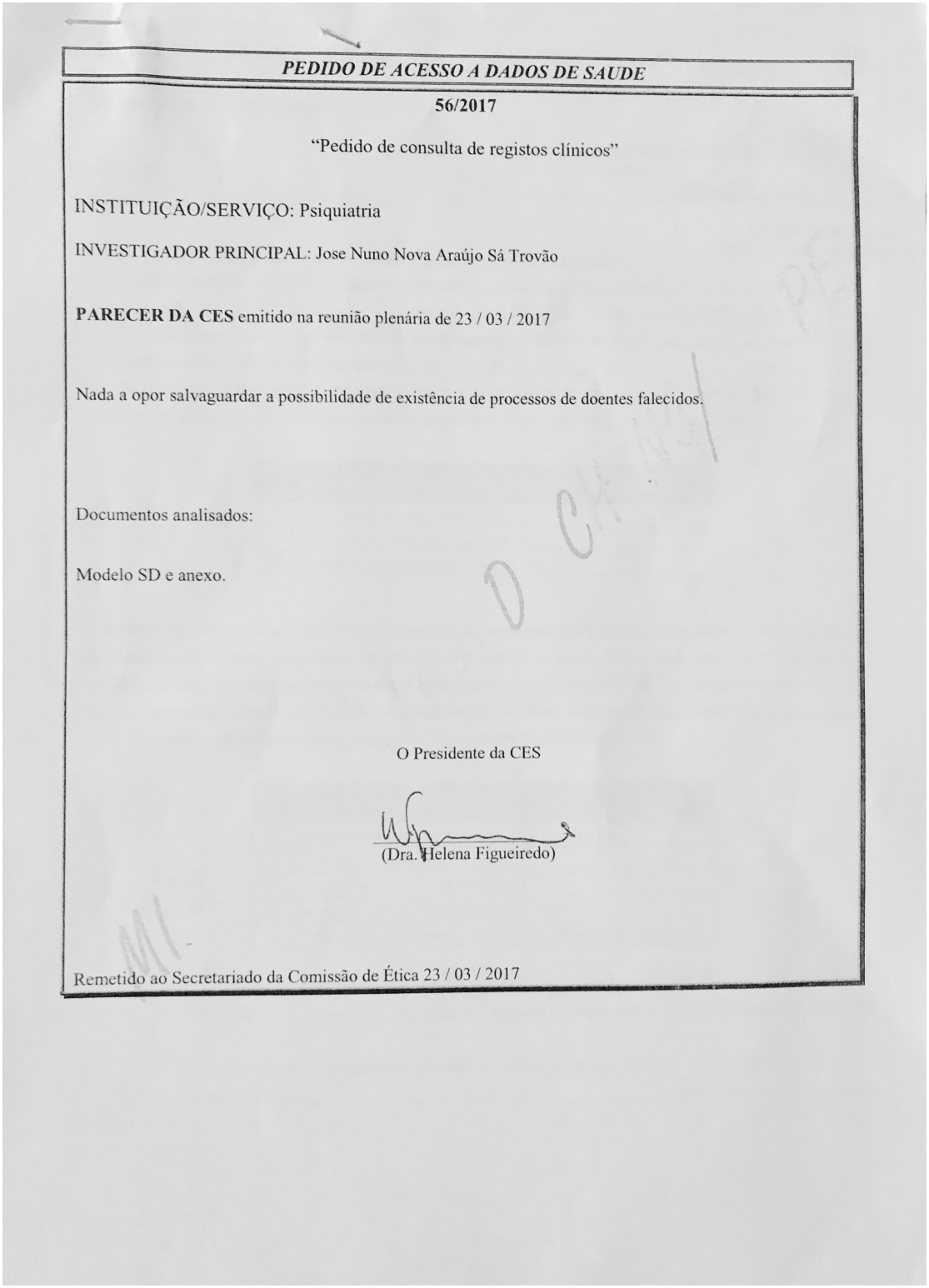
Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

