

30

Gastroenterologia

Eduardo de Castro Humes

A relação entre a fisiologia intestinal e os estados emocionais, como tristeza, raiva e medo, é reconhecida tanto pela sabedoria popular, muitas vezes com a expressão de emoções por meio de elementos da fisiologia gastrointestinal, quanto pela literatura médica, entretanto os mecanismos associados à natureza dessa associação ainda necessitam de maiores elucidações. Dentro da perspectiva psiquiátrica, alguns dos sintomas gastrointestinais estariam associados à apresentação de estados emocionais e ao uso de psicofármacos; e, em algumas patologias, manifestações psíquicas podem ocorrer em função do adoecimento e dos tratamentos utilizados, em especial o uso de imunomoduladores.

Na literatura, há evidências que favorecem os efeitos do estresse sobre a interação cérebro-intestino como um dos possíveis envolvidos nessa ligação. Um mecanismo que tem recebido destaque é o papel da serotonina, que media respostas sensoriais e reflexas a estímulos gastrointestinais, modulando a contração e o relaxamento da musculatura lisa. A serotonina seria um denominador comum entre motilidade e função intestinal e síndromes psiquiátricas. Essas conclusões são reforçadas pela eficácia dos inibido-

res seletivos da recaptura de serotonina no manejo de doenças gastrointestinais funcionais de maneira similar ao consagrado uso no manejo de transtornos psiquiátricos.

SÍNDROME DO INTESTINO IRRITÁVEL

A síndrome do intestino irritável (SII) é uma doença gastrointestinal funcional, crônica e que afeta entre 10 e 15% da população geral, sendo observada mais frequentemente em mulheres, na proporção de 2:1. Entre os principais sintomas relatados pelos pacientes portadores de SII estão desconforto e dor abdominais crônicos e os critérios diagnósticos mais amplamente utilizados são os Critérios de Roma III (Quadro 1). Sintomas somáticos

Quadro 1 Critérios de Roma III para síndrome do intestino irritável

- Dor ou desconforto abdominal recorrente por pelo menos 3 dias por mês nos últimos 3 meses, associado com dois ou mais dos seguintes sintomas:
- Melhora com a evacuação
 - Início associado a uma mudança na frequência das fezes
 - Início associado a uma mudança no formato das fezes

extragastrointestinais são relacionados com frequência, incluindo lombalgias (28-82%), fadiga (36-63%), palpitações (10-44%) e cefaleias (23-42%).

Comorbidades

A síndrome do intestino irritável está frequentemente associada a condições comórbidas, em especial outras síndromes funcionais. Outras manifestações gastrointestinais são relacionadas corretamente como comorbidades, como doença do refluxo gastroesofágico (47%), incontinência fecal (21%) e dor anorretal (34%) (Tabela 1).

Tabela 1 Síndromes funcionais comórbidas à síndrome do intestino irritável mais prevalentes

Fisiopatologia	32-77%
Síndrome do fadiga crônica	14-92%
Dor pélvica crônica	29-79%
Difusão do antídolo temporomandibular	16-64%

A comorbidade com transtornos psiquiátricos é muito frequente entre os pacientes que procuram tratamento por SII e se distribui da seguinte maneira: esquizofrenia (17%), transtorno depressivo (27%), transtorno de ansiedade generalizada (37%) e transtorno do pânico (16-46%). A prevalência de SII entre pacientes portadores de transtornos psiquiátricos é especialmente significativa entre portadores de transtornos do humor (27-29%), transtornos ansiosos (17-46%) e esquizofrenia (19%).

