

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL



**RegulaSUS**

# Protocolos de Regulação Ambulatorial

Proctologia Adulto

---

Versão Digital

2021

*Supervisão geral:*

Arita Bergmann

*Coordenação:*

Roberto Nunes Umpierre

Natan Katz

*Coordenação científica:*

Marcelo Rodrigues Gonçalves

*Organização e Edição:*

Ana Cláudia Magnus Martins

Elise Botteselle de Oliveira

Luíza Emília Bezerra de Medeiros

Rudi Roman

*Autores:*

Ana Cláudia Magnus Martins

Augusto Mantovani

Dimitris Rucks Varvaki Rados

Elise Botteselle de Oliveira

Erno Harzheim

Jerônimo De Conto Oliveira

José Nicoletti Filho

Ligia Marroni Burigo

Luíza Emília Bezerra de Medeiros

Marcelo Pellizzaro Dias Afonso

Marcelo Rodrigues Gonçalves

Milena Rodrigues Agostinho Rech

Natan Katz

Pablo de Lannoy Stürmer

Renata Rosa de Carvalho

Rudi Roman

*Revisão técnica:*Serviço de Coloproctologia do Hospital de  
Clínicas de Porto Alegre

Alexandre de Araújo

Daniel de Carvalho Damin

*Colaboração:*Departamento de Regulação Estadual –  
DRE/RS*Normalização:*

Geise Ribeiro da Silva

*Projeto gráfico, design e capa:*

Débora Renata de Moura Ramos

Gyziane Souza da Silva

Lorena Bendati Bello

Michelle Iashmine Mauhs

*Diagramação:*

Lorena Bendati Bello

Como citar este documento:

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Protocolos de Regulação Ambulatorial - Proctologia Adulto**: versão digital 2021. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 26 jul. 2021. (RegulaSUS). Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/regulasus/#regulasus-protocolos>. Acesso em: dia, mês abreviado e ano.

TelessaúdeRS-UFRGS 2021.  
Porto Alegre – RS.

**SUMÁRIO**

|  |    |
|--|----|
| PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL: PROCTOLOGIA ADULTO.....                | 3  |
| Mudanças da nova versão.....   | 4  |
| Protocolo 1 – Hemorroidas .....  | 5  |
| Protocolo 2 – Fissura Anal.....  | 6  |
| Protocolo 3 – Fístula Anal .....   | 7  |
| Protocolo 4 – Doença Pilonidal .....   | 8  |
| Protocolo 5 – Condiloma Acuminado, Verrugas Virais e Molusco Contagioso..... | 9  |
| Protocolo 6 – Suspeita de Neoplasia do Trato Gastrointestinal Inferior.....  | 10 |
| Protocolo 7 – Ostomias (Ileostomias e Colostomias) .....                     | 11 |
| Protocolo 8 – Diarreia.....  | 12 |
| Protocolo 9 – Constipação .....  | 13 |
| REFERÊNCIAS .....  | 14 |
| APÊNDICE – QUADROS AUXILIARES .....  | 17 |

## Protocolos de Regulação Ambulatorial: Proctologia Adulto

O protocolo de Proctologia Adulto será publicado *ad referendum*, conforme resolução CIB/RS 764/2014, como parte integrante da [Estratégia RegulaSUS](#) de otimização do acesso à atenção especializada. Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade Proctologia. Ressaltamos que outras situações clínicas ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas, incluindo a expectativa do médico assistente com o encaminhamento.

As informações do conteúdo descritivo mínimo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, além de contemplar a utilização dos recursos locais para avaliação e tratamento do caso. O resultado de exames complementares é uma informação importante para auxiliar o trabalho da regulação e deve ser descrito quando realizado pelo paciente. Sua solicitação consta no conteúdo descritivo mínimo de cada protocolo. Contudo, os referidos exames não são obrigatórios para os locais sem estes recursos e sua falta não impede a solicitação de consulta especializada.

**Pacientes com diagnóstico ou suspeita de neoplasia do canal anal ou colorretal devem ter preferência no encaminhamento e devem ser direcionados a serviços de Oncologia Cirurgia Coloproctologia. Pacientes com fístula anal com abscessos de repetição, doença diverticular com fístula colovesical, prolapso retal irreduzível e endometriose com acometimento colorretal grave devem ter preferência no encaminhamento para Proctologia, quando comparados com outras condições clínicas previstas nesses protocolos.**

Os pacientes com critérios para encaminhamento para Oncologia devem ser atendidos nas agendas oncológicas respeitando-se as referências regionais de cada município, conforme o Plano Estadual de Oncologia, resolução nº265/20 - CIB/RS. O nome das agendas oncológicas por especialidades ou sistemas pode variar de acordo com as referências regionais estabelecidas nos UNACONS/CACONS, estando apresentadas neste protocolo conforme a portaria SAES/MS nº 1.399, de 17 de dezembro de 2019.

Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência (como obstrução intestinal aguda, episódio de hematoquezia/melena aguda, hemorroida encarcerada) são contempladas nesses protocolos. Entretanto, ressaltamos que existem muitas outras condições que não foram contempladas. É responsabilidade do médico assistente tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação.

---

**Atenção:** oriente o paciente para que leve, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos em uso e os exames complementares recentes.