REFERÊNCIAS

1. Drossman DA. Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features and Rome IV. Gastroenterology. 2016.
2. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977;196(4286):129-36.
3. Halder SL, Locke GR, 3rd, Schleck CD, Zinsmeister AR, Melton LJ, 3rd, Talley NJ. Natural history of functional gastrointestinal disorders: a 12-year longitudinal population-based study. Gastroenterology. 2007;133(3):799-807.
4. Drossman DA, Li Z, Andruzzi E, Temple RD, Talley NJ, Thompson WG, et al. U.S. householder survey of functional gastrointestinal disorders. Prevalence, sociodemography, and health impact. Dig Dis Sci. 1993;38(9):1569-80.
5. Talley NJ. Functional gastrointestinal disorders as a public health problem. Neurogastroenterol Motil. 2008;20 Suppl 1:121-9.
6. Pare P, Gray J, Lam S, Balshaw R, Khorasheh S, Barbeau M, et al. Health-related quality of life, work productivity, and health care resource utilization of subjects with irritable bowel syndrome: baseline results from LOGIC (Longitudinal Outcomes Study of Gastrointestinal Symptoms in Canada), a naturalistic study. Clin Ther. 2006;28(10):1726-35; discussion 10-1.
7. Lee C, Doo E, Choi JM, Jang SH, Ryu HS, Lee JY, et al. The Increased Level of Depression and Anxiety in Irritable Bowel Syndrome Patients Compared with Healthy Controls: Systematic Review and Meta-analysis. J Neurogastroenterol Motil. 2017;23(3):349-62.
8. Fond G, Loundou A, Hamdani N, Boukouaci W, Dargel A, Oliveira J, et al. Anxiety and depression comorbidities in irritable bowel syndrome (IBS): a systematic review and meta-analysis. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2014;264(8):651-60.
9. Sibelli A, Chalder T, Everitt H, Workman P, Windgassen S, Moss-Morris R. A systematic review with meta-analysis of the role of anxiety and depression in irritable bowel syndrome onset. Psychol Med. 2016;46(15):3065-80.
10. Windgassen S, Moss-Morris R, Chilcot J, Sibelli A, Goldsmith K, Chalder T. The journey between brain and gut: A systematic review of psychological mechanisms of treatment effect in irritable bowel syndrome. Br J Health Psychol. 2017.
11. Whitehead WE, Palsson O, Jones KR. Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: What are the causes and implications? Gastroenterology. 2002;122(4):1140-56.
12. Bennett EJ, Piesse C, Palmer K, Badcock CA, Tennant CC, Kellow JE. Functional gastrointestinal disorders: psychological, social, and somatic features. Gut. 1998;42(3):414-20.
13. Kinsinger SW, Ballou S, Keefer L. Snapshot of an integrated psychosocial gastroenterology service. World J Gastroenterol. 2015;21(6):1893-9.
14. Kruimel J, Leue C, Winkens B, Marcus D, Schoon S, Dellink R, et al. Integrated medical-psychiatric outpatient care in functional gastrointestinal disorders improves outcome: a pilot study. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2015;27(6):721-7.
15. Laird KT, Tanner-Smith EE, Russell AC, Hollon SD, Walker LS. Comparative efficacy of psychological therapies for improving mental health and daily functioning in irritable bowel syndrome: A systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2017;51:142-52.
16. Knowles SR, Monshat K, Castle DJ. The efficacy and methodological challenges of psychotherapy for adults with inflammatory bowel disease: a review. Inflamm Bowel Dis. 2013;19(12):2704-15.
17. Laird KT, Tanner-Smith EE, Russell AC, Hollon SD, Walker LS. Short-term and Long-term Efficacy of Psychological Therapies for Irritable Bowel Syndrome: A Systematic Review and Meta-analysis. Clin Gastroenterol Hepatol. 2016;14(7):937-47 e4.
18. Thompson WG, Heaton KW, Smyth GT, Smyth C. Irritable bowel syndrome in general practice: prevalence, characteristics, and referral. Gut. 2000;46(1):78-82.
19. Cooper JN. Liaison psychiatry: A gastroenterologist's perspective. Psychosomatics. 1983;24(1):48-50.

Anexo 3

Pareceres da Comissão de Ética para a Saúde



PEDIDO DE ACESSO A DADOS DE SAUDE

56/2017

"Pedido de consulta de registos clínicos"

INSTITUIÇÃO/SERVIÇO: Psiquiatria

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Jose Nuno Nova Araújo Sá Trovão

PARECER DA CES emitido na reunião plenária de 23 / 03 / 2017

Nada a opor salvaguardar a possibilidade de existência de processos de doentes falecidos.