Aspectos clínicos relevantes

Deve-se prestar especial atenção pois, além de possíveis superposições de sintomas de quadros de somatizações, primárias ou secundárias (como somatização secundária a transtornos do humor), o diagnósti-

co apresenta concordância grande dos sintomas com os transtornos mentais (sintomas dolorosos, alterações de sono, fadiga, cefaleia e palpitações), o que pode dificultar o diagnóstico diferencial das patologias. Entre os pacientes portadores de transtorno do pânico (TP), 44% apresentavam SII com vários sintomas comuns às duas condições, como dor abdominal, diarreia e náuseas

Mecanismos fisiopatológicos

Síndromes funcionais não possuem mecanismos fisiopatológicos claros, assim não há explicações fisiopatológicas para essas associações, entretanto, é claro que há um claro componente de mediação entre a piora dos sintomas de síndromes funcionais e o estado mental dos pacientes, em especial em relação a sintomas depressivos e ansiosos. A principal hipótese relaciona os sintomas psiquiátricos com uma hipofunção serotoninérgica central e periférica que afetaria o humor e as funções gastrointestinais. Nesse sentido, os sintomas psiquiátricos podem ser considerados específicos e integrantes à SII, e não causas ou consequências da SII.

Manejo clínico

Os antidepressivos demonstraram um benefício terapêutico para os sintomas de SII com antidepressivos tricíclicos (ADTc) e inibidores seletivos da recaptura de serotonina (ISRS), apresentando maiores benefícios em quadros mais graves. Os ISRS apresentam menos efeitos colaterais que os tricíclicos e são mais utilizados no manejo de transtornos ansiosos comórbidos, embora não aliviem o inchaço e o desconforto abdominais. Por outro lado, o emprego de ADTc abaixo das doses com efeito antidepressivo constitui-se uma importante linha de tratamento para a SII, pois altera a motilidade gastrointestinal (normalização da motilidade e secreção, além

da redução da sensibilidade à dor), bem como o uso de inibidores da recaptura de serotonina e noradrenalina (IRSN). O tratamento da SII pode ainda incluir o uso de bactérias probióticas, antiespasmódicos (como associações de hiosciamina e escopolamina) e antidiarreicos (como a loperamida).

DISPEPSIA FUNCIONAL

Dispepsia funcional é um termo geral utilizado para se descrever uma variedade de queixas abdominais superiores e retroes-ternais, incluindo queimação, inchaço e dor pós-prandial, que não apresentam outras explicações médicas. A fisiopatologia envolvida na apresentação desses sintomas não é clara e, de acordo com a hipótese psiquiátrica, os sintomas da dispepsia podem ser atribuídos a sintomas de ansiedade, de depressão ou transtorno de somatização.

Comorbidades

A prevalência de comorbidades psiquiátricas diagnosticadas é significativa, 47,8% (Tabela 2).

Tabela 2 Principais comorbidades psiquiátricas entre portadores de dispepsia funcional

Transtornos somatoformes	21,1%
Transtornos ansiosos	13,2%
Transtornos depressivos	5,2%

Aspectos clínicos relevantes

Entre os pacientes com desconforto epigástrico, queixas frequentes não relacionadas com o trato gastrointestinal são: cefaleia (47%), tontura (36%), desconforto torácico (23%), palpitações (21%) e sudorese (17%). Tais sintomas são similares aos apresentados,

p. ex. durante uma crise de pânico, e devem ser cuidadosamente avaliados na anamnese. Entre os principais fatores associados à gravidade do caso, podemos citar a presença de somatização, depressão e idade jovem.

A ansiedade relacionada aos sintomas gastrointestinais difere de sintomas ansiosos gerais e denota gravidade ao quadro da SII. Essa diferenciação envolve as cognições e os comportamentos diretamente relacionados à sensibilidade visceral, como preocupação, medo, vigilância, sensibilidade e esquia.

Eventos estressores parecem apresentar um papel importante na emergência, manutenção e exacerbação de sintomas dispepticos, com uma clara associação entre a gravidade dos sintomas dispepticos e a apresentação psicopatológica. As estratégias de enfrentamento diante de eventos estressores apresentariam relação com a sintomatologia; por exemplo, comportamentos de esquiva estão relacionados a maior intensidade de sintomas. Além disso, a redução dos sintomas em decorrência de intervenções psicológicas, como o *biofeedback*, o controle do estresse, a psicoterapia interpessoal, a terapia cognitiva e o uso de antidepressivos, reforçam a hipótese psiquiátrica.