---

Elaborado em 08 de novembro de 2016.

Última revisão em 26 de julho de 2021.

## Mudanças da nova versão

- Inclusão de quatro novos protocolos:
  - Protocolo 4 – Doença pilonidal
  - Protocolo 7 – Ostomias (Ileostomias e Colostomias)
  - Protocolo 8 – Diarreia
  - Protocolo 9 – Constipação
- No protocolo 1 (Hemorroidas):
  - inclusão de condições que indicam encaminhamento para urgência/emergência;
  - expansão das orientações de tratamento conservador na APS (inclusão do quadro 2).
- No protocolo 2 (Fissura anal):
  - inclusão de quadro auxiliar para tratamento de fissura anal (quadro 3).
- No Protocolo 5 (Condiloma Acuminado, Verrugas Virais e Molusco Contagioso):
  - inclusão de Molusco Contagioso;
  - expansão dos critérios de encaminhamento para dermatologia e inclusão de critérios para referenciamento à obstetrícia.
- No Protocolo 6 (Suspeita de Neoplasia do Trato Gastrointestinal Inferior):
  - atualização das indicações de encaminhamento e mudança nas condições que indicam especialidades específicas, com inclusão da Oncologia;
  - modificação do quadro 4 para acompanhamento de lesões pré-malignas colorretais.
  - inclusão do quadro 5, para rastreamento com colonoscopia em pessoas com risco aumentado de câncer colorretal.

## Protocolo 1 – Hemorroidas

---

**Atenção:** para pacientes com hemorroidas e que apresentam sintomas sugestivos de malignidade (sangramento crônico intestinal não decorrente a doença orifical, anemia por deficiência de ferro sem causa definida após investigação na APS, massa abdominal com topografia colônica ou retal, alteração de hábito intestinal persistente, dor abdominal/retal, tenesmo, febre persistente, emagrecimento, história familiar de neoplasia colorretal), consultar o [Protocolo 6 - Suspeita de neoplasia no trato gastrointestinal inferior](#).

---

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- hemorroida encarcerada.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Proctologia:

- hemorroida interna ([quadro 1](#)), externa ou mista que persiste sintomática após tratamento clínico otimizado<sup>1</sup> por 2 meses ([quadro 2](#)).

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever inspeção anal e toque retal);
2. classificação das hemorroidas (interna, externa ou mista) e classe das hemorroidas internas (grau I a IV);
3. tratamentos já realizados para hemorroidas (tratamento conservador com tempo de duração e procedimentos, quando realizados);
4. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

---

<sup>1</sup>Tratamento clínico otimizado é definido como suplementação alimentar de fibras e aumento de ingestão hídrica, banho de assento, evitar uso de papel higiênico. Mais informações sobre tratamento no [quadro 2](#).

## Protocolo 2 – Fissura Anal

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Proctologia:

- fissura anal com comorbidade orifical cirúrgica (fístula);
- fissura anal recorrente/refratária ao tratamento clínico otimizado por 2 meses ([quadro 3](#))<sup>1</sup>.

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever inspeção anal e toque retal);
2. presença de comorbidades orificiais (sim ou não). Se sim, descreva qual e o tratamento realizado;
3. presença de alteração de hábito intestinal (sim ou não). Se sim descreva qual a alteração, tempo de evolução e presença de outros sintomas associados;
4. tratamentos já realizados para fissura anal (tratamento conservador e farmacológico com tempo de duração);
5. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

---

<sup>1</sup>Tratamento clínico otimizado é definido como suplementação alimentar de fibras e aumento de ingesta hídrica, banho de assento, evitar uso de papel higiênico e tratamento medicamentoso. Mais informações sobre tratamento no [quadro 3](#).

## Protocolo 3 – Fístula Anal

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Proctologia:

- caso suspeito (secreção perianal persistente, abscessos anorretais recorrentes) ou confirmado de fístula anal.

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever inspeção anal e toque retal);
2. presença de comorbidades relevantes (sim ou não). Se sim descreva (ex: doença inflamatória intestinal, radioterapia pélvica);
3. anexar laudo de exames de imagem, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizados);
4. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

## Protocolo 4 – Doença Pilonidal

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- abscesso pilonidal na impossibilidade de drenagem cirúrgica na APS<sup>1</sup>.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Proctologia:

- cisto pilonidal crônico (com secreção seropurulenta persistente ou intermitente) ou recorrente (episódios recorrentes de abscesso pilonidal)<sup>2</sup>.

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever inspeção anal e toque retal);
2. presença de comorbidades orificiais (sim ou não). Se sim, descreva qual e o tratamento realizado;
3. tratamentos cirúrgicos já realizados para doença pilonidal;
4. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

---

<sup>1</sup>O abscesso pilonidal (fase aguda) deve ser drenado cirurgicamente, sem necessidade de encaminhamento na maioria dos casos. O procedimento pode ser realizado com anestesia local em nível primário de tratamento. Em abscessos muito extensos, pode ser necessário o emprego de bloqueio anestésico espinal, estando indicado o encaminhamento a serviço de urgência/emergência.

<sup>2</sup>Não há indicação de tratamento cirúrgico em pacientes com doença pilonidal assintomática ou após resolução do primeiro episódio de abscesso pilonidal.