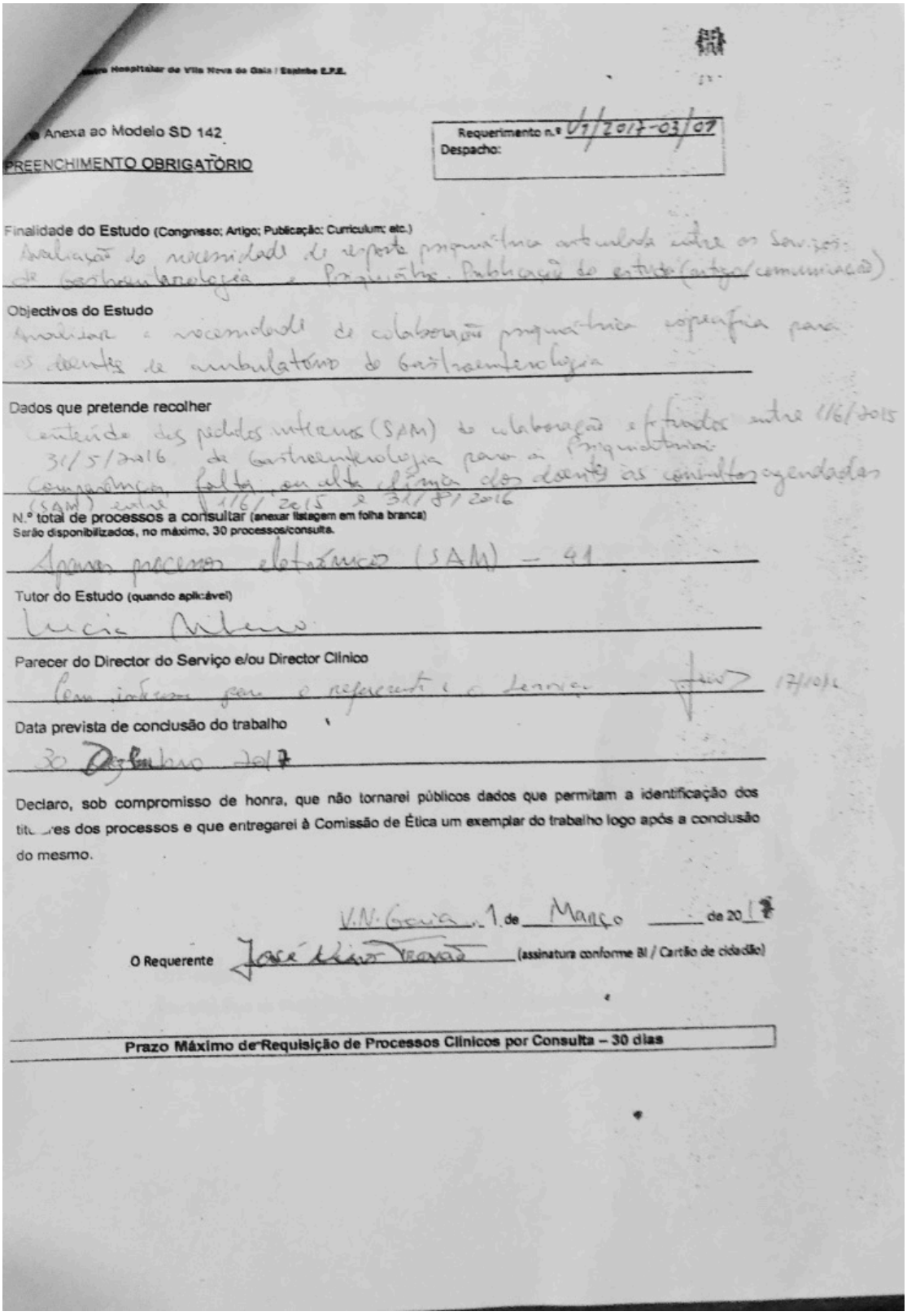
Documentos analisados:

Modelo SD e anexo.

O Presidente da CES

(Dra. Helena Figueiredo)

Remetido ao Secretariado da Comissão de Ética 23 / 03 / 2017



Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho E.P.E.

Anexa ao Modelo SD 142

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Requerimento n.º 01/2017-03/07
Despacho:

Finalidade do Estudo (Congresso; Artigo; Publicação; Curriculum; etc.)
Avaliação da necessidade de suporte psiquiátrico articulado entre os Serviços de Gastroenterologia e Psiquiatria. Publicação do estudo (artigo/comunicação)

Objectivos do Estudo
Analisar a necessidade de colaboração psiquiátrica especifica para os doentes de ambulatório de Gastroenterologia

Dados que pretende recolher
Conteúdo dos pedidos internos (SAM) de colaboração efetuados entre 1/6/2015 e 31/5/2016 da Gastroenterologia para a Psiquiatria. Comparência, falta ou alta clínica dos doentes às consultas agendadas (SAM) entre 1/6/2015 e 31/5/2016

N.º total de processos a consultar (anexar listagem em folha branca)
Serão disponibilizados, no máximo, 30 processos/consulta.
Apenas processos eletrónicos (SAM) - 41

Tutor do Estudo (quando aplicável)
Lucia Ribeiro

Parecer do Director do Serviço e/ou Director Clínico
Com interesse para o representante do Serviço 17/10/16