Manejo clínico

O manejo envolve o uso da metoclopramida e da domperidona, que estão eventualmente associadas ao surgimento de sintomas extrapiramidais, principalmente acatisia, mas também há relatos de precipitação de sintomas do humor, em especial depressão e ansiedade.

O tratamento clínico pode ainda ser realizado com administração de antidepressivos; é realizado principalmente com a utilização de inibidores da recaptura de serotonina, associados ou não a medicamentos pró-cinéticos, entretanto, com embasamento reduzido na literatura.

DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS: RETOCOLITE ULCERATIVA E DOENÇA DE CROHN

As doenças inflamatórias intestinais (DII) são representadas, principalmente, pela retocolite ulcerativa inespecífica (RCUI) e a doença de Crohn (DC), mas também incluem a doença inflamatória intestinal não especificada. O quadro clínico envolve a presença de diarreia, dor abdominal, emagrecimento e febre, sendo geralmente diferenciadas por meio da endoscopia e da patologia. Além das manifestações no trato gastrointestinal, as doenças inflamatórias podem apresentar manifestações em outros sistemas, em até 65% dos casos, com relação direta entre a extensão da doença no cólon e maiores prevalências (Tabela 3).

Tabela 3 Prevalência estimada por 100.000 habitantes de doenças inflamatórias intestinais

Retocolite ulcerativa inespecífica	14,81 casos
Doença de Crohn	5,65 casos
Doenças inflamatórias intestinais não especificadas	2,14 casos

Comorbidades

A prevalência de sintomas depressivos nessa população varia entre 9,3 a 68%, a maioria dos estudos com valores observados superiores a 20%. A prevalência observada de sintomas ansiosos em pacientes com DII, assim como a observada em pacientes com depressão, apresenta variação importante, 22,54% e 33,6%.

Aspectos clínicos relevantes

Muitos pacientes apresentam reações similares ao luto associadas ao diagnóstico de uma doença inflamatória intestinal, envolvendo os cinco estágios de Küber-Ross.

Entre os traços psicológicos mais frequentemente observados em portadores de DII observam-se sentimentos de frustração e raiva, frequentemente externados em relação ao tratamento, seus efeitos colaterais ou em relação à eficácia e aos diversos procedimentos diagnósticos realizados.

Mecanismos fisiopatológicos

Alterações fisiológicas associadas às doenças, como o próprio processo inflamatório e o tratamento com imunomoduladores, em especial corticosteroides, podem resultar em modificações em processos biológicos cerebrais, modificando a resposta afetiva e favorecendo alterações comportamentais, com relação entre formas sintomáticas mais agressivas da doença e maior gravidade de sintomas depressivos.

Características clínicas específicas

Pacientes com sintomas depressivos podem apresentar pior resposta a esquemas terapêuticos, em especial entre portadores de doença de Crohn, inclusive a abordagens cirúrgicas. Depressão e estressores ambientais ao longo da vida estão associados a pior evolução da DII e pior qualidade de vida, inclusive com repercussão sexual, ainda assim, muitos pacientes não são diagnosticados da comorbidade psiquiátrica. Entretanto, esse diagnóstico muitas vezes não é formulado pelo gastroenterologista ou o tratamento medicamentoso não é introduzido.

Manejo clínico

O manejo das doenças inflamatórias intestinais é realizado com o uso de corticosteroides, por vezes por mais de uma via (associação de vias oral, endovenosa e retal, p. ex.) e outros imunossuppressores, como a azatioprina e a ciclosporina, salicilatos,

como a sulfassalazina, o metotrexato, um agente quimioterápico, e, para portadores de doença de Crohn, metronidazol. O uso de imunomoduladores em geral está associado a emergência de sintomas psiquiátricos, em especial de transtornos do humor (depressivos e maníacos) e ansiosos.