## Protocolo 5 – Condiloma Acuminado, Verrugas Virais e Molusco Contagioso

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Proctologia:

- pacientes com condiloma acuminado em topografia anorretal com indicação de tratamento cirúrgico (lesões retais ou lesões perianais extensas ou muito numerosas).

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Dermatologia:

- verruga viral / condiloma acuminado (verruga genital ou perianal) ou molusco contagioso:
  - em paciente imunocomprometido, refratário ao tratamento por pelo menos 1 mês ou com progressão rápida no número de lesões;
  - em paciente imunocompetente, refratário ao tratamento por pelo menos 3 meses;
  - lesões faciais (exceto verrugas planas).

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Ginecologia:

- mulher com condiloma acuminado (verruga viral genital e perianal) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões extensas ou muito numerosas).

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Urologia:

- homem com condiloma acuminado (verruga viral genital) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões extensas, muito numerosas ou associadas a fimose);
- homens ou mulheres com condilomas junto ao meato uretral ou em uretra distal.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-natal de Alto Risco):

- gestante com condiloma acuminado (verruga viral genital e perianal) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões que obstruem o canal do parto, lesões extensas ou numerosas – maiores que 20 cm<sup>2</sup>);
- gestante com condiloma acuminado no canal vaginal ou colo uterino.

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição da lesão (incluir características morfológicas da lesão, localização, número, tempo de evolução, extensão e toque retal quando condiloma anorretal);
2. resultado de anti-HIV ou teste rápido para HIV, com data;
3. tratamento prévio realizado (descrever medicamentos, duração, número de aplicações, se ácido tricloroacético, com data);
4. se mulher em idade fértil, trata-se de gestante (sim ou não);
5. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

---

**Atenção:** é recomendado investigar outras ISTs em pessoas que apresentam condiloma acuminado. Oferecer testagem para sífilis e HIV no momento do diagnóstico e em 4-6 semanas após o diagnóstico, e para hepatite B e C no diagnóstico, além de PCR para Clamídia e Gonococo, se disponível. O uso de testes rápidos deve ser sempre preconizado.

## Protocolo 6 – Suspeita de Neoplasia do Trato Gastrointestinal Inferior

---

**Sinais de alarme:** dor abdominal/retal ou tenesmo sem outra origem identificada, mudança de hábito intestinal persistente, emagrecimento involuntário, massa abdominal palpável em topografia colônica ou retal, sangramento retal não atribuível à doença orificial, anemia por deficiência de ferro sem causa presumível.

---

### Condições clínicas que indicam a necessidade de colonoscopia na APS:

- hematoquezia persistente não atribuível a doença orificial;
- hematoquezia em paciente acima de 50 anos;
- hematoquezia com sinais de alarme para neoplasia colorretal;
- episódio de melena após exclusão de origem do sangramento no trato gastrointestinal superior;
- anemia ferropriva (hemoglobina < 13 g/dL em homens ou < 12 g/dL em mulheres) sem causa definida após investigação inicial na APS;
- sintomas ou sinais de alarme para neoplasia colorretal;
- acompanhamento de lesões pré-malignas (pólipos) em colonoscopia prévia ([quadro 4](#));
- rastreamento de paciente com história familiar de primeiro grau de câncer colorretal ou Polipose Adenomatosa Familiar ([quadro 5](#)).

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oncologia Cirurgia Coloproctologia:

- diagnóstico histopatológico de neoplasia maligna de cólon;
- massa abdominal em topografia colônica identificada em exame de imagem;
- suspeita (massa anal/retal ou úlcera anal persistente) ou diagnóstico de neoplasia maligna de reto ou canal anal.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Gastroenterologia:

- pacientes com indicação de colonoscopia na impossibilidade de realizar o exame na APS;
- acompanhamento de lesões pré-malignas de maior potencial neoplásico ([quadro 4](#)).

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Oncologia Clínica e Quimioterapia:

- paciente com neoplasia colorretal avançada, com metástase(s) à distância.

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (incluir exame físico abdominal e toque retal);
2. resultado de hemograma, com data (se anemia, descrever hemoglobina, VCM, ferro e ferritina);
3. resultado de pesquisa de sangue oculto nas fezes, se realizado, com data;
4. anexar laudo de exame de imagem, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
5. anexar laudo de colonoscopia e/ou anatomopatológico, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados com data (se realizado);
6. história de câncer colorretal em familiar de primeiro grau. Se sim, informar a idade do familiar ao diagnóstico;
7. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

## Protocolo 7 – Ostomias (Ileostomias e Colostomias)

---

Há referências regionais pactuadas para as situações descritas neste protocolo. Entrar em contato com sua secretaria municipal de saúde para identificar o local de referência para o município.

Intercorrências que necessitam avaliação com especialidade cirúrgica, como disfunções da sonda ou necessidade de troca da sonda, devem ser manejadas no serviço que realizou a cirurgia inicial.

---

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Proctologia ou Cirurgia do Aparelho Digestivo:

- necessidade de reversão de ileostomia ou colostomia<sup>1</sup>.