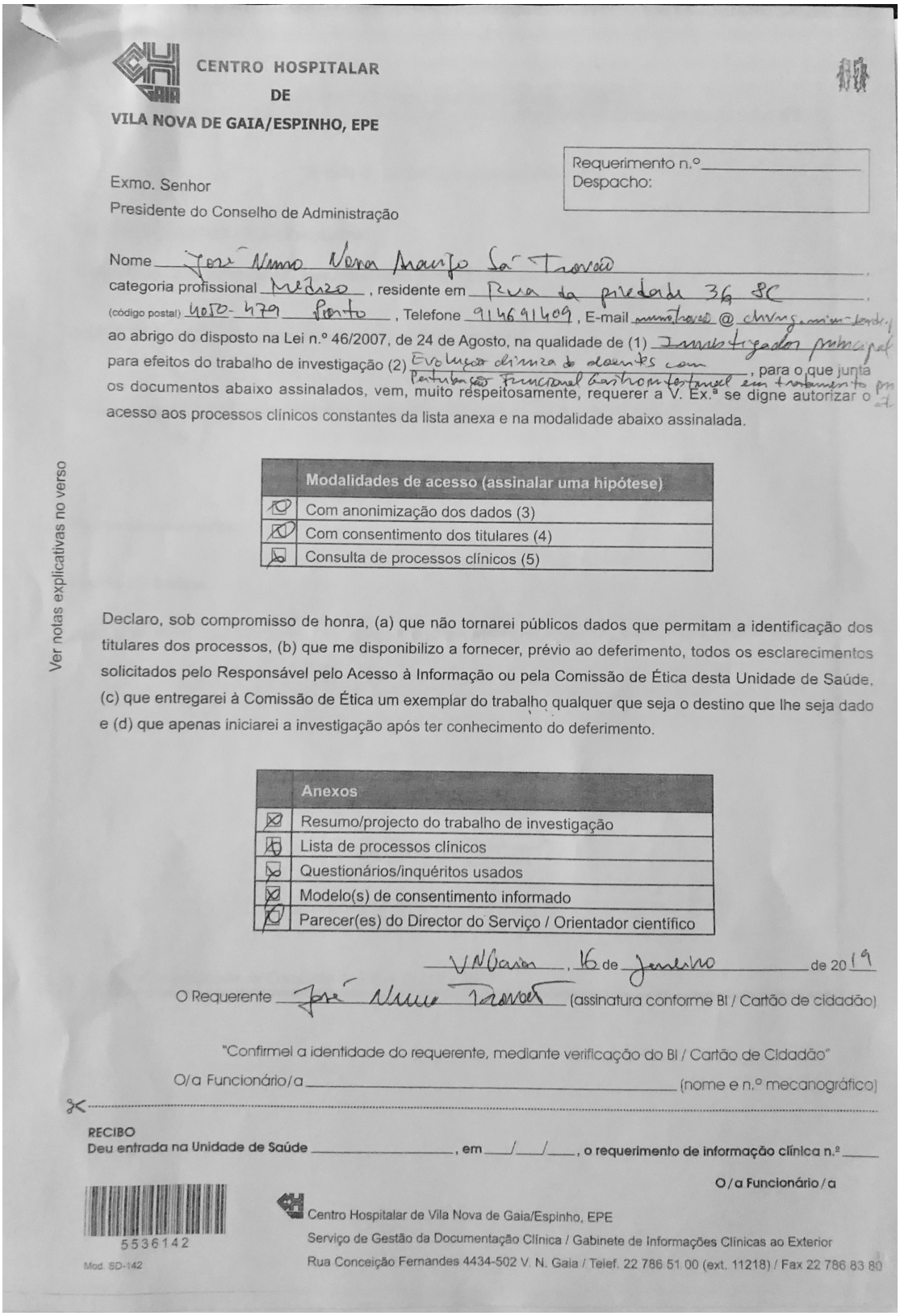
Data prevista de conclusão do trabalho
30 Dezembro 2017

Declaro, sob compromisso de honra, que não tornarei públicos dados que permitam a identificação dos titulares dos processos e que entregarei à Comissão de Ética um exemplar do trabalho logo após a conclusão do mesmo.

V.N. Gaia, 1 de Março de 2017

O Requerente José Maia Tavares (assinatura conforme BI / Cartão de cidadão)

Prazo Máximo de Requisição de Processos Clínicos por Consulta – 30 dias



CENTRO HOSPITALAR
DE
VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO, EPE

Requerimento n.º_____
Despacho:

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração

Nome José Nuno Vieira Araújo Sá Travassos,
categoria profissional Médico, residente em Rua da Piedade 36 8C,
(código postal) 4050-479 Porto, Telefone 914691409, E-mail nunotravassos@chvng.min-saude.pt,
ao abrigo do disposto na Lei n.º 46/2007, de 24 de Agosto, na qualidade de (1) Investigador principal
para efeitos do trabalho de investigação (2) Evolução clínica de doentes com Perturbação Funcional Gastrointestinal em tratamento psi...,
os documentos abaixo assinalados, vem, muito respeitosamente, requerer a V. Ex.ª se digne autorizar o acesso aos processos clínicos constantes da lista anexa e na modalidade abaixo assinalada.

Ver notas explicativas no verso

	Modalidades de acesso (assinalar uma hipótese)
☐	Com anonimização dos dados (3)
☒	Com consentimento dos titulares (4)
☐	Consulta de processos clínicos (5)

Declaro, sob compromisso de honra, (a) que não tornarei públicos dados que permitam a identificação dos titulares dos processos, (b) que me disponibilizo a fornecer, prévio ao deferimento, todos os esclarecimentos solicitados pelo Responsável pelo Acesso à Informação ou pela Comissão de Ética desta Unidade de Saúde, (c) que entregarei à Comissão de Ética um exemplar do trabalho qualquer que seja o destino que lhe seja dado e (d) que apenas iniciarei a investigação após ter conhecimento do deferimento.

	Anexos
☒	Resumo/projecto do trabalho de investigação
☐	Lista de processos clínicos
☒	Questionários/inquéritos usados
☒	Modelo(s) de consentimento informado
☒	Parecer(es) do Director do Serviço / Orientador científico

V N Gaia, 16 de Janeiro de 2019

O Requerente José Nuno Travassos (assinatura conforme BI / Cartão de cidadão)

"Confirmei a identidade do requerente, mediante verificação do BI / Cartão de Cidadão"

O/a Funcionário/a _____ (nome e n.º mecanográfico)

RECIBO
Deu entrada na Unidade de Saúde _____, em ___/___/___, o requerimento de informação clínica n.º_____

O / a Funcionário / a

5536142

Mod. SD-142

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE
Serviço de Gestão da Documentação Clínica / Gabinete de Informações Clínicas ao Exterior
Rua Conceição Fernandes 4434-502 V. N. Gaia / Telef. 22 786 51 00 (ext. 11218) / Fax 22 786 83 80