DOENÇA CELÍACA

A doença celíaca é uma doença do intestino delgado na qual a ingestão do glúten, presente em diversos alimentos, desencadeia uma reação inflamatória. Esse processo favorece sintomas inespecíficos associados à má-absorção intestinal, como distensão abdominal e diarreia com caráter crônico e, eventualmente, sensação de fadiga e dor abdominal. A prevalência na assistência primária é de 2,4%, com prevalência maior entre portadores de outras doenças autoimunes, entretanto, porção significativa da população é portadora assintomática ou oligossintomática.

O diagnóstico é estabelecido por meio da pesquisa sérica de autoanticorpos, em especial anti gliadina, antireticulina e antien-domiso, e confirmado pela biópsia de intestino delgado realizada por endoscopia digestiva alta. O manejo se foca no aspecto dietético, com dietas livres de glúten.

Comorbidades

Pacientes com doença celíaca apresentam maior risco de apresentar transtornos do humor, em especial, depressão, distúrbios de transtorno de ajustamento, entretanto, esses achados não se mantêm quando os pacientes estão submetidos a uma dieta livre de glúten. As maiores prevalências de transtornos ansiosos observadas em celíacos de maneira geral e, em especial, uma maior prevalência de transtorno do pânico ao contrário, mantêm-se mesmo com a dieta livre de glúten.

Aspectos clínicos relevantes

Mulheres, portadoras ou familiares de celíacos, apresentam com maior frequência relatos de desgaste emocional, presumivelmente relacionados a preocupações com a compra e o preparo de alimentos livres de glúten, assim como dificuldades financeiras e interpessoais decorrentes.

Mecanismos fisiopatológicos

Um mecanismo proposto para a associação entre sintomas do humor e doença celíaca é que a atividade da doença estaria associada à piora da absorção de triptofano quando os pacientes estão sintomáticos e apresentando má-absorção intestinal.

DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO

A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE), cujo principal sintoma é a queimação retroesternal, é relatada em cerca de 44% da população adulta pelo menos uma vez ao mês e até 7% diariamente. Os principais motivos que levam o paciente a buscar tratamento são a gravidade e o aumento da frequência dos sintomas, a interferência em atividades sociais, perturbações do sono, altos níveis de comorbidade, depressão, ansiedade, fobia, somatização e sintomas obsessivos, além de temor de doenças graves, em especial o câncer.

Comorbidades

Os portadores mais sintomáticos de DRGE apresentam importantes comorbidades com transtornos psiquiátricos. A presença de diagnóstico de depressão ou de transtornos ansiosos está relacionada ao aumento do risco de refluxo (Quadro 2).

Quadro 2 Principais comorbidades psiquiátricas da doença do refluxo gastroesofágico

Depressão unipolar
Transtornos do humor bipolar
Esquizofrenia paranoide
Abuso e dependência do álcool
Abuso de múltiplos substâncias

Mecanismos fisiológicos

Entre os mecanismos citados para explicar essa relação destaca-se o impacto de hábitos inadequados de vida, como sedentarismo, hábitos alimentares, tabagismo, efeitos adversos de medicações psicotrópicas e aspectos psicológicos intrínsecos.

Manejo clínico

O manejo desses sintomas é baseado em medidas comportamentais (como redução de peso, dieta branda e elevação de decúbito) e no uso de medicações para controle da secreção ácida, como inibidores de bomba de prótons ou inibidores histamínicos dos receptores H₂, e, excepcionalmente, de pró-cinéticos, como a metoclopramida e a domperidona.

