



Protocolo singularizado para o Município de ITU

PROCTOLOGIA

Organização e Elaboração

Departamento de Regulação da Saúde Unidade de Gestão
de Promoção da Saúde

2023



Secretaria Municipal
de Saúde



Guilherme Gazzola
Prefeito Municipal

Janaina Guerino de Camargo
Secretária Municipal de Saúde

Dra. Cláudia Cristina Pinton Magaldi
Gestora médica

Dr. Fabiano C. B. Ralid
Coordenador Médico do Ambulatório de Especialidades Médicas

Dra. Nádia Ricci Guilger
Médica Proctologista do Ambulatório de Especialidades Médicas

Erica J. de Castro Tuani
Coordenação de Enfermagem do Ambulatório de Especialidades Médicas

Sumário

APRESENTAÇÃO	5
FLUXO DE ATENDIMENTO	7
Priorização	7
DOENÇAS E/OU MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA	9
Sobre As Doenças E/Ou Motivos De Encaminhamento Para Consulta	9
1. Hemorróidas	9
2. Fissura anal	10
3. Fistula anal.....	10
4. Condiloma acuminado / verrugas genitais	10
5. Suspeita de neoplasia do gastrointestinal inferior	11
6. Doença pilonidal.....	13
7. Ostomias(colostomias ou ileostomias).....	14
8. Diarréia	14
QUADROS AUXILIARES.....	16
REFERÊNCIAS	22

APRESENTAÇÃO

A **Atenção Básica** se caracteriza como porta de entrada primordial aos serviços de saúde do SUS e como locus privilegiado de gestão do cuidado dos usuários e cumpre papel estratégico nas redes de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade.

Portanto, é importante que a Atenção Básica seja altamente resolutiva, o que depende da capacidade clínica e de cuidado de suas equipes, do grau de incorporação de tecnologias duras (diagnósticas e terapêuticas) e da articulação da Atenção Básica com outros pontos da rede de saúde.

O **Serviço Especializado** (ou secundário) é marcado por diferentes gargalos no que se refere ao seu acesso, em especial no que se refere ao dimensionamento e organização das ofertas em função da própria resolutividade da atenção básica.

Para que estes gargalos sejam superados é preciso organizar estratégias que impactem na Atenção Básica, nos processos de *Regulação do Acesso* (desde os serviços solicitantes até as Centrais de Regulação), bem como na organização da Atenção Especializada.

A **Regulação da Assistência à Saúde** visa ordenar o acesso às ações e serviços de saúde, priorizando consultas e procedimentos em saúde em tempo oportuno.

Para este ordenamento são necessárias informações clínicas mínimas que permitam determinar esta necessidade. Neste sentido, o desenvolvimento de protocolos para os principais motivos de encaminhamento de cada especialidade ou para os principais procedimentos solicitados facilita a ação de regulação e colabora com uma melhor qualificação das indicações/solicitações médicas.

A oferta deste protocolo é mais uma estratégia para aumentar a ampliação do cuidado clínico, resolutividade, capacidade de coordenação do cuidado e a legitimidade social da atenção primária. Serve como subsídio para uma triagem clínica mais qualificada dos encaminhamentos desnecessários, colaborando com a priorização do acesso dos pacientes às consultas e/ou procedimentos.

Por fim, tendo como objetivo essencial o melhor uso dos recursos em saúde, além de impedir deslocamentos desnecessários, trazendo eficiência e equidade à gestão da demanda reprimida.

Complementarmente, a regulação deve servir de filtro aos encaminhamentos desnecessários, devendo selecionar o acesso dos pacientes às consultas e/ou procedimentos apenas quando eles apresentem indicação clínica para realizá-los.

Essa ação de filtro deve provocar a ampliação do cuidado clínico e da resolutividade na Atenção Básica (AB), evitando a exposição dos pacientes a consultas e/ou procedimentos desnecessários (prevenção quaternária). Além disso, otimiza o uso dos recursos em saúde, impede deslocamentos desnecessários e traz maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera.

O cumprimento dessas funções depende, entretanto, do conhecimento de informações mínimas do paciente para determinar a necessidade da consulta no serviço ou do procedimento especializado, incluindo a respectiva classificação de risco do problema de saúde em questão.

