

Roma V

O que mudou nas Doenças Gastrointestinais (Distúrbios da Interação eixo intestino-cérebro)

Conteúdo elaborado a partir das atualizações científicas apresentadas no **ESPGHAN 2026**





Material técnico científico elaborado por:

Dr. Ricardo Katsuya Toma

- Gastroenterologista pediátrico.
- Mestre e Doutor em Ciências.
- Coordenador da Unidade de Gastroenterologia e Hepatologia pediátrica do Instituto da Criança e do Adolescente - HC / FMUSP.



Visão geral: o que é o Roma e o que mudou?

Os Critérios de Roma constituem o principal sistema de classificação e diagnóstico dos distúrbios da interação cérebro-intestino (DGBIs), antes chamados de **doenças funcionais gastrointestinais**. Construídos por consenso de especialistas e periodicamente revisados à luz de novas evidências, definem quais manifestações clínicas como a dor abdominal, alterações do hábito intestinal, náusea, distensão, entre outras, configuram diagnósticos funcionais quando não explicadas por doença estrutural, inflamatória, metabólica ou neoplásica.

Antes



A principal mudança estrutural do Roma V em relação ao Roma IV é o **abandono da divisão por faixa etária como eixo organizador da classificação pediátrica**. Enquanto o Roma IV segmentava os diagnósticos por grupos etários (neonato/lactente; pré-escolar; escolar/adolescente), o **Roma V passa a organizar os distúrbios por região anatômica e padrão sintomático, reconhecendo que muitas condições atravessam diferentes fases da infância e adolescência sem mudar de natureza.**

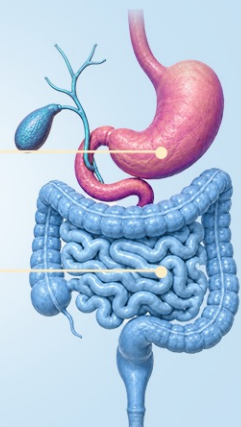
Mantém-se, entretanto, a **divisão prática entre trato gastrointestinal superior (esôfago, estômago e duodeno) e inferior/biliar (intestino delgado distal, cólon, reto, ânus e vias biliares), cada qual tratado por um comitê e um capítulo próprio.**

Um exemplo dessa colaboração entre comitês é a dispepsia funcional (incluindo a síndrome do desconforto pós-prandial e a síndrome da dor epigástrica), que passou a ser tratada no capítulo do trato superior, por se entender que seus sintomas centrais como a náusea e o vômito têm origem predominantemente alta, ainda que didaticamente pudesse ser discutida junto aos distúrbios de dor abdominal.

Depois

Trato gastrointestinal superior

Trato gastrointestinal inferior



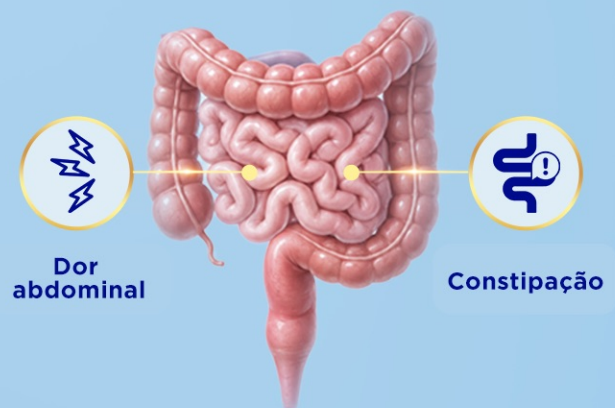
Principais mudanças conceituais

O Roma V incorpora diagnósticos antes ausentes ou pouco definidos em pediatria, entre eles a síndrome da dor biliar, a síndrome da dor abdominal de mediação central (CAPS), a distensão abdominal funcional e a proctalgia fugaz.

No trato superior, ganham critérios próprios a síndrome de náusea crônica (substituindo a antiga “náusea funcional”, agora reconhecida como condição incapacitante associada a comorbidades como disautonomias) e a síndrome da hiperêmese canabinoide, refletindo o aumento do uso de canabinoides entre adolescentes.

Outra mudança observada foi a diferenciação e alinhamento entre SII e constipação funcional. No Roma IV, a distinção entre síndrome do intestino irritável (SII) e constipação funcional (CF) dependia de uma resposta terapêutica prévia. Tratava-se a constipação e reavaliava-se a dor. O Roma V abandona esse critério, considerado pouco reprodutível, e passa a diferenciar as duas condições pelo sintoma predominante: quando a dor abdominal associada à evacuação é a queixa central, o diagnóstico é de SII (com subtipos SII-C, SII-D, SII-M e SII não classificada, definidos pela Escala de Bristol, semelhante aos critérios do adulto); quando a constipação predomina sem dor proeminente, mantém-se CF.

Síndrome do intestino irritável x Constipação funcional: sintoma predominante orienta o diagnóstico



No Roma V, nota-se refinamento dos critérios de constipação funcional:



Critérios unificados

Os critérios de CF foram unificados para todas as idades, inclusive crianças ainda sem controle esfinteriano, eliminando o corte por “idade de desenvolvimento de 4 anos” do Roma IV.



Terminologia mais clara

Termos considerados subjetivos ou pouco intuitivos para as famílias (como “retenção volicional excessiva”) foram substituídos por linguagem mais clara (“retenção inapropriada”).



Critério temporal

Passou a se exigir ocorrência dos sintomas “no último mês”, e não mais “ao menos uma vez por semana”.

Essas mudanças reforçam duas premissas transversais ao Roma V:

- **A valorização da fisiopatologia comum a todos os DGBIs: alteração da motilidade, hipersensibilidade visceral, modulação central da dor e fatores psicossociais, resultado da disfunção do eixo cérebro-intestino.**
- O reconhecimento explícito de que os DGBIs podem coexistir com outras doenças orgânicas produtoras de sintomas gastrointestinais, sem que uma condição exclua a outra.