CIRROSE E INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA

A cirrose e a insuficiência hepática são a via final de um conjunto de patologias clínicas, incluindo doenças autoimunes, hepatites virais, uso crônico de álcool, intoxicações medicamentosas, doença hepática gordurosa não alcoólica (especialmente relacionada à obesidade e ao diabetes), doenças metabólicas e distúrbios vasculares.

Não há tratamentos específicos para essas condições clínicas, entretanto, deve-se tomar cuidado quando da administração

de qualquer medicação em função da alteração da metabolização e do risco de sobrecarga da função hepática, favorecendo inclusive a instalação de encefalopatia hepática. A maioria dos psicofármacos apresenta metabolização hepática, principalmente pelo sistema do citocromo P450. Algumas medicações, inclusive em função dessa metabolização, apresentam ainda maior potencial de hepatotoxicidade e, portanto, apenas devem ser indicadas em casos excepcionais, sendo realizada monitorização hepática próxima.

INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS

De maneira geral, o tratamento de transtornos psiquiátricos associados a doenças do trato gastrointestinal utiliza como primeira linha de antidepressivos os inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRS). A escolha da medicação antidepressiva depende dos sintomas-alvo a serem abordados, do quadro clínico geral (incluindo comorbidades) e do perfil de efeitos colaterais desejados.

Deve-se ter cautela, pois os pacientes com DRGE em uso de psicofármacos tendem a experimentar uma variedade de efeitos colaterais, incluindo boca seca, retenção urinária, turvação visual, constipação, sedação (em especial com antidepressivos tricíclicos), náuseas, diarreia, dor abdominal, disfunção erétil e alteração da libido (especialmente com ISRS).

Para o manejo dos transtornos psiquiátricos associados a doenças gastrointestinais funcionais, os ISRS são a classe de escolha em decorrência do menor perfil de efeitos colaterais e maior janela terapêutica em doses efetivas. Os antidepressivos tricíclicos, apesar de estarem associados a redução da sensibilidade à dor e melhora da qualidade de sono, apresentam, em doses terapêuticas, maior prevalência de efeitos colaterais e es-

tão associados a maiores taxas de abandono de tratamentos, não sendo recomendados como tratamento de primeira linha.

Não há grande corpo de evidência sobre a segurança e a eficácia de antidepressivos em pacientes com DII; a maioria dos relatos de tratamento psicofarmacológico apresenta limitações metodológicas, mas o uso de ISRS, em especial paroxetina, IRSN e bupropiona é usualmente relatado e recomendado.

O manejo de quadros manifestes secundários a medicação, em especial a imunomoduladores, deve envolver a discussão sobre a possibilidade da suspensão, troca ou redução da dose da medicação envolvida, assim como o uso de antipsicóticos e, eventualmente, benzodiazepínicos.

Em portadores de cirrose e/ou insuficiência hepática, como os antidepressivos inibidores da recaptação de serotonina são predominantemente metabolizados pelo fígado, devem ser usados com cuidado, com doses iniciais baixas e aumentos graduais, sendo que a paroxetina está associada a casos de hepatotoxicidade, podendo ser dada preferência ao manejo com escitalopram que apresenta menor inibição do citocromo p450. Os antidepressivos tricíclicos, igualmente de metabolização hepática e que apresentam ampla ligação a proteínas plasmáticas, em especial a albumina, devem ser utilizados em doses subclínicas e exigem especial cuidado com eventuais efeitos colaterais. Trazodona e, em especial, nefazodona estão associadas a lesões hepáticas. O uso de benzodiazepínicos deve ser evitado, em função do potencial de sonolência associado a sua metabolização errática em pacientes hepato patos – os pacientes podem evoluir com rebaixamento do nível de consciência. Assim, quando da necessidade da prescrição destes, deve-se preferir os de curta meia-vida e que possuem menor número de passagens hepáticas (como o lorazepam). O uso de anticonvulsivantes deve ser realizado com cui-

dença de sintomas ansiosos deve ser avaliada, em especial em relação a preocupações que o paciente apresente que sejam percebidas por ele ou por seus familiares como exageradas. Comportamentos maniaco e sintomas psicóticos devem ser observados, em especial quando da prescrição de imunomoduladores.

