

# ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS DA FUNDAÇÃO ROMA PARA SINTOMAS GASTROINTESTINAIS COMUNS: apresentação

Carlos F. **FRANCESCONI**\*

Em 1996, o Dr. Don W. Powell, então Presidente da Associação Americana de Gastroenterologia e cientista de reconhecida fama no meio científico mundial, escreveu no livro, texto que seria reconhecido como “o livro dos critérios do Roma I”: “Este livro relata e estabelece a ciência das enfermidades gastrointestinais funcionais”. Dessa forma, há apenas 16 anos os distúrbios funcionais do tubo digestivo começaram a ser reconhecidos como doenças clínicas reais. Como posteriormente Thompson referiu, foi concedida aos pacientes a legitimidade de um diagnóstico. O Quadro 1 mostra como foi a evolução das versões escritas em livros-texto, das versões dos critérios de Roma I, II e III.

Ano	1994	2000	2006
Capítulos	8	13	17
Apêndices	3	6	6
Páginas	348	722	1004
Autores (membros dos comitês)	32	54	87*

\*incluindo membros de países em desenvolvimento como Brasil, Chile, China, Hungria e Romênia

QUADRO 1. Evolução dos textos dos critérios de Roma

Durante muitos anos os chamados “critérios de Roma” sofreram algumas críticas por tratarem de conceitos não validados na prática clínica e, por serem excessivamente dirigidos para fins de pesquisas, tanto epidemiológicas como clínicas e, para o desenvolvimento de novos fármacos.

Há 2 anos, visando superar estas limitações de aplicação prática dos critérios, a Fundação Roma publicou na forma de suplemento no periódico

*American Journal of Gastroenterology*, uma série de algoritmos clínicos para as manifestações do trato gastrointestinal encontrados com mais frequência dentro da prática médica.

É motivo de grande alegria ver estes algoritmos serem traduzidos para língua portuguesa e, serem oferecidos para a classe médica brasileira.

John E. Kellow, editor convidado a desenvolver este projeto, define algumas premissas que são básicas para o entendimento do conjunto textual:

1. Os distúrbios funcionais do trato gastrointestinal (DFTGI) são, por definição, entidades clínicas nas quais inexistem alterações estruturais que possibilitem o seu diagnóstico de forma pontual. Não existem biomarcadores diagnósticos. Na prática clínica, à semelhança das doenças psiquiátricas e da fibromialgia, o diagnóstico deverá necessariamente ser realizado com base na anamnese quanto aos sintomas e/ou sinais por eles apresentados. Ainda não existem explicações fisiopatológicas que elucidem a expressão clínica dessas doenças. Porém, reconhece-se a relevância de interações complexas de alterações no sistema nervoso (central, autonômico, entérico e periférico) com as fibras musculares lisas do trato digestivo, bem como da microflora bacteriana digestiva, de ações de hormônios, neuromediadores e moléculas de transmissão (como, por exemplo, a serotonina), de variáveis genéticas e psicossociais.
2. Existem claros benefícios para um diagnóstico positivo dos DFTGI. Como consequência da “legitimação” destes, feita de forma afirmativa pelos médicos, os pacientes poderão ficar mais tranquilos por não receberem mais os rótulos

\* Professor Associado do Departamento de Medicina Interna da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Chefe do Serviço de Gastroenterologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre; Professor Titular do Departamento de Medicina Interna da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul / Porto Alegre, RS, Brasil.

depreciativos de que todos “os sintomas são da cabeça”, “dos nervos”, ou “psicológicos”. Ao mesmo tempo, os tratamentos para as diferentes entidades poderão ser individualizados ou abordados de forma semelhante, quando a base fisiopatológica sugerir elementos comuns (por exemplo, antidepressivos quando a hipersensibilidade visceral estiver presente em entidades como a dor torácica de origem não-cardíaca, a dispepsia com predomínio da dor epigástrica e na síndrome do intestino irritável). Por outro lado, o reconhecimento da complexidade fisiopatológica dos DFTGI, deixa claro que dificilmente um único fármaco seja capaz de tratar os seus casos clinicamente mais graves. Progressivamente tem se reconhecido a relevância da interação médico-paciente na ajuda do controle destas doenças, na medida em que a devida atenção às variáveis psicossociais é prestada pelos médicos. Existem evidências que muitos circuitos presentes no Sistema Nervoso Central e, que são responsáveis pela percepção dos sintomas digestivos, possam ser alterados de maneira positiva por intervenções não farmacológicas, como por exemplo, com a psicoterapia e hipnose.

3. Por que a alternativa de criar os algoritmos? Como citado anteriormente, a Fundação Roma sentiu a necessidade de se aproximar dos médicos da “linha de frente”, diante das críticas feitas ao longo do tempo de se ter criado instrumentos com relação aos DFTGI mais dirigidos à pesquisa.

Algoritmos podem ser definidos como “diagramas de fluxo, que consistem em ramificação de vias lógicas, que permitem a aplicação cuidadosa de critérios definidos para a tarefa de identificar ou classificar diferentes tipos de uma entidade” (Hadorn DC. *Use of algorithms in clinical guideline development. Agency for Health Care Policy and Research. AHCPR pub. no. 95-0009. Clinical Practice Guideline Development: Methodology Perspectives, pp93–104. Rockville, MD, January 1995*). A fundação Roma teve o cuidado de construí-los a partir de casos médicos representativos de condições clínicas frequentemente encontradas na prática cotidiana da medicina ambulatorial. Seguem rigorosamente uma árvore de decisões dicotômicas onde cabem duas alternativas de resposta: sim ou não. São 15 cenários apresentados; são sempre valorizados os critérios clínicos para diagnóstico destas doenças funcionais e, são apresentadas sugestões de alternativas de investigação clínica ou intervenção terapêutica, sempre com uma justificativa científica para sua consecução.