O olhar para o público pediátrico

Cólica infantil

O termo “cólica infantil” foi substituído por “síndrome do desconforto do lactente”
(*infant distress syndrome*)

A justificativa é conceitual: “cólica” pressupõe origem da dor no cólon, o que nunca foi comprovado, enquanto o novo nome descreve de forma neutra o choro e a inquietação visíveis do lactente, sem atribuição de causa.

Os critérios também foram flexibilizados:



Critério de duração do choro

O limiar de três horas de choro por dia deixou de ser obrigatório para o diagnóstico clínico, permanecendo apenas para fins de pesquisa.



Impacto na qualidade de vida

Passou a ser considerado suficiente o impacto significativo sobre o bem-estar do cuidador, mesmo com choro de menor duração.



Persistência dos sintomas

O limite de resolução até os 5 meses de idade foi flexibilizado, reconhecendo que parte dos lactentes mantém sintomas além dessa faixa.

Constipação funcional

Como descrito no eixo conceitual, a constipação funcional ganhou critérios únicos para todas as faixas etárias, com adaptação da definição de “fezes endurecidas” às escalas de Bristol (*crianças maiores*) e de Bruxelas para lactentes e toddlers (*Brussels Infant and Toddler Stool Scale*), e uso do termo “inapropriado” no lugar de expressões antes consideradas ambíguas. A dor abdominal deixou de ser critério diagnóstico de constipação. Quando é o sintoma predominante e aliviado pela evacuação, o diagnóstico passa a ser de SII.



Alimentação

Uma das mudanças mais relevantes para a prática pediátrica no Roma V foi a proposta dos distúrbios funcionais pediátricos de alimentação (FPFD), subdivididos em quatro fenótipos:



Disfagia hipersensível

Sensação de entalo sem alteração estrutural ou motora.



Alimentação restritiva antecipatória

Restrição alimentar motivada pelo medo de uma experiência aversiva, como dor ou engasgo.



Distúrbio de desregulação da fome

Alteração na regulação da fome, com dois subtipos:

Fome reduzida

Fome excessiva



Distúrbio alimentar funcional desencadeado por evento médico

Ocorre quando uma condição orgânica já tratada, como refluxo grave ou esofagite eosinofílica, deixa sequelas funcionais no comportamento alimentar.

Essa segmentação busca orientar de forma mais precisa a investigação e a escolha entre manejo nutricional, comportamental ou farmacológico. Os autores sugerem ainda abandono do termo ARFID (transtorno alimentar restritivo/evitativo) como categoria única. O comitê considerou que o termo, originado do DSM-5, agrupava manifestações clínicas muito distintas sob um mesmo rótulo, dificultando a escolha terapêutica. Fato que precisa ser mais bem discutido e compreendido entre os pediatras e também com os psiquiatras.

Conclusão

Em conjunto, essas mudanças refletem o propósito central do Roma V para a pediatria: substituir cortes etários rígidos e terminologias imprecisas por critérios clínicos mais objetivos, aplicáveis do lactente ao adolescente, e **por uma nomenclatura que descreva melhor o que de fato se observa à beira do leito.**



Especialista

NÚMERO #1

para manejo dos DGBIs¹

Liderar é ser completa como a infância precisa, especialista como os DGBIs exigem.¹⁻¹⁶



A Linha Gastro Danone Nutricia combina ciência, experiência clínica e portfólio completo para apoiar decisões precisas no manejo dos DGBIs.



Refluxo e Regurgitação

Cólica, constipação e queixas associadas

Intolerância à lactose e/ou diarreia persistente

É BOM CONTAR COM A REFERÊNCIA

OS PRODUTOS MENCIONADOS NÃO CONTÊM GLÚTEN

O leite materno é o melhor alimento para os lactentes e até o 6º mês deve ser oferecido como fonte exclusiva de alimentação, podendo ser mantido até os dois anos de idade ou mais. As gestantes e nutrízes também precisam ser orientadas sobre a importância de ingerirem uma dieta equilibrada com todos os nutrientes e da importância do aleitamento materno até os dois anos de idade ou mais. As mães devem ser alertadas que o uso de mamadeiras, de bicos e de chupetas pode dificultar o aleitamento materno, particularmente quando se deseja manter ou retornar à amamentação; seu uso inadequado pode trazer prejuízos à saúde do lactente, além de custos desnecessários. As mães devem estar cientes da importância dos cuidados de higiene e do modo correto do preparo dos substitutos do leite materno para a saúde do bebê. Cabe ao especialista esclarecer previamente às mães os custos, riscos e impactos sociais desta substituição para o bebê. É importante que a família tenha uma alimentação equilibrada e que sejam respeitados os hábitos culturais na introdução de alimentos complementares na dieta do lactente, bem como sempre incentivadas as escolhas alimentares saudáveis.

Material técnico-científico destinado exclusivamente aos profissionais de saúde, obedecendo rigorosamente a Portaria nº 2051/01, a Resolução RDC nº222/02, Lei 11265/06 e decretos que a regulamentam. Proibida a distribuição a outros públicos e a reprodução total ou parcial. É proibida a utilização desse material para realização de promoção comercial. A prescrição dos produtos é de competência exclusiva de médicos e/ou nutricionistas, sendo proibida a indicação pelo profissional de enfermagem e farmacêutico.

imagens meramente ilustrativas, Agosto 2026



mundodanone.com.br
0800 727 8027 - Demais localidades
11 3095 8482 - Grande SP

DANONE ATENDIMENTO AO CONSUMIDOR

0800 701 7561

dac@danone.com