Neste sentido, o desenvolvimento de protocolos para os principais motivos de encaminhamento de cada especialidade ou para os principais procedimentos solicitados facilita a ação da regulação.

Os protocolos de encaminhamento têm por objetivo responder a duas questões principais ao médico regulador e orientar os profissionais que atuam na AB. As duas questões chave são:

1. O paciente tem indicação clínica para ser encaminhado ao serviço especializado?

2. Quais são os pacientes com condições clínicas ou motivos de encaminhamento que devem ter prioridade de acesso? Para responder à primeira pergunta, é fundamental que a gestão, em parceria com a regulação e com os pontos de atenção envolvidos, estabeleça quais são, dentro de cada especialidade ou de cada motivo de encaminhamento, os pacientes que precisam ser avaliados pelo serviço especializado e aqueles que não têm necessidade de atendimento em outro nível de atenção e podem ser manejados na AB.

Algumas condições clínicas são do campo de atuação de mais de uma especialidade. Nesses casos, o médico regulador deve conhecer as características dos serviços de referência e, na medida do possível, redirecionar os encaminhamentos para as especialidades com maior resolutividade e/ou menor demanda. Aí, por suposto, desde que atendidos os princípios de responsabilização clínica, economia de escala e resolutividade do serviço de referência diante do problema encaminhado e, num plano posterior, o conforto de deslocamento do paciente.

A identificação de encaminhamentos fora dos protocolos ou imprecisos (com definição duvidosa) deve ser acompanhada, quando possível, de atividades de apoio matricial a partir dos núcleos de teles saúde e outras ações pedagógicas.

A recusa do encaminhamento equivocado, aliada à discussão do caso clínico em questão, pode ser ótimo instrumento de desenvolvimento profissional contínuo. Isso porque tal recusa é centrada na observação de uma necessidade concreta de aprendizado do médico da AB, com potencial de aumentar sua resolutividade no caso discutido e em questões futuras semelhantes.

FLUXO DE ATENDIMENTO

A necessidade de consulta será determinada pelo profissional médico/generalista ESF, que deve constatar esta necessidade e fará o encaminhamento deste paciente.

Somente serão aptos ao agendamento os encaminhamentos que contenham todos os dados solicitados no formulário de encaminhamento.

O paciente será agendado de acordo com Classificação de Prioridade e disponibilidade de vagas da Central de Regulação.

O paciente será acompanhado pelo serviço de especialidade ou receberá o relatório de contra referência para acompanhamento na própria unidade básica (UBS).

Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para a especialidade Proctologia. As informações solicitadas nos protocolos são de presença obrigatória.

Têm como objetivo determinar se o paciente necessita do encaminhamento para o especialista e definir a prioridade no encaminhamento.

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.

Pacientes com diagnóstico ou suspeita de neoplasia de canal anal ou colorretal devem ter preferência no encaminhamento ao proctologista, quando comparados a outras condições clínicas previstas nos protocolos.

Esses critérios devem ser readaptados conforme necessidade da regulação local.

As seguintes condições necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência: obstrução intestinal aguda, episódio de hematoquezia/melena agudo, hemorroida encarcerada.

Entretanto, ressaltamos que existem muitas outras condições que não foram contempladas.

É responsabilidade do médico assistente tomar essa decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação.

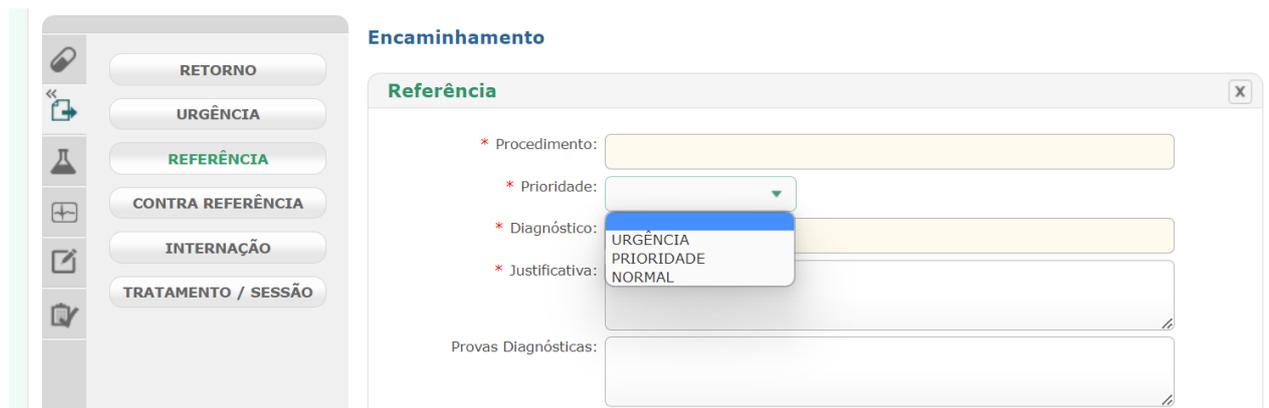
Atenção: oriente o paciente para que leve, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos que está utilizando e os exames complementares realizados recentemente.

