

Luiz Antônio Raio Granja, MD, PhD

Endocrinologia, Metabologia e Medicina Cardiometabólica

InCor-FMUSP

Disbiose intestinal

Conceito, diagnóstico, tratamento e prognóstico

São Paulo, 14/05/2026

1. Conceito e relevância clínica

Disbiose intestinal é um estado de desequilíbrio composicional, funcional ou ecológico da microbiota intestinal. O conceito inclui perda de diversidade microbiana, redução de microrganismos produtores de metabólitos benéficos, expansão de patobiontes, alteração do metabolismo de ácidos biliares, redução de ácidos graxos de cadeia curta e maior permeabilidade ou ativação imune em determinados contextos.

A microbiota participa da fermentação de fibras, síntese de metabólitos, manutenção da barreira epitelial, educação imunológica, regulação enteroendócrina, metabolismo de fármacos, eixo intestino-fígado e sinalização intestino-cérebro. Portanto, disbiose pode acompanhar sintomas gastrointestinais e doenças metabólicas, inflamatórias, hepáticas e imunológicas. Contudo, é essencial distinguir associação de causalidade: nem toda alteração de microbiota é causa primária da doença.

2. Fatores precipitantes e condições associadas

Categoria	Exemplos clínicos
Medicamentos	Antibióticos repetidos, inibidores de bomba de prótons, laxativos crônicos, metformina, opioides, imunossupressores.
Dieta	Baixa ingestão de fibras, ultraprocessados, excesso de açúcares, emulsificantes, álcool, baixa diversidade vegetal.
Doenças gastrointestinais	Síndrome do intestino irritável, DII, doença celíaca, SIBO, C. difficile, insuficiência pancreática, colite microscópica.
Doenças metabólicas	Obesidade, diabetes tipo 2, MASLD/esteatose metabólica, síndrome metabólica.
Estilo de vida	Sono irregular, estresse crônico, sedentarismo, dietas muito restritivas.
Ciclo de vida	Envelhecimento, fragilidade, internações, institucionalização.

3. Manifestações clínicas

A apresentação é inespecífica. O paciente pode relatar distensão abdominal, flatulência, dor ou desconforto abdominal, alteração do hábito intestinal, constipação, diarreia, urgência evacuatória, intolerâncias alimentares percebidas, náusea leve, piora pós-prandial ou sensação de digestão lenta. Em paralelo, podem coexistir fadiga, sono ruim e sintomas cutâneos, mas esses achados exigem interpretação ampla e investigação de diferenciais.

Sinais de alarme devem deslocar o raciocínio para investigação orgânica: perda ponderal involuntária, anemia, sangue nas fezes, febre persistente, diarreia noturna, início após 50 anos, história familiar de câncer colorretal ou doença inflamatória intestinal, hipoalbuminemia, desidratação, imunossupressão e dor progressiva.

4. Diagnóstico: abordagem prática

Não há, na rotina clínica, um exame universalmente validado que “diagnostique disbiose” e determine tratamento padronizado. Testes comerciais de microbioma podem descrever composição bacteriana, mas ainda têm limitações importantes de reprodutibilidade, interpretação, inferência funcional e tradução terapêutica. A abordagem preferencial é clínico-contextual: identificar doença de base, exposições modificáveis e fenótipos tratáveis.

Passo	O que avaliar
Anamnese	Dieta, antibióticos, IBP, cirurgias, viagens, padrão evacuatório, perda de peso, sangue nas fezes, sintomas noturnos.
Exame físico	Estado nutricional, dor localizada, sinais de desidratação, doença hepática, tireoide, massa abdominal.

Exames básicos	Hemograma, PCR/VHS, albumina, ferritina, B12/folato, TSH, glicemia/HbA1c, função renal/hepática quando indicado.
Fezes	Parasitológico, coprocultura, toxina/PCR para <i>C. difficile</i> , calprotectina fecal, elastase pancreática conforme suspeita.
Testes específicos	Sorologia celíaca, teste respiratório para SIBO, colonoscopia/endoscopia se sinais de alarme ou idade/riscos.

5. Diagnósticos diferenciais

- Síndrome do intestino irritável: dor abdominal recorrente associada à evacuação e mudança de frequência/forma das fezes.
- SIBO: distensão, gases, diarreia ou constipação, particularmente após cirurgias, distúrbios de motilidade ou alterações anatômicas.
- Doença celíaca e intolerâncias: sintomas pós-ingesta, deficiência de ferro, perda de peso ou manifestações extraintestinais.
- Doença inflamatória intestinal: diarreia crônica, sangue, calprotectina elevada, anemia, perda ponderal.
- *C. difficile*: diarreia após antibiótico, internação ou exposição de risco.
- Endocrinometabólicos: hipotireoidismo, hipertireoidismo, diabetes com disautonomia, hipercalcemia.

6. Tratamento

6.1 Dieta e substrato fermentável

A intervenção de maior plausibilidade e utilidade populacional é a reconstrução do ambiente alimentar. Dieta tipo mediterrânea, rica em vegetais, leguminosas, frutas inteiras, grãos integrais, azeite, oleaginosas e peixes, oferece fibras, polifenóis e substratos fermentáveis. O objetivo é favorecer produção de ácidos graxos de cadeia curta, em especial butirato, e melhorar barreira intestinal e sinalização imunometabólica.