56

CENTRO HOSPITALAR
DE
VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO, EPE

000238
03 MAR. 2017

Requerimento n.º U1/2017-03/01
Despacho: autorizado

Dr. Luís Almeida Costa
Vogal do Conselho de Administração

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração

Nome José Nuno Maria Araújo Sá Tavares
categoria profissional I.E.E. Psiquiatra residente em Rua da Piedade, 36, 3º C
(código postal) 4050-479 Porto, Telefone 916691409, E-mail nuno1207@gmail.com,
ao abrigo do disposto na Lei n.º 46/2007, de 24 de Agosto, na qualidade de (1) médico e investigador
para efeitos do trabalho de investigação (2) clínica, para o que junta
os documentos abaixo assinalados, vem, muito respeitosamente, requerer a V. Ex.ª se digne autorizar o
acesso aos processos clínicos constantes da lista anexa e na modalidade abaixo assinalada.

Ver notas explicativas no verso

	Modalidades de acesso (assinalar uma hipótese)
☒	Com anonimização dos dados (3)
☐	Com consentimento dos titulares (4)
☒	Consulta de processos clínicos (5)

Declaro, sob compromisso de honra, (a) que não tornarei públicos dados que permitam a identificação dos titulares dos processos, (b) que me disponibilizo a fornecer, prévio ao deferimento, todos os esclarecimentos solicitados pelo Responsável pelo Acesso à Informação ou pela Comissão de Ética desta Unidade de Saúde, (c) que entregarei à Comissão de Ética um exemplar do trabalho qualquer que seja o destino que lhe seja dado e (d) que apenas iniciarei a investigação após ter conhecimento do deferimento.

	Anexos
☒	Resumo/projecto do trabalho de investigação
☒	Lista de processos clínicos
☒	Questionários/inquéritos usados
☐	Modelo(s) de consentimento informado
☒	Parecer(es) do Director do Serviço / Orientador científico

7027
1/03/17

V. N. Gaia, 1 de Março de 2017

O Requerente José Nuno Tavares (assinatura conforme BI / Cartão de cidadão)

"Confirmei a identidade do requerente, mediante verificação do BI / Cartão de Cidadão"

O/a Funcionário/a _____ (nome e n.º mecanográfico)

Anexo 4

Protocolos de Investigação

A colaboração psiquiátrica na abordagem dos doentes com Síndromes Funcionais Gastrointestinais – um estudo no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho

Nuno Trovão
Interno de Formação Específica de Psiquiatria do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho

Manuel Araújo
Assistente Hospitalar Graduado de Psiquiatria do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho

Lúcia Ribeiro
Assistente Hospitalar Graduada de Psiquiatria do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho

Autore correspondente: Nuno Trovão
Morada: Rua da Piedade, n. 36, 8º C, 4050-479, Porto, Portugal.
Telefone: +351 914691409
Email: nuno1207@gmail.com

Introdução

A comorbilidade de doença gastrointestinal e psiquiátrica abarca essencialmente as Síndromes Funcionais Gastrointestinais (SFG), que dominam as publicações encontradas no âmbito desta interface. Compreendem um grupo de perturbações caraterizadas por alterações de sensibilidade, flora e motilidade gastrointestinal, atribuídas a uma disfunção da sua regulação pelo sistema nervoso central (Drossman, 2016). A nosologia das SFG tem sido trabalhada por grupos de peritos, tendo sido mais amplamente difundidos os critérios de diagnóstico de Roma (em anexo, (Rome, 2006)). São-lhes, no entanto, ainda apontadas algumas limitações (Drossman, 2016), mas é possível que a dificuldade diagnóstica se deva também à procura excessiva de uma

separação absoluta de causas "orgânicas" e "psicogénicas" para a constelação de sintomas apresentados pelos doentes com SFG e à falta de trabalho em equipa multidisciplinar.

As SFG constituem uma patologia altamente prevalente, apesar da dificuldade do estudo da sua epidemiologia, estimando-se que afetem a cada momento cerca de 15% da população nos Estados Unidos da América (Halder et al., 2007), onde também um estudo de rastreio nacional detetou que 69% da amostra de respondedores padecera desta perturbação nos 3 meses anteriores (em 42% esofágica, em 26% gastroduodenal, em 44% intestinal e em 26% anorrectal), com predomínio no sexo feminino e nas idades mais jovens (Drossman et al., 1993). Estes continuam a representar um desafio de diagnóstico e tratamento para o médico, que se debatem com a escassez de respostas eficazes, o que acarreta também um elevado consumo de recursos dos serviços de saúde e prejuízos socioeconómicos pelo absentismo laboral (Talley, 2008).

Objetivo

Neste trabalho pretende-se estudar o tipo de pedidos dos médicos gastrenterologistas ao Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho (CHVNG/E), analisando mais concretamente:

- qual a necessidade na gestão do doente que motiva o pedido
- a comorbilidade psiquiátrica suspeitada pelos médicos gastrenterologistas
- a suspeita de SFG pelos médicos gastrenterologistas
- o perfil demográfico e clínico dos doentes em causa
- a orientação do doente resultante da colaboração

Material e Métodos

Este é um estudo retrospetivo, observacional e transversal. Colheram-se os dados a partir dos pedidos electrónicos efetuados entre 1-6-2015 até 31-5-2016 pelo Serviço de Gastrenterologia ao de Psiquiatria do CHVNG/E.