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. quadro clínico (motivo da realização do procedimento, comorbidades, achados do exame físico considerados importantes para avaliação clínica – estado nutricional, hidratação e medicações);
2. tratamentos prévios realizados (especialmente se procedimentos cirúrgicos: tipo, data e serviço em que foi realizado);
3. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

---

<sup>1</sup>O fechamento deve ser adiado até que a resolução da condição subjacente ocorra, o estado de saúde do paciente esteja recuperado e a necessidade de desvio do trânsito intestinal não exista mais. O serviço que realizou a cirurgia inicial é preferencialmente o indicado para reversão da ileostomia ou colostomia. Pacientes com ileostomias ou colostomias sem vínculo com a instituição de base podem ser encaminhados para média complexidade por meio de contato da SMS com a CRA/RS.

## Protocolo 8 – Diarreia

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Gastroenterologia:

- diarreia crônica (mais de 4 semanas) na impossibilidade de realizar diagnóstico ou tratamento na APS ([quadro 6](#));
- suspeita ou diagnóstico de doença inflamatória intestinal ([quadro 6](#)).

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Gastroenterologia ou Proctologia:

- alteração de hábito intestinal em pessoa com suspeita de neoplasia maligna<sup>1</sup> na impossibilidade de solicitar colonoscopia na APS.

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (número de evacuações, se há muco, pus ou sangue nas fezes, sintomas persistentes ou intermitentes, se há sintomas constitucionais, anemia ou emagrecimento);
2. tratamentos prévios e atuais para os sintomas;
3. resultado de exame parasitológico de fezes, coprocultura, leucócitos fecais, sangue oculto nas fezes, hemograma e anti-HIV (ou teste rápido para HIV), com data;
4. anexar laudo de exame de imagem, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
5. história familiar de câncer colorretal (sim ou não). Se sim, indicar o grau de parentesco e a idade que este apresentou o câncer colorretal;
6. anexar laudo de endoscopia digestiva alta ou colonoscopia, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizada);
7. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

---

<sup>1</sup>Suspeita de neoplasia maligna: sangramento crônico intestinal não decorrente a doença orifical, anemia por deficiência de ferro sem causa definida após investigação na APS, massa abdominal com topografia colônica ou retal, alteração de hábito intestinal persistente, dor abdominal/retal, tenesmo, febre persistente, emagrecimento, história familiar de neoplasia colorretal.

## Protocolo 9 – Constipação

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Gastroenterologia:

- constipação sem melhora após 12 semanas de tratamento otimizado<sup>1</sup> na APS.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Gastroenterologia ou Proctologia:

- alteração de hábito intestinal em pessoa com suspeita de neoplasia maligna<sup>2</sup> na impossibilidade de solicitar colonoscopia na APS.

### Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas;
2. tratamento não farmacológico (por exemplo: uso de fibras) e farmacológico já realizados para constipação ([quadro 7](#));
3. resultado da pesquisa de sangue oculto nas fezes, hemograma, glicemia e TSH, com data;
4. anexar laudo de colonoscopia, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizada);
5. anexar laudo de exame de imagem, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
6. história familiar de câncer colorretal (sim ou não)? Se sim, indicar o grau de parentesco e a idade que este apresentou o câncer colorretal;
7. número da teleconsulta, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

---

<sup>1</sup>Tratamento otimizado é definido como dieta rica em fibras associada à ingestão hídrica adequada, com aumento no uso de alimentos com efeito laxante e redução daqueles com efeito constipante, considerando o uso de laxantes e manejo adequado de possíveis causas secundárias. Mais informações do tratamento no [quadro 7](#).

<sup>2</sup>Suspeita de neoplasia maligna: sangramento crônico intestinal não decorrente de doença orifical, anemia por deficiência de ferro sem causa definida após investigação na APS, massa abdominal com topografia colônica ou retal, alteração de hábito intestinal persistente, dor abdominal/retal, tenesmo, febre persistente, emagrecimento e história familiar de neoplasia colorretal.

## Referências

ACHESON, A. G.; SCHOLEFIELD, J. H. Management of hemorrhoids. **British Medical Journal**, London, v. 336, n. 7640, p. 380-383, Feb. 2008. Doi 10.1136/bmj.39465.674745.80.

AUBÉ, M.; MCCAMMON, K. A. **Male adult circumcision**. Waltham (MA): UpToDate, 29 July 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/male-adult-circumcision>. Acesso em: 26 jul. 2021.

BLEDAY, R. **Anal fissure: medical management**. Waltham (MA): UpToDate, 24 Feb. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/anal-fissure-medical-management>. Acesso em: 26 jul. 2021.

BLEDAY, R.; BREEN, E. **Home and office treatment of symptomatic hemorrhoids**. Waltham (MA): UpToDate, 7 Oct. 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/home-and-office-treatment-of-symptomatic-hemorrhoids>. Acesso em: 26 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Rede nacional de câncer familiar: manual operacional**. Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Cancer\\_Familiar\\_fim.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Cancer_Familiar_fim.pdf). Acesso em: 26 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. **Portaria SAES/MS nº 1399, de 17 de dezembro de 2019**. Redefine os critérios e parâmetros referenciais para a habilitação de estabelecimentos de saúde na alta complexidade em oncologia no âmbito do SUS. Brasília, DF, 17 dez. 2019. Disponível em: [https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//portaria\\_1399\\_17dez2019.pdf](https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//portaria_1399_17dez2019.pdf). Acesso em: 26 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>. Acesso em: 26 jul. 2021.