Priorização

- **Urgência:** Não se aplica ao atendimento ambulatorial. São os casos com necessidade de atendimento imediato e de características hospitalares. Encaminhar as Unidades de Urgência e Emergência do Município.
- **PRIORIDADE:** Casos que necessitam de atendimento especializado em um curto período de tempo (até 21 dias); e casos cuja demora implique em dificuldade ou quebra de acesso a outros procedimentos – situações clínicas sem gravidade que necessitam de agendamento eletivo em até 02 meses;

- **NORMAL:** Todos os casos restantes – necessitam de atendimento eletivo e não prioritário e podem ser acompanhados inicialmente pelos médicos da atenção básica e agendamento com especialidade acima de 02 meses sem prejuízo ao paciente.

Quadro demonstrando as priorizações disponíveis em nosso sistema de prontuário eletrônico – siss online.



Encaminhamento

Referência [X]

* Procedimento:

* Prioridade:

* Diagnóstico:

* Justificativa:

Provas Diagnósticas:

DOENÇAS E/OU MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA

- Hemorróidas
- Fissura anal
- Fistula anal
- Condiloma acuminado / verrugas genitais
- Suspeita de neoplasia do gastrointestinal inferior
- Doença pilonidal
- Ostomias (colostomias ou ileostomias)
- Diarréia

Sobre As Doenças E/Ou Motivos De Encaminhamento Para Consulta

1. Hemorróidas

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

Hemorroidas internas ou mistas que persistem sintomáticas após tratamento conservador por 2 meses (suplementação alimentar de fibras e aumento de ingestão hídrica, banho de assento, evitar uso de papel higiênico); ou

Hemorroidas internas com grau III e IV (ver quadro 1 no anexo).

Tratamentos já realizados para hemorroidas (tratamento conservador com tempo de duração e procedimentos (quando realizado);

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 otimizado¹ por 2 meses (quadro 2).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas (descrever inspeção anal e toque retal);
- Classificação das hemorroidas (interna, externa ou mista) e classe das hemorroidas internas (grau I a IV);
- Tratamentos já realizados para hemorroidas (tratamento conservador com tempo de duração e procedimentos, quando realizados).

2. Fissura anal

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- Fissura anal recorrente/refratária ao tratamento clínico conservador por 2 meses;
- Fissura anal com comorbidade orifical cirúrgica (fístula)
- Fissura anal recorrente/refratária ao tratamento clínico otimizado por 2 meses (quadro 3)

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas (descrever inspeção anal e toque retal);
- Presença de comorbidades orificiais com descrição, quando presentes;
- Presença de alteração de hábito intestinal (sim ou não);
- Tratamentos já realizados para fissura anal (orientações, medicamentos e tempo de duração).

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.