Separaram-se à partida os pedidos contabilizados de acordo com três nítidas características principais:

- os pedidos efetuados por um técnico não médico (nutricionista);
- os pedidos motivados pela presença de doença hepática crónica, para cujo tratamento é necessário tratar também dependência alcoólica;

- os pedidos efetuados no âmbito de doença gastrointestinal para a qual está descrita um possível componente psicossomático.

Para este último grupo, as variáveis estudadas foram:

- sexo, idade e antecedentes psiquiátricos do doente
- o médico referenciador
- definição do problema gastrointestinal no pedido
- definição do problema psiquiátrico no pedido
- definição do objetivo da colaboração ¬– por não ser explicitado nalguns pedidos, inferiu-se com base na análise da restante informação, um objetivo implícito

Resultados esperados:

Espera-se que uma parte dos pedidos efetuados se prenda com síndromes funcionais, a propósito de dúvidas de diagnóstico diferencial e intervenção terapêutica; outra parte poderá apenas ser motivada para tratamento de uma perturbação psiquiátrica comórbida e independente da doença gastroenterológica. Os resultados poderão informar sobre a pertinência da instituição de um protocolo multidisciplinar de consulta especializada para esta patologia nesta instituição.

Intervenção da Psiquiatria de Ligação em doentes com Síndromes Gastrointestinais Funcionais – estudo piloto

Nuno Trovão, MD, Interno do Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal.
Ana Sofia Coutinho, MD, Interno do Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal.
Lúcia Ribeiro, MD, Consultor em Psiquiatria no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal.

Autor correspondente: Nuno Trovão
Rua da Piedade, 36, 8 C, 4050-479 Porto
nuno.trovao@chvng.min-saude.pt

INTRODUÇÃO:

A comorbilidade de doença gastrointestinal e psiquiátrica, representada maioritariamente pelas Síndromes Funcionais Gastrointestinais (SFGI), tem merecido a atenção da comunidade científica pelo seu impacto epidemiológico, na a qualidade de vida e no elevado consumo de recursos de saúde.(1-3) A etiopatogenia dos quadros clínicos considerados como SFGI pelos critérios de Roma compreendem perturbações caraterizadas por qualquer combinação de sintomas entre alterações de sensibilidade, da mucosa, da flora ou motilidade gastrointestinal, atribuídas a uma disfunção da sua regulação pelo sistema nervoso central.(4) Além destes, outras doenças de foro gastrointestinal também mostram sofrer a influência de fatores psicológicos na sua evolução, como é o caso da doença de Crohn e colite ulcerosa.(5-7) Devido à controvérsia de definição nosológica, a própria prevalência dos SFG tem sido estimada em valores desde os 42 aos 69%.(1, 8)

Apesar de reconhecida a implicação da psicopatologia nestas doenças, (9-15) ainda é pouco aceite por médicos e doentes, sendo abordada de forma pouco sistematizada na prática clínica. Além disso, não se encontraram solidamente estabelecidos tratamentos consensuais para as SFGI, embora existam algumas tentativas publicadas. É por isso premente otimizar o racional de abordagem terapêutica, com base na recentes hipóteses fisiopatológicas para as SFGI. A pertinência de uma abordagem articulada entre a

Psiquiatria e a Gastroenterologia já tem sido defendida com base nos resultados de alguns protocolos multidisciplinares para SFGI.(16, 17)

Na atual situação do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho, um estudo a partir dos pedidos de colaboração dos médicos de Gastrenterologia à Psiquiatria durante um ano detetou algumas dificuldades em garantir uma abordagem eficaz, desde a avaliação do diagnóstico de SFG (suspeitada entre 52,4% a 85,7% dos 21 doentes com queixas desse foro) até à manutenção de um acompanhamento complementar em consulta pelas duas especialidades, acabando também quase um terço dos doentes por desistir dele.(18) É por isso objetivo deste projeto criar condições para uma resposta multidisciplinar de maior qualidade aos doentes com SFG neste hospital, servindo este estudo piloto o propósito de avaliar algumas estratégias de intervenção planeadas.

Numa revisão da literatura em torno da fisiopatologia atualmente conhecida para os SFG, apurámos que se trata de um grupo de patologias complexas envolvendo noxas imunitárias e infeciosas ao microbioma intestinal, mas que leva a sobretudo a uma resposta maladaptativa ao stress, e de desenvolvimento crónico, por parte do sistema nervos central e periférico. A escolha sensata de um grupo restrito de psicofármacos com ação antidepressivos central e ação reguladora autonómica periférica surge como uma estratégia terapêutica que minimiza as desvantagens da politerapia e oferece resultados mais eficazes. Uma maior sensibilização de entre doentes e clínicos de psiquiatria e gastroenterologia permitirá uma gestão mais eficaz dos SFG.