O uso de medicações clínicas deve ser avaliado rotineiramente pelo psiquiatra, bem como a evolução da comorbidade clínica, uma vez que esta e a gravidade frequentemente estão relacionadas a exacerbações da sintomatologia psiquiátrica.

Entre os aspectos que restringem a eficácia do tratamento da depressão e dos sintomas ansiosos por parte do médico não psiquiatra, merecem especial destaque o uso de benzodiazepínicos em detrimento da prescrição de antidepressivos ou o uso de doses de medicações insuficientes para a remissão total dos sintomas (ausência de todos os sintomas, critérios diagnósticos ou não, associados ao quadro apresentado por um determinado paciente). Assim, após o início do tratamento psicofarmacológico, deve-se focar na persistência de sintomas residuais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os transtornos psiquiátricos estão relacionados às doenças do aparelho gastrointestinal, assim o acompanhamento deve incluir a investigação diagnóstica rotineira desses transtornos pelo médico não psiquiatra, com o eventual encaminhamento para o especialista, com o tratamento individualizado segundo a apresentação dos sintomas psiquiátricos, assim favorecendo a melhora na qualidade de vida e a redução na ocorrência de comorbidades.

No momento da escolha do tratamento, o paciente deve estar ciente sobre os potenciais efeitos adversos, usar cautelosa-

te agentes antiárritmicos, antiespasmódicos e, em especial, imunomoduladores, além de receber orientações sobre a mudança no estilo de vida. Outras abordagens não medicamentosas devem ser preconizadas rotineiramente.

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA

1. Ananthakrishnan AN, Gainer VS, Perez RG, Cai T, Cheng SC, Savova G, et al. Psychiatric comorbidity is associated with increased risk of surgery in Crohn's disease. *Aliment Pharmacol Ther.* 2013;37(4):445-54.
2. Braak B, Klooker TK, Wouters MM, Lei A, van den Wijngaard RM, Boeckstaens GE. Randomised clinical trial: the effects of amitriptyline on drinking capacity and symptoms in patients with functional dyspepsia, a double-blind placebo-controlled study. *Aliment Pharmacol Ther.* 2011;34(6):638-48.
3. Brown ES. Effects of glucocorticoids on mood, memory, and the hippocampus. Treatment and preventive therapy. *Ann N Y Acad Sci.* 2009;1179:41-55.
4. Chang FY. Irritable bowel syndrome: the evolution of multi-dimensional looking and multidisciplinary treatments. *World J Gastroenterol.* 2014;20(10):2499-514.
5. Faramarzi M, Azadfallah P, Book HE, Tabatabaei KR, Taheri H, Shokri-shirvani J. A randomized controlled trial of brief psychoanalytic psychotherapy in patients with functional dyspepsia. *Asian J Psychiatr.* 2013;6(3):228-34.
6. Grootenhuys MA, Maurice-Stam H, Derkx BH, Last BF. Evaluation of a psychoeducational intervention for adolescents with inflammatory bowel disease. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2009;21(4):430-5.
7. Häuser W, Janke KH, Klump B, Gregor M, Hinz A. Anxiety and depression in adult patients with celiac disease on a gluten-free diet. *World J Gastroenterol.* 2010;16(22):2780-7.
8. Hjelldal IE, Svebak S, Berstad A, Flatabø G, Hausken T. Breathing exercises with vaginal biofeedback may benefit patients with functional dyspepsia. *Scand J Gastroenterol.* 2007;42(9):1054-62.
9. Hyphantis TI, Guthrie E, Tomenson B, Creed F. Psychodynamic interpersonal therapy and improvement in interpersonal difficulties in people with severe irritable bowel syndrome. *Pain.* 2009;145(1-2):196-203.