DAVIS, B. R. *et al.* The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Hemorrhoids. **Diseases of the Colon and Rectum**, Philadelphia (PA), v. 61, n. 3, p. 284-292, 2018. Doi 10.1097/DCR.0000000000001030.

DUNCAN, B. B. *et al.* (ed.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

DYNAMED. **Record No. T114205, pilonidal disease**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 1995 [atual. 30 nov. 2018]. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T114205>. Acesso em: 26 jul. 2021.

DYNAMED. **Record No. T114891, chronic diarrhea**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 1995 [atual. 30 nov. 2018]. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T114891>. Acesso em: 26 jul. 2021.

ELLIS, C. N. **Anal fissure: surgical management**. Waltham (MA): UpToDate, 22 Mar. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/anal-fissure-surgical-management>. Acesso em: 26 jul. 2021.

GUPTA, S. *et al.* Recommendations for follow-up after colonoscopy and polypectomy: a consensus update by the US multi-society task force on colorectal cancer. **Gastrointestinal Endoscopy**, Saint Louis (MO), v. 91, n. 3, p. 463-485, Mar. 2020. Doi 10.1016/j.gie.2020.01.014.

HASSAN, C. *et al.* Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline: update 2020. **Endoscopy**, Stuttgart, v. 52, n. 8, p. 687-700, Aug. 2020. Doi 10.1055/a-1185-3109.

JAKUBAUSKAS, M.; POSKUS, T. Evaluation and management of hemorrhoids. **Diseases of the Colon and Rectum**, Philadelphia (PA), v. 63, n. 4, p. 420-424, Apr. 2020. Doi 10.1097/DCR.0000000000001642.

JOHNSON, E. K. **Pilonidal disease**. Waltham (MA): UpToDate, 13 Jan. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/pilonidal-disease>. Acesso em: 26 jul. 2021.

MACRAE, F. A. **Overview of colon polyps**. Waltham (MA): UpToDate, 18 Feb. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-colon-polyps>. Acesso em: 26 jul. 2021.

MACRAE, F. A.; PARIKH, A. R.; RICCIARDI, R. **Clinical presentation, diagnosis, and staging of colorectal cancer**. Waltham (MA): UpToDate, 16 June 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-diagnosis-and-staging-of-colorectal-cancer>. Acesso em: 26 jul. 2021.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. **Colorectal cancer**. London: NICE, 13 Aug. 2012 [atual. 29 jan. 2020]. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs20>. Acesso em: 26 jul. 2021.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. **Suspected cancer: recognition and referral**. London: NICE, 23 June 2015 [atual. 29 jan. 2021]. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng12>. Acesso em: 26 jul. 2021.

PERRY, W. B. *et al.* Practice parameters for the management of anal fissures (3rd revision). **Diseases of the Colon and Rectum**, Philadelphia (PA), v. 53, n. 8, p. 1110-5, Aug. 2010. Doi 10.1007/DCR.0b013e3181e23dfe.

RAMSEY, S. D.; GRADY, W. M. **Screening for colorectal cancer in patients with a family history of colorectal cancer or advanced polyp**. Waltham (MA): UpToDate, 25 May 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/screening-for-colorectal-cancer-in-patients-with-a-family-history-of-colorectal-cancer-or-advanced-polyp>. Acesso em: 26 jul. 2021.

RIVADENEIRA, D. E. *et al.* Practice parameters for the management of hemorrhoids (revised 2010). **Diseases of the Colon and Rectum**, Philadelphia (PA), v. 54, n. 9, p. 1059-64, Sep. 2011. Doi 10.1097/DCR.0b013e318225513d.

ROHDE, L.; OSVALDT, A. B. (ed.). **Rotinas em cirurgia digestiva**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

ROSEN, T. **Condylomata acuminata (anogenital warts) in adults: epidemiology, pathogenesis, clinical features, and diagnosis**. Waltham (MA): UpToDate, 17 Mar. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/condylomata-acuminata-anogenital-warts-in-adults-epidemiology-pathogenesis-clinical-features-and-diagnosis>. Acesso em: 26 jul. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA; COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES. **Fissura anal: manejo**. São Paulo: Associação Médica Brasileira; Conselho Federal de Medicina, 5 mar. 2008. (Projeto Diretrizes). Disponível em: [http://www.projetodiretrizes.org.br/8\\_volume/32-Fissure.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/8_volume/32-Fissure.pdf). Acesso em: 26 jul. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA. **Hemorroida: manejo não-cirúrgico**. São Paulo: Associação Médica Brasileira; Conselho Federal de Medicina, 31 jan. 2006. (Projeto Diretrizes). Disponível em: [http://projetodiretrizes.org.br/4\\_volume/15-Hemorroida.pdf](http://projetodiretrizes.org.br/4_volume/15-Hemorroida.pdf). Acesso em: 26 jul. 2021.

STEWART, D. B. **Anal fissure**: clinical manifestations, diagnosis, prevention. Waltham (MA): UpToDate, 25 Jan. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/anal-fissure-clinical-manifestations-diagnosis-prevention>. Acesso em: 26 jul. 2021.