São empregadas as formas gráficas tradicionais de apresentação de algoritmos: são utilizados três diferentes tipos de “caixas”. Essas são: (a) a caixa de estado clínico (retângulo “arredondado”), para descrever o sintoma ou sintomas clínicos iniciais e para delinear no corpo do algoritmo, o estado do paciente ou de diagnóstico, (b) a caixa de decisão (hexágono), para solicitar uma decisão diagnóstica, com uma entrada de caminho e com caminhos de saída “sim” e “não” e, (c) a caixa de ação (retângulo), para designar um diagnóstico ou uma ação terapêutica (Figura 1).

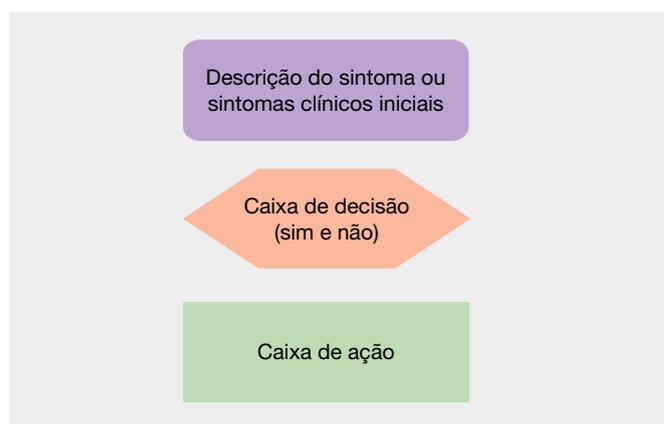


FIGURA 1. Significado gráfico dos símbolos utilizados nos algoritmos

Dr. Kellow enfatiza em sua apresentação introdutória aos algoritmos, que as comissões que neles trabalharam se preocuparam em apresentar aquilo que foi considerado como “padrão”, a partir do ponto científico da apresentação dos elementos dos algoritmos. Nesse sentido, foram considerados a validade, reprodutibilidade, confiabilidade, clareza, aplicabilidade e flexibilidade clínicas, eficácia, custo-efetividade e documentação apropriada. Evidentemente que características das práticas médicas devem ser levadas em consideração no nosso meio: nem todos os recursos diagnósticos eventualmente propostos estão acessíveis na nossa realidade assistencial. Preocupados com este fato, condutas práticas menos sofisticadas muitas vezes são apresentadas (Quadro 2).

Validade	correta interpretação da evidência disponível (validade de conteúdo e avalia de fato aquilo que deveria ser avaliado)
Confiabilidade	diferentes usuários navegarão nos algoritmos de forma semelhante
Clareza	uso de definições precisas, linguagem não ambígua e, um formato padrão
Aplicabilidade clínica	utilização de uma população-alvo bem definida e o fato de que amostragem das histórias dos casos confirmam navegação fácil através dos algoritmos
Flexibilidade clínica	capacidade dos algoritmos de identificar exceções e de indicar como as preferências dos pacientes são incorporadas à tomada de decisão
Custo-efetividade	os algoritmos conduzem ao diagnóstico eficiente com um custo aceitável
Documentação apropriada	embora os algoritmos registrem pressupostos e métodos, as recomendações das anotações e das referências estão vinculadas à evidência disponível
Reprodutibilidade	dada a mesma evidência, outro grupo de algoritmos poderia produzir recomendações semelhantes
Modificado de John E. Kellow, Introduction: A practical evidence-based approach to the diagnosis of the functional gastrointestinal disorders. <i>Am J Gastroenterol.</i> 2010;105:743-6.	

QUADRO 2. Significado dos termos empregados para caracterizar os elementos dos algoritmos como padrão

Há que se ter presente que os algoritmos não pretendem substituir o raciocínio clínico dos médicos, “engessando-os” em rotinas rígidas. Eles são úteis somente para auxiliá-los na elaboração deste raciocínio, enriquecendo-os com alternativas nas condutas diagnósticas e terapêuticas.

Cabe fazer referência a algumas questões editoriais que dizem respeito à tradução de termos médicos.

- a. Optou-se por traduzir *heartburn* por pirose, evitando-se o termo azia por ser menos específico e, apresentar diferentes significados em diferentes regiões do Brasil;
- b. A palavra “*bloating*” foi traduzida como empachamento ou estufamento. Reconhece-se que em algumas regiões a palavra empanzimento também poderá ser utilizada para traduzir este sintoma;
- c. Quando é referido “uso de drogas”, foi esclarecido com o editor que abuso de álcool também deverá ser considerado como elemento deste grupo;

- d. A palavra *lump* foi traduzida como bolo. Em algumas regiões do Brasil, é utilizada a palavra bola e, de maneira mais elegante, é utilizada também a palavra latina *globus* ou, sua versão portuguesa globo.

Agradeço à Fundação Roma por permitir a tradução deste material para a classe médica brasileira e, ao laboratório Takeda, por proporcionar a edição deste suplemento através de um apoio irrestrito à sua publicação.

A minha expectativa é que seu uso resulte em melhor atendimento aos pacientes com distúrbios funcionais digestivos do nosso país, pela repercussão positiva que os algoritmos podem trazer aos médicos: legitimizam o diagnóstico positivo dos pacientes e podem tornar a investigação destas situações mais custo-eficientes, resultando em melhor atenção, propiciando a este grupo de enfermos melhor qualidade de vida.