10. Larsson K, Sundberg Hjeltn M, Karlborn U, Nor-din K, Anderberg UM, Löf L. A group-based patient education programme for high-anxiety patients with Crohn disease or ulcerative colitis. *Scand J Gastroenterol*. 2003; 38(7):763-9.
11. Lin WS, Hu LY, Lin CJ, Hsu CC, Shen CC, Wang YP, et al. Gastroesophageal reflux disease and risk for bipolar disorder: a nationwide population-based study. *PLoS One*. 2014;9(9):e107694.
12. Lowen MB, Mayer EA, Sjöberg M, Tjilisch K, Naliboff B, Labus J, et al. Effect of hypnotherapy and educational intervention on brain response to visceral stimulus in the irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*. 2013;37(12):1184-97.
13. Mayer EA, Grasko M, Naliboff BD. Depression, anxiety, and the gastrointestinal system. *J Clin Psychiatry*. 2001;62 Suppl 8:28-36.
14. McCombie AM, Mulder RT, Gearty RB. Psychotherapy for inflammatory bowel disease: A review and update. *J Crohns Colitis*. 2013 Mar 2.
15. Mota ES, Kiss DR, Teixeira MG, Almeida MG, San-front FA, Habr-Gama A, et al. Manifestações extra-intestinais em doença de Crohn e retocolite ulcerativa: prevalência e correlação com o diagnóstico, extensão, atividade, tempo de evolução da doença. *Rev Bras Coloproct*. 2007; 27(4):349-63.
16. Mujakovic S, de Wit NJ, van Marrewijk CJ, Franssen GA, Laheij RJ, Muris JW, et al. Psychopathology is associated with dyspeptic symptom severity in primary care patients with a new episode of dyspepsia. *Aliment Pharmacol Ther*. 2009;29(5):580-8.
17. Talley NJ, Herrick L, Locke GR. Antidepressants in functional dyspepsia. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. 2010;4(1):5-8.
18. Warrington TP, Bostwick JM. Psychiatric adverse effects of corticosteroids. *Mayo Clin Proc*. 2006;81(10):1361-7.
19. Whitfield KL, Shulman RJ. Treatment options for functional gastrointestinal disorders: from empiric to complementary approaches. *Pediatr Ann*. 2009; 38(5):288-90, 292-4.

Pneumologia e fisiologia

Marcos Antônio Abud Torquato Junior
Bruno Pinotti Ferreira de Souza

31

INTRODUÇÃO

A relação entre sintomas psiquiátricos e condições pulmonares sempre foi próxima. Sintomas e sinais como falta de ar, sensação de sufocamento, opressão no peito e dificuldade para encher os pulmões de ar estão entre as experiências mais angustiantes descritas pelo homem e são elementos comuns a ambas especialidades.

A comorbidade de diferentes síndromes psiquiátricas com doenças pulmonares é frequente e é sabido que transtornos psiquiátricos em pneumopatas podem tanto agravar o quadro respiratório quanto ser agravados por ele. Além disso, tratamentos farmacológicos de cada um dos transtornos podem tanto melhorar o prognóstico da patologia comórbida quanto exacerbá-la.

Ao abordar um paciente com quadro respiratório e sintomas psíquicos, tanto o psiquiatra como o clínico deve ter em mente essa complexa interação. O diagnóstico diferencial de quadros comuns à pneumologia e à psiquiatria, assim como a abordagem e a escolha do melhor tratamento para

os transtornos comórbidos, são habilidades que o médico deve desenvolver para oferecer a melhor assistência a esses pacientes. Neste capítulo, serão apresentadas as principais doenças respiratórias, evidenciando-se aspectos específicos relacionados à prevalência, apresentação clínica e manejo dos principais quadros psiquiátricos associados. Também serão descritas particularidades farmacológicas de cada área que merecem atenção no tratamento dessas enfermidades.

DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é desencadeada principalmente por tabagismo, exposição crônica à poeira, poluição ambiental ou fatores genéticos. Possui dois componentes principais: enfisema e bronquite. Os principais sintomas são dispneia, tosse, expectoração e hemoptise. Do ponto de vista epidemiológico, sua prevalência varia de 10 a 23% no sexo masculino, enquanto no sexo feminino essa prevalência cai para a metade. Além disso, es-

22592300



PSIQUIATRIA INTERDISCIPLINAR

Editores

Eduardo de Castro Humes

Márcio Eduardo Bergamini Vieira

Renéio Fráguas Júnior

Editores colaboradores

Maria Martha Costa Hübner

Rodrigo Díaz Olmos

M123/2016



Copyright © Editora Manole Ltda., 2016, por meio de contrato com os editores.

A edição desta obra foi financiada com recursos da Editora Manole Ltda., um projeto de iniciativa da Fundação Faculdade de Medicina em conjunto e com a anuência da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP.

Editor gestor Walter Luiz Coutinho
Editoras Eliane Usui, Juliana Waku
Produção editorial Juliana Waku

Projeto gráfico Departamento Editorial da Editora Manole
Editoração eletrônica e ilustrações TKD Editoração

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Psiquiatria interdisciplinar / editores Eduardo de Castro Humes, Márcio Eduardo Bergamini Vieira, Renério Fráguas Júnior. – Barueri, SP : Manole, 2016.

Vários autores.
Bibliografia.
ISBN 978-85-204-4590-7

1. Psiquiatria 2. Transtornos mentais I. Humes, Eduardo de Castro. II. Vieira, Márcio Eduardo Bergamini. III. Fráguas Júnior, Renério.

15-10550

CDD-616.89
NLM-WM 141

Índices para catálogo sistemático:
I. Psiquiatria : Medicina 616.89

Nenhuma parte deste livro poderá ser reproduzida, por qualquer processo, sem a permissão expressa dos editores.
É proibida a reprodução por fotocópia.
A Editora Manole é filiada à
ABDR – Associação Brasileira de Direitos Reprográficos.

Editora Manole Ltda.
Av. Ceci, 672 – Tamboré
06460-120 – Barueri – SP – Brasil
Fone: (11) 4196-6000
Fax: (11) 4196-6021
www.manole.com.br
info@manole.com.br

Impresso no Brasil
Printed in Brazil

Editores

Eduardo de Castro Humes

Graduação pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Residência médica em Psiquiatria pelo Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP (IPq-HC-FMUSP). Especialista pela Associação Brasileira de Psiquiatria/Associação Médica Brasileira (ABP/AMB). Médico interconsulta do Hospital Samaritano de São Paulo. Médico assistente psiquiatra e coordenador do Ambulatório da Divisão de Psiquiatria e Psicologia do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP). Responsável pelo Ambulatório Didático de Psiquiatria dos internos do HU-USP. Pós-graduando do Departamento de Psiquiatria da FMUSP.

Márcio Eduardo Bergamini Vieira

Graduação e residência médica em Psiquiatria pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Especialista em Psiquiatria pela Associação Brasileira de Psiquiatria/Associação Médica Brasileira (ABP/AMB). Médico interconsulta do Hospital Samaritano de São Paulo. Chefe da Seção de Psiquiatria do Hospital Universitário da USP. Coordenador do Programa de Residência Médica em Psiquiatria do CAISM Philippe Pinel. Tutor do Projeto Tutores da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Docente do curso de Medicina da Universidade Nove de Julho (Uninove).

Renério Fráguas Júnior

Psiquiatra. Professor Associado do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Diretor do Departamento de Psiquiatria e Psicologia do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Formado pela FMUSP, com residência médica e doutorado pelo Departamento de Psiquiatria da FMUSP. Pós-doutorado no Programa de Pesquisa em Depressão Clínica (Depression Clinical and Research Program) da Faculdade de Medicina de Harvard, Boston, USA.