STEWART, D. B. *et al.* Clinical practice guideline for the management of anal fissures. **Diseases of the Colon and Rectum**, Philadelphia (PA), v. 60, n. 1, p. 7-14, Jan. 2017. Doi 10.1097/DCR.0000000000000735.

PERENCEVICH, M.; SALTZMAN, J. R. **Evaluation of occult gastrointestinal bleeding**. Waltham (MA): UpToDate, 13 July 2020. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-occult-gastrointestinal-bleeding>. Acesso em: 26 jul. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Protocolos de encaminhamento para Cirurgia Geral Adulto**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 7 dez. 2020. Disponível em: [https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos\\_resumos/Protocolo\\_Cirurgia\\_geral.pdf](https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/Protocolo_Cirurgia_geral.pdf). Acesso em: 26 jul. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Protocolos de encaminhamento para Oncologia Adulto**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 4 mar. 2021. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/regulasus/#regulasus-protocolos>. Acesso em: 26 jul. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS-UFRGS. **Telecondutas**: fissura anal: versão digital 2018. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 12 jan. 2018 [atual. 12 nov. 2018]. Disponível em: [https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc\\_fissura\\_anal.pdf](https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc_fissura_anal.pdf). Acesso em: 26 jul. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS-UFRGS. **Telecondutas**: hemorroidas: versão digital 2018. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2018. Disponível em: [https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc\\_hemorroidas.pdf](https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc_hemorroidas.pdf). Acesso em: 26 jul. 2021.

## Apêndices – quadros auxiliares

**Quadro 1** – Classificação das hemorroidas internas.

| Grau | Apresentação Clínica   |
|------|--|
| I    | Sangramento, sem prolapso durante a evacuação.                             |
| II   | Prolapso à evacuação, com redução espontânea para o canal anal.            |
| III  | Prolapso à evacuação, com necessidade de redução manual para o canal anal. |
| IV   | Sempre prolapsadas, redução manual inefetiva.                              |

Fonte: Duncan *et.al.* (2013).

**Quadro 2** – Tratamento clínico da doença hemorroidária.

| Tratamento conservador   |   |
|--|---|
| - banhos de assento: imersão em água morna utilizando bacia ou banheira durante 10 a 15 minutos, 2 a 4 vezes ao dia e após a evacuação;<br>- aumento da ingesta hídrica (1,5 a 2 L ao dia);<br>- aumento de fibras na dieta (ingesta de 20 a 35 g ao dia);<br>- evitar uso de papel higiênico, dando preferência à limpeza com água morna e sabonetes neutros. |   |
| Manejar constipação (se presente - <a href="#">quadro 7</a> )  |   |
| Tratamento medicamentoso   |   |
| Sintomáticos tópicos (anestésicos, anti-inflamatórios e adstringentes) <sup>1</sup>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• se sintomas presumivelmente decorrentes de mamilos hemorroidários internos, preferir formulações em formato supositório (ex: Proctyl®);</li> <li>• se recursos limitados: lidocaína gel isolada 3 a 4 vezes ao dia, conforme necessidade;</li> <li>• formulações disponíveis em farmácias:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>■ cinchocaína + policresuleno<sup>1</sup>: Proctyl®;</li> <li>■ lidocaína + associações: Proctosan®, Hemovirtus®;</li> <li>■ lidocaína + fluocortolona: Ultraproct®;</li> <li>■ lidocaína + hidrocortisona: Xyloproct®.</li> </ul> </li> </ul> |
| Agentes venoativos (diosmina, hesperidina, flavonoides) <sup>2</sup>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• podem melhorar tônus venoso e diminuir sintomas agudos e sua recorrência;</li> <li>• diosmina 450mg + flavonoides hesperidina 50mg 1 comprimido, por via oral, de 12 em 12 horas (durante a crise pode ser usado 1 comprimido de 6 em 6 horas).                             <ul style="list-style-type: none"> <li>■ formulações disponíveis em farmácias:                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perivasc®, Flavonid®, Daflon®, Diosmin®, Venaflon®, Venovaz®.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>   |
| Manejo de quadros agudos   |   |
| Trombose hemorroidária   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• banhos de assento, analgesia (incluindo AINE<sup>3</sup>), suplementação de fibras e agentes tópicos;</li> <li>• se trombos grandes e muito dolorosos: incisão sob anestesia para sua retirada (se médico se sentir confortável e apto, o procedimento pode ser realizado na APS);</li> <li>• se necrose: encaminhar para avaliação com especialista em caráter de urgência.</li> </ul>  |
| Crise hemorroidária  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• analgesia oral (incluindo AINE<sup>3</sup>) e banhos de assento;</li> <li>• se muitos dias de duração ou nenhum alívio com o tratamento clínico: encaminhar para avaliação com especialista em caráter de urgência.</li> </ul>   |

<sup>1</sup>Preferido por ser o único que não contém corticoide. Evitar formulações com corticoide já que seu uso indiscriminado pode acarretar outros problemas perianais.

<sup>2</sup>Evidências científicas limitadas sobre o benefício.

<sup>3</sup>AINE = anti-inflamatório não esteroidal. Utilizar desde que não haja contraindicação.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021).