3. Fístula anal

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- Caso suspeito (secreção perianal persistente, abscessos anorretais recorrentes) ou diagnóstico de fístula anorretal.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas (descrever inspeção anal e toque retal);
- Exame de imagem, quando realizado, com data;
- Presença de comorbidades relevantes (doença inflamatória intestinal, radioterapia pélvica);

4. Condiloma acuminado / verrugas genitais

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Proctologia – exclusivamente no Ambulatório de Moléstias Infeciosas para acompanhamento multidisciplinar:

- Pacientes com condiloma acuminado em topografia anorretal com indicação de tratamento cirúrgico (lesões retais ou lesões perianais extensas ou numerosas);
- Pacientes acompanhados por urologia ou ginecologia com infecção de HPV em períneo anterior para rastreamento de doença anal;
- Pacientes HIV + assintomáticos para rastreamento de infecção anal assintomática;
- Pacientes com hábito de sexo anal para rastreamento de infecção anal assintomática.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Descrição da lesão (incluir localização, extensão, evolução, toque retal - quando condiloma anorretal);
- Resultado de anti-HIV ou teste rápido para HIV, com data;
- Tratamento prévio realizado (descrever medicamentos, duração);
- Se mulher em idade fértil, trata-se de gestante? (sim ou não)

É de boa prática investigar outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), como sífilis, HIV, hepatites B e C em pessoas que apresentam condiloma anorretal.

5. Suspeita de neoplasia do gastrointestinal inferior

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para colonoscopia, quando disponível na APS:

Investigação de anemia ferropriva por causa desconhecida (homens com hemoglobina menor que 13 g/dL e mulheres com hemoglobina menor que 12 g/dL), sem outros sinais e sintomas que orientem investigação inicial; ou

Sangramento persistente em trato gastrointestinal inferior não atribuível a doença orifical; ou

Episódio de melena no qual foi excluído origem do sangramento no trato gastrointestinal superior;

Rastreamento de paciente com história familiar de câncer colorretal ou pólipos adenomatoso avançado¹;

Acompanhamento de lesões pré-malignas de menor potencial neoplásico (ver quadro 2 no anexo).

Atenção: Em localidades cujo acesso à colonoscopia é restrito, recomenda-se indicar o exame na investigação diagnóstica. A investigação de anemia ferropriva por causa desconhecida em adultos também requer solicitação de endoscopia digestiva alta para avaliação do trato gastrointestinal superior. Rastreamento de paciente com história familiar ou suspeita de síndrome de Lynch ou Pólipos e Adenomatosa Familiar deve ser feito em serviço especializado de genética e gastroenterologia.

Quando câncer colorretal ou pólipos adenomatoso avançado ocorreu em familiar de primeiro grau antes dos 60 anos ou em dois familiares de primeiro grau em qualquer idade, solicitar colonoscopia aos 40 anos ou 10 anos antes da idade de acometimento do familiar mais jovem.

Se câncer colorretal ou pólipos adenomatoso avançado que ocorreu em familiar de primeiro grau com idade maior que 60 anos, solicitar colonoscopia aos 50 anos.

Suspeita de **Síndrome de Lynch** - Critérios de Amsterdã II (presença de todos os critérios):

- Três ou mais familiares com neoplasias associadas a Síndrome de Lynch (adenocarcinoma colorretal, de endométrio, de intestino delgado ou carcinoma de células transicionais de vias excretoras renais ureter ou pelve renal),
- Um dos familiares deve ser de primeiro grau,
- Dois ou mais gerações sucessivas acometidas, • um ou mais familiares foram diagnosticados com câncer colorretal antes dos 50 anos,
- Exclusão de polipose adenomatosa familiar.

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

- Pacientes com indicação de colonoscopia na impossibilidade de solicitar o exame na APS;
- Acompanhamento de lesões pré-malignas de maior potencial neoplásico (ver quadro 2 no anexo). Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Proctologia ou Cirurgia do aparelho digestivo:

- Diagnóstico de neoplasia maligna colorretal.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Proctologia:

- Suspeita (massa ou úlcera anal persistente) ou diagnóstico de neoplasia maligna de canal anal; ou
- Suspeita clínica/radiológica de neoplasia maligna colorretal (quadro 3 no anexo). Para não atrasar o atendimento de pacientes com alta suspeita clínica/radiológica de neoplasia maligna colorretal, optou-se por indicar encaminhamento para o serviço especializado com atuação mais resolutiva na investigação diagnóstica e tratamento.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas (incluir exame físico abdominal e toque retal);
- Resultado de hemograma, com data;
- Resultado de pesquisa de sangue oculto nas fezes, se realizado, com data;
- Exame de imagem, quando realizado, com data;
- História familiar de câncer colorretal ou pólipos adenomatosos avançados (sim ou não). Se sim, qual o grau de parentesco e a idade no diagnóstico;
- História familiar de outras neoplasias compatíveis com Síndrome de Lynch/Câncer Colorretal Hereditário Não Poliposo (HNPCC) (sim ou não). Se sim, quais órgãos acometidos? Gerações sucessivas acometidas? Idade dos familiares no diagnóstico das neoplasias e grau de parentesco.