A introdução de fibras deve ser gradual para evitar piora de meteorismo. Em pacientes com SII ou suspeita de SIBO, pode ser necessário adaptar temporariamente FODMAPs, mas a restrição prolongada e indiscriminada pode reduzir diversidade alimentar e microbiana.

6.2 Prebióticos

Prebióticos são substratos utilizados seletivamente por microrganismos do hospedeiro, conferindo benefício à saúde. Incluem inulina, FOS, GOS, beta-glucanas, psyllium e amido resistente, conforme tolerância e objetivo. Na prática, alimentos ricos em fibras frequentemente são preferíveis a suplementos isolados; suplementos podem ser úteis em constipação, baixa ingestão de fibras ou estratégias graduais.

6.3 Probióticos

Probióticos são microrganismos vivos que, quando administrados em quantidades adequadas, conferem benefício ao hospedeiro. A evidência é cepa-específica, dose-dependente e indicação-dependente; portanto, “probiótico para disbiose” é formulação imprecisa. Diretrizes como a WGO enfatizam aplicações clínicas específicas, enquanto a AGA adotou postura conservadora em várias indicações por heterogeneidade de estudos e lacunas de evidência.

Cenário	Comentário prático
---------	--------------------

Diarreia associada a antibiótico	Algumas cepas têm evidência; avaliar risco individual e qualidade do produto.
SII	Pode haver benefício modesto em subgrupos; escolher cepas com estudo para sintomas-alvo.
C. difficile	Tratamento principal não é probiótico; prevenção/uso adjuvante deve seguir diretriz e contexto clínico.
Imunossuprimidos/críticos	Cautela por risco de fungemia/bacteremia, translocação e produtos contaminados.

6.4 Antibióticos e SIBO

Antibióticos não devem ser usados genericamente para “matar bactérias ruins”. Podem agravar perda de diversidade e selecionar resistência. Seu uso deve ser reservado a infecção documentada ou síndrome específica, como SIBO bem caracterizado, sempre considerando recorrência, motilidade, anatomia e fatores predisponentes.

6.5 Transplante de microbiota fecal e terapias emergentes

O transplante de microbiota fecal tem papel mais consolidado na infecção recorrente por Clostridioides difficile, conforme protocolos regulatórios e de segurança. Para obesidade, síndrome metabólica, SII, autismo, doenças autoimunes e envelhecimento, o uso ainda deve ser considerado experimental ou restrito a pesquisa clínica, dada a complexidade ecológica e risco de transmissão de agentes ou fenótipos indesejáveis.

7. Plano terapêutico estruturado

Fase	Conduta
1. Remover agressões	Revisar antibióticos/IBP desnecessários, álcool, ultraprocessados, constipação, sono e sedentarismo.
2. Alimentar microbiota	Aumentar diversidade vegetal, fibras solúveis, leguminosas e alimentos fermentados seguros conforme tolerância.
3. Tratar fenótipo	Constipação, diarreia, SII, SIBO, DII, celíaca ou C. difficile devem receber abordagem própria.
4. Suplementar com critério	Prebiótico/probiótico apenas quando houver alvo clínico, cepa/formulação adequada e monitorização de resposta.
5. Reavaliar	Sintomas, qualidade de vida, evacuação, peso, marcadores inflamatórios/nutricionais e necessidade de investigação adicional.

8. Prognóstico

O prognóstico é favorável quando a disbiose está ligada a fatores modificáveis, como dieta pobre em fibras, antibiótico recente, constipação, sedentarismo e sono inadequado. A microbiota tem plasticidade e pode responder em semanas a meses, embora estabilidade ecológica dependa de manutenção de hábitos e controle da doença de base.

O prognóstico é mais reservado quando há doença inflamatória intestinal, cirrose, imunossupressão, diabetes descompensado, obesidade grave, internações repetidas, envelhecimento frágil ou ciclos recorrentes de antibióticos. Nesses cenários, a disbiose pode ser tanto mediadora quanto marcador de vulnerabilidade biológica.

9. Conclusão executiva

Disbiose intestinal é conceito útil para integrar dieta, microbiota, barreira intestinal, imunidade e metabolismo, mas não deve ser convertida em diagnóstico simplista baseado apenas em teste comercial de fezes. O tratamento mais robusto é ecológico: dieta de alta qualidade, fibras/prebióticos graduais, redução de agressões

farmacológicas e alimentares, manejo da doença de base e probióticos apenas quando houver indicação, cepa e objetivo definidos.

Referências

World Gastroenterology Organisation. Global Guidelines: Probiotics and Prebiotics. February 2023.

Su GL, Ko CW, Bercik P, et al. AGA Clinical Practice Guidelines on the Role of Probiotics in the Management of Gastrointestinal Disorders. *Gastroenterology*. 2020;159:697-705.

Hill C, Guarner F, Reid G, et al. Expert consensus document: The International Scientific Association for Probiotics and Prebiotics consensus statement. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2014;11:506-514.

Gibson GR, Hutkins R, Sanders ME, et al. Expert consensus document: The ISAPP consensus statement on prebiotics. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2017;14:491-502.

Rinninella E, Raoul P, Cintoni M, et al. What is the healthy gut microbiota composition? *Microorganisms*. 2019;7:14.

Dinan TG, Cryan JF. Gut microbiota: a missing link in psychiatry. *World Psychiatry*. 2020;19:111-112.

Khoruts A, Sadowsky MJ. Understanding the mechanisms of faecal microbiota transplantation. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2016;13:508-516.