**Quadro 3 – Tratamento clínico da fissura anal.**

|  |  |
|--|--|
| Fissuras agudas                                | <p>Medidas iniciais<sup>1</sup>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● banhos de assento: imersão em água morna utilizando bacia ou banheira durante 10 a 15 minutos, 2 a 4 vezes ao dia e após a evacuação;</li> <li>● aumento da ingesta hídrica (1,5 a 2 L ao dia);</li> <li>● aumento de fibras na dieta (ingesta de 20 a 35 g ao dia);</li> <li>● evitar uso de papel higiênico, dando preferência à limpeza com água morna e sabonetes neutros.</li> </ul>  |
| Persistência dos sintomas ou fissuras crônicas | <ul style="list-style-type: none"> <li>● medidas iniciais<sup>1</sup>;</li> <li>● tratamento medicamentoso tópico<sup>2</sup> sobre a fissura e no canal anal (dose para manipulação do medicamento):           <ul style="list-style-type: none"> <li>■ bloqueadores de canal de cálcio:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ nifedipina 0,2 a 0,3%, 2 a 4 vezes ao dia, por 8 semanas<sup>3</sup>;</li> <li>○ diltiazem 2%, 3 vezes ao dia, por 8 semanas<sup>3</sup>.</li> </ul> </li> <li>■ doadores de óxido nítrico:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ dinitrato de isossorbida 1%, 2 vezes ao dia por 8 semanas<sup>3</sup>, intra-anal;</li> <li>○ trinitrato de glicerina 0,2%, 2 vezes ao dia por 8 semanas<sup>3</sup>, intra-anal.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> |
| Manejo da constipação (se presente)            | Ver <a href="#">quadro 7</a> .   |

<sup>1</sup>Essas medidas têm resultado clínico superior ao uso isolado de anestésicos tópicos locais, como lidocaína 2%, ou de corticoides tópicos;

<sup>2</sup>Promovem o relaxamento da musculatura do esfíncter anal interno, permitindo o início e a passagem das fezes sem trauma e alívio a dor;

<sup>3</sup>Se melhora parcial, o tempo pode ser estendido além de 8 semanas ou pode-se trocar a classe da medicação em uso.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021).

**Quadro 4** – Acompanhamento de lesões pré-malignas colorretais com colonoscopia.

**Atenção:** as recomendações abaixo são para pacientes com colonoscopia realizada e completa (até o ceco ou íleo, com bom preparo intestinal) e com lesões ressecadas (não apenas biopsiadas).

| <b>Tipo histológico</b>                             | <b>Seguimento recomendado</b>   | <b>Nível de atenção recomendado</b> |
|---|---|-------------------------------------|
| <b>LESÕES ADENOMATOSAS</b>                          |   |                                     |
| 1 a 2 adenomas < 10 mm com displasia de baixo grau  | 10 anos. Após a primeira colonoscopia, considerar rastreamento com PSOF em 10 anos, conforme avaliação clínica. | APS                                 |
| 3 a 4 adenomas < 10mm com displasia de baixo grau   | 10 anos   | APS                                 |
| ≥1 adenoma ≥ 10 mm                                  | 3 anos  | APS                                 |
| 5 ou mais adenomas (independente de tamanho)        | 3 anos  | Atenção Especializada*              |
| Adenoma com displasia de alto grau                  | 3 anos  | Atenção Especializada*              |
| Ressecção em partes de adenoma ≥ 20mm               | 6 meses   | Atenção Especializada*              |
| <b>LESÕES NÃO ADENOMATOSAS</b>                      |   |                                     |
| Pólipos hiperplásicos < 10 mm                       | Sem seguimento com colonoscopia. Considerar rastreamento com PSOF em 10 anos, conforme avaliação clínica.       | APS                                 |
| Até 4 pólipos serrilhados < 10 mm sem displasia     | 10 anos   | APS                                 |
| Pólipo hiperplásico ≥ 10mm                          | 3 anos  | APS                                 |
| 5 ou mais pólipos serrilhados < 10 mm sem displasia | 3 anos  | Atenção Especializada*              |
| Pólipo serrilhado ≥ 10 mm ou com displasia          | 3 anos  | Atenção Especializada*              |

PSOF = pesquisa de sangue oculto nas fezes; APS = Atenção Primária à Saúde.

\*O encaminhamento à atenção especializada visa a realização da colonoscopia em centro de referência, visto que profissionais experientes e melhores equipamentos aumentam a taxa de detecção de câncer colorretal. O encaminhamento deverá ser realizado no momento oportuno, conforme o intervalo indicado para o seguimento.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021), adaptado de Gupta *et al.* (2020) e Hassan *et al.* (2020).

**Quadro 5 – Rastreamento com colonoscopia em pessoas com risco aumentado de câncer colorretal.**

| Idade do familiar de primeiro grau ao diagnóstico   | Idade de início do rastreamento   |
|---|---|
| <b>CÂNCER COLORRETAL</b>  |   |
| ≥ 60 anos.  | Aos 50 anos.  |
| < 60 anos.  | Aos 40 anos ou 10 anos antes da idade do familiar mais jovem ao diagnóstico (o que vier antes). |
| Qualquer idade, se DOIS familiares de primeiro grau acometidos.   | Aos 40 anos ou 10 anos antes da idade do familiar mais jovem ao diagnóstico (o que vier antes). |
| <b>POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR</b>  |   |
| Qualquer idade, se familiar com diagnóstico confirmado de Polipose Adenomatosa Familiar (múltiplos pólipos colorretais, em geral acima de 100). | A partir dos 10 anos.   |

Observação: atualmente não há recomendação do Ministério da Saúde ou política pública nacional de rastreamento populacional de câncer colorretal para pessoas de risco médio.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021), adaptado de Ramsey e Grady (2021).