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:

- Sinais e sintomas (incluir exame físico abdominal e toque retal);
- Resultado de hemograma, com data (se anemia, descrever hemoglobina, VCM, ferro e ferritina);
- Resultado de pesquisa de sangue oculto nas fezes, se realizado, com data;
- Anexar laudo de exame de imagem, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
- Anexar laudo de colonoscopia e/ou anatomopatológico, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados com data (se realizado);
- História de câncer colorretal em familiar de primeiro grau. Se sim, informar a idade do familiar ao diagnóstico.

6. Doença pilonidal

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

- Abscesso pilonidal na impossibilidade de drenagem cirúrgica na APS1.

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).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas (descrever inspeção anal e toque retal);
- Presença de comorbidades orificiais (sim ou não). Se sim, descreva qual é o tratamento realizado;
- Tratamentos cirúrgicos já realizados para doença pilonidal;

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

7. Ostomias(colostomias ou ileostomias)

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

- necessidade de reversão de ileostomia ou colostomia.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Quadro clínico (motivo da realização do procedimento, comorbidades, achados do exame físico considerados importantes para avaliação clínica – estado nutricional, hidratação e medicações);
- Tratamentos prévios realizados (especialmente se procedimentos cirúrgicos: tipo, data e serviço em que foi realizado).

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 Secretaria Municipal de Saúde.

8. Diarréia

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 8);
- 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 na impossibilidade de solicitar colonoscopia na APS.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- 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);
- Tratamentos prévios e atuais para os sintomas;
- Resultado de exame parasitológico de fezes, coprocultura, leucócitos fecais, sangue oculto nas fezes, hemograma e anti-HIV (ou teste rápido para HIV), com data;
- Anexar laudo de exame de imagem, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado);
- História familiar de câncer colorretal (sim ou não). Se sim, indicar o grau de parentesco e a idade que este apresentou o câncer colorretal;
- anexar laudo de endoscopia digestiva alta ou colonoscopia, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizada).

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.

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;
- Aumento da ingesta hídrica (1,5 a 2 L ao dia);
- Aumento de fibras na dieta (ingesta de 20 a 35 g ao dia);
- Evitar uso de papel higiênico, dando preferência à limpeza com água morna e sabonetes neutros.
- Manejar constipação (se presente - quadro 7)

Tratamento medicamentoso

- Sintomáticos tópicos (anestésicos, antiinflamatórios e adstringentes)
- Se sintomas:
- Formulações em formato supositório (ex: Proctyl®);
- Se recursos limitados:
- Lidocaína gel isolada 3 a 4 vezes ao dia, conforme necessidade;
- Formulações disponíveis em farmácias:
- cinchocaína + policresuleno¹: Proctyl®;
 - Lidocaína + associações: Proctosan®, Hemovirtus®;
 - Lidocaína + fluocortolona: Ultraproct®;
 - Lidocaína + hidrocortisona: Xyloproct®.
 - Agentes venoativos (diosmina, hesperidina, flavonoides) podem melhorar tônus venoso e diminuir sintomas agudos e sua recorrência;
 - 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).
 - Formulações disponíveis em farmácias: - Perivasc®, Flavonid®, Daflon®, Diosmin®, Venaflo®, Venovaz®.

Manejo de quadros agudos Trombose hemorroidária

- Banhos de assento, analgesia (incluindo AINE³), suplementação de fibras e agentes tópicos;
- 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);

- Se necrose: encaminhar para avaliação com especialista em caráter de urgência. Crise hemorroidária
- Analgesia oral (incluindo AINE³) e banhos de assento;
- Se muitos dias de duração ou nenhum alívio com o tratamento clínico: encaminhar para avaliação com especialista em caráter de urgência.

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

². Evidências científicas limitadas sobre o benefício.

³. AINE = anti-inflamatório não esteroidal. Utilizar desde que não haja contraindicação

Quadro 3 – Tratamento clínico da fissura