MÉTODOS:

Nesta fase do projeto, pretendemos intervir em duas vertentes: uma de discussão entre os serviços para aferir o modelo de referenciação e partilha informada do acompanhamento dos doentes em consulta; e outra de estudo, prospetivo, da sua evolução clínica. A partir da referenciação à Psiquiatria por suspeita de um SFG, será oferecido um modelo de intervenção padronizado e baseado em evidências da literatura, como já apurado num trabalho e revisão anterior pelo nosso grupo. Este consiste numa abordagem psicoeducativa e de expressão emocional, a par de um grupo selecionado de psicofármacos. ao longo de seis meses. Posteriormente pretende-se oferecer aos doentes a possibilidade de iniciar terapia de grupo de caráter expressivo e focado no insight, prevendo-se seis a oito sessões. A evolução será avaliada na admissão e ao final de seis meses, com instrumentos validadas para a população portuguesa: Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS), Estilos de Coping (Brief COPE), Escala

de Alexitimia de Toronto (TAS-20) (Pais-Ribeiro, 2004, 2004, 2005) e questionário de qualidade de vida (WHOQOL-BREF). A evolução de sintomas gastrointestinais será avaliada de modo qualitativo com a escala de Impressão Clínica Global. O estudo estatístico do impacto da intervenção será feito com recurso ao software SPSS 22. Não se orçamentam custos adicionais com esta intervenção.

Todo o protocolo respeitará a o livre consentimento do doente em participar no protocolo ou abandoná-lo, sem ver prejudicados os seus cuidados médicos; o seu direito ao anonimato e respeito pelos seus dados de acordo com o Regulamento Geral de Proteção de Dados; e as demais normas éticas de acordo com o consenso de Boa Prática Médica, anteriormente visadas na Declaração de Helsínquia.

RESULTADOS PRELIMINARES:

Aos primeiros doentes recrutados à data da formalização deste projeto, apurou-se uma importante melhoria sintomática, qualitativa e quantitativa, com os instrumentos usados, numa observação descritiva. Será necessário reunir uma maior dimensão amostral para o trabalho estatístico dos resultados.

RESULTADOS ESPERADOS:

Espera-se uma importante melhoria sintomática e tratamento duradouro da patologia, trazendo maior qualidade de vida ao utente e optimizando os recursos em saúde disponibilizados à população. Ficará também comprovada a pertinência da instituição da intervenção conjunta protocolar entre os Serviços de Gastroenterologia e de Psiquiatria de Ligação, em consulta especializada para SFG.

Conflitos de Interesse / Conflicting Interests:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Anexo 5

Instrumentos utilizados no protocolo de investigação

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO CLINICA – HADS

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à reposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana. Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reação imediata a cada questão será provavelmente mais correta do que uma resposta muito ponderada. Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:
   ( ) Quase sempre
   ( ) Muitas vezes
   ( ) Por vezes
   ( ) Nunca

2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:
   ( ) Tanto como antes
   ( ) Não tanto agora
   ( ) Só um pouco
   ( ) Quase nada

3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:
   ( ) Sim e muito forte
   ( ) sim, mas não muito forte
   ( ) Um pouco, mas não me aflige
   ( ) De modo algum

4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:
   ( ) Tanto como antes
   ( ) Não tanto como antes
   ( ) Muito menos agora
   ( ) Nunca

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:
   ( ) A maior parte do tempo
   ( ) Muitas vezes
   ( ) Por vezes
   ( ) Quase nunca

6. Sinto-me animado/a:
   ( ) Nunca
   ( ) Poucas vezes
   ( ) De vez em quando
   ( ) Quase sempre

7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:
   ( ) Quase sempre
   ( ) Muitas vezes
   ( ) Por vezes
   ( ) Nunca

8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:
   ( ) Quase sempre
   ( ) Muitas vezes
   ( ) Por vezes
   ( ) Nunca

9. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:
   ( ) Nunca
   ( ) Por vezes
   ( ) Muitas vezes
   ( ) Quase sempre

10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico:
   ( ) Completamente
   ( ) Não dou a atenção que devia
   ( ) Talvez cuide menos que antes
   ( ) Tenho o mesmo interesse de sempre

11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:
   ( ) Muito
   ( ) Bastante
   ( ) Não muito
   ( ) Nada

12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:
   ( ) Tanto como antes
   ( ) Não tanto agora
   ( ) Bastante menos agora
   ( ) Quase nunca

13. De repente, tenho sensações de pânico:
   ( ) Muitas vezes
   ( ) Bastantes vezes
   ( ) Por vezes
   ( ) Quase nunca

14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:
   ( ) Muitas vezes
   ( ) De vez em quando
   ( ) Poucas vezes
   ( ) Quase nunca

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

A: _____ D: _____

Pais-Ribeiro, J., et al. (2007). "Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale." Psychol Health Med 12(2): 225-235; quiz 235-227.

Brief COPE – Versão Portuguesa

Queremos saber em que extensão fez aquilo que o item diz, quanto ou com que frequência. Não responda com base no que lhe pareceu ter sido mais eficaz na altura, mas se fez ou não fez aquilo. Tente classificar cada item separadamente dos outros. Responda com uma cruz X nos espaços, como foi para si, com o máximo de verdade, utilizando as alternativas de resposta apresentadas.

	nunca faço isto	faço isto por vezes	em média é isto que faço	faço quase sempre isto
1-Refugio-me noutras actividades para me abstrair da situação				
2-Concentro os meus esforços para fazer alguma coisa que me permita enfrentar a situação				
3- Tenho dito para mim próprio(a): "isto não é verdade"				
4- Refugio-me no álcool ou noutras drogas (comprimidos, etc.) para me sentir melhor				
5- Procuro apoio emocional de alguém (família, amigos)				
6- Simplesmente desisto de tentar lidar com isto				
7- Tomo medidas para tentar melhorar a minha situação				
8- Recuso-me a acreditar que isto esteja a acontecer comigo				
9- Fico aborrecido e expresso os meus sentimentos				
10- Peço conselhos e ajuda a outras pessoas para enfrentar melhor a situação				
11- Uso álcool ou outras drogas (comprimidos) para me ajudar a ultrapassar os problemas				
12- Tento analisar a situação de maneira diferente, de forma a torná-la mais positiva				
13- Faço críticas a mim próprio				
14- Tento encontrar uma estratégia que me ajude no que tenho que fazer				
15- Procuro o conforto e compreensão de alguém				
16- Desisto de me esforçar para lidar com a situação				
17- Procuro algo positivo em tudo o que está a acontecer				
18- Enfrento a situação levando-a para a brincadeira				
19- Faço outras coisas para pensar menos na situação, tal como ir ao cinema, ver Tv, ler, sonhar, ou ir às compras				
20- Tento aceitar as coisas tal como estão a acontecer				
21- Sinto e expresso os meus sentimentos de aborrecimento				
22- Tento encontrar conforto na minha religião ou crença espiritual				
23- Peço conselhos e ajuda a pessoas que passaram pelo mesmo				
24- Tento aprender a viver com a situação				
25- Penso muito sobre a melhor forma de lidar com situação				
26- Culpo-me pelo que está a acontecer				
27- Rezo ou medito				
28- Enfrento a situação com sentido de humor				

Pais-Ribeiro, J. L. and A. P. Rodrigues (2004). "Questões acerca do coping: a propósito do estudo de adaptação do Brief-COPE." Psicologia, Saúde e Doenças 5(1): 3-15.

Adaptação Portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (TAS-20)

Usando a escala fornecida como guia, indique o seu grau de concordância com cada uma das seguintes afirmações fazendo um círculo à volta do número correspondente. Dê só uma resposta por cada afirmação. Use a seguinte chave:

1. Discordo totalmente
2. Discordo em parte
3. Nem discordo nem concordo
4. Concordo em parte
5. Concordo totalmente

1. Fico muitas vezes confuso sobre qual a emoção que estou a sentir.	1 2 3 4 5
2. Tenho dificuldade em encontrar as palavras certas para descrever os meus sentimentos.	1 2 3 4 5
3. Tenho sensações físicas que nem os médicos compreendem.	1 2 3 4 5
4. Sou capaz de descrever facilmente os meus sentimentos.	1 2 3 4 5
5. Prefiro analisar os problemas a descrevê-los apenas.	1 2 3 4 5
6. Quando estou aborrecido, não sei se me sinto triste, assustado ou zangado.	1 2 3 4 5
7. Fico muitas vezes intrigado com sensações do meu corpo.	1 2 3 4 5
8. Prefiro simplesmente deixar as coisas acontecer a compreender por que acontecem assim.	1 2 3 4 5
9. Tenho sentimentos que não consigo identificar bem	1 2 3 4 5
10. É essencial estar em contacto com as emoções.	1 2 3 4 5
11. Acho difícil descrever o que sinto em relação às pessoas.	1 2 3 4 5

12. As pessoas dizem-me para falar mais dos meus sentimentos.	1 2 3 4 5
13. Não sei o que se passa dentro de mim.	1 2 3 4 5
14. Muitas vezes não sei porque estou zangado.	1 2 3 4 5
15. Prefiro conversar com as pessoas sobre as suas atividades diárias do que sobre os seus sentimentos.	1 2 3 4 5
16. Prefiro assistir a espetáculos ligeiros do que a dramas psicológicos.	1 2 3 4 5
17. É-me difícil revelar os sentimentos mais íntimos mesmo a amigos próximos.	1 2 3 4 5
18. Posso sentir-me próximo de uma pessoa mesmo em momentos de silêncio.	1 2 3 4 5
19. Considero o exame dos meus sentimentos útil na resolução de problemas pessoais.	1 2 3 4 5
20. Procurar significados ocultos nos filmes e peças de teatro distrai do prazer que proporcionam.	1 2 3 4 5

Praceres, N., Parker, D. A., & Taylor, G. J. (2000). Adaptação Portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (TAS-20) Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicologica, 9(1), 9–21.

WHOQOL-BREF

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18 □ + □ + □ + □ + □ + □ + □			
Domínio 2	Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26) □ + □ + □ + □ + □ + □			
Domínio 3	Q20 + Q21 + Q22 □ + □ + □			
Domínio 4	Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25 □ + □ + □ + □ + □ + □ + □ + □			

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

Carona, C., et al. (2006). "Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal." Psiquiatria Clínica 27: 41-49.

FACULDADE DE **MEDICINA**