**Quadro 6 – Avaliação da diarreia crônica.**

|   |
|---|
| Avaliação inicial: anamnese e exame físico; hemograma, glicemia, TSH, anti-HIV (ou teste rápido para HIV), EPF, coprocultura, leucócitos fecais, pesquisa de sangue oculto.   |
| Tratamentos empíricos: teste de restrição de lactose e derivados, tratar parasitoses.   |
| Características clínicas das principais causas de diarreia crônica:   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Parasitoses/infecções:</b> variáveis conforme o parasita. Sintomas inespecíficos, moradores de áreas endêmicas, eosinofilia. Giardíase: náusea, estufamento/empachamento.</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Intolerância à lactose:</b> dor abdominal, flatulência, náusea e diarreia após ingestão de alimentos que contenham lactose. O diagnóstico pode ser feito clinicamente, pela melhora clínica após exclusão de produtos contendo lactose por 3 semanas e subsequente retorno dos sintomas após reintrodução desses alimentos. O teste de absorção da lactose pode auxiliar e corroborar o diagnóstico.</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Doença inflamatória intestinal:</b> emagrecimento, febre, pus ou sangue nas fezes, tenesmo, artrite, anemia, alteração de provas inflamatórias (VHS/VSG ou proteína C reativa).</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Síndrome do intestino irritável:</b> dor abdominal recorrente, associada às evacuações e a uma mudança na frequência ou consistência das evacuações, sem sinais de alarme, exames normais (geralmente é desnecessária investigação ampla).</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Síndrome de má absorção:</b> emagrecimento, desnutrição, hipoalbuminemia, edema, deficiências vitamínicas e nutricionais (por exemplo: ferro, vitamina D, vitamina B12).</li> </ul>   |

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021).

**Quadro 7 – Tratamento da constipação intestinal em adultos na Atenção Primária à Saúde (APS).**

|   |
|---|
| <b>Modificações da dieta:</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• dieta rica em fibras associada à ingestão hídrica adequada, com aumento no uso de alimentos com efeito laxante<sup>1</sup> e redução daqueles com efeito constipante<sup>2</sup>.</li></ul>   |
| <b>Modificações do estilo de vida:</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• explicar sobre o reflexo gastrocólico: causa vontade de evacuar mais frequentemente após as refeições, sendo importante percebê-lo e, sempre que possível, não inibir a vontade evacuatória.</li></ul>  |
| <b>Suplementação de fibras:</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• aveia, farelo de trigo, farinha de linhaça (2 a 4 colheres de sopa dissolvidos em água, suco ou iogurte);</li><li>• agentes formadores de bolo fecal como psyllium e metilcelulose (1 a 2 colheres de sopa ao dia), havendo uma série de apresentações comerciais disponíveis.</li></ul>  |
| <b>Uso de laxativos osmóticos<sup>3</sup>:</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• leite de magnésia: 2 a 4 colheres de sopa, divididas em 1 a 3 vezes ao dia, em horários distantes das refeições principais;</li><li>• lactulose: 15 a 30 mL ao dia, pela manhã ou à noite;</li><li>• PEG (macrogol) – Muvinalax® ou PegLax®: 1 a 2 sachês ao dia.</li></ul>   |
| <b>Excluir causas secundárias de constipação:</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• medicamentos: anticolinérgicos, antidepressivos, anti-histamínicos, anticonvulsivantes, bloqueadores do canal de cálcio, clonidina, diuréticos, ferro, anti-inflamatórios, opioides.</li><li>• condições clínicas: hipotireoidismo, hipercalcemia, hiperparatireoidismo, diabetes, doença de Parkinson, esclerose múltipla, depressão, ansiedade, distúrbios anorretais, câncer de cólon.</li></ul> |

<sup>1</sup>Alimentos laxantes: abacaxi, ameixa, maçã com casca, mamão, manga, melancia, cajá, umbu, acerola, cacau, aveia, farelo de trigo, milho, laranja com bagaço, feijão, lentilha, soja, grão de bico, semente de linhaça, abóbora, abobrinha, verduras cruas, arroz integral, pão integral, vagem, pepino, figo, folhas (alface, agrião, rúcula).

<sup>2</sup>Alimentos constipantes: farinhas refinadas presentes no macarrão, pão branco, arroz branco, biscoitos refinados, bem como batata, mandioca, tapioca, batata doce, mandioquinha, cuscuz, alimentos industrializados em geral (ultraprocessados).

<sup>3</sup>Indicados para pacientes que não respondem às medidas acima ou que não toleram o uso de fibras.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2021).

Secretaria Estadual da Saúde-RS  
[www.saude.rs.gov.br](http://www.saude.rs.gov.br)

---

Atendimento para médicos, enfermeiros e dentistas da APS  
do Brasil para esclarecer dúvidas ligue:



**0800 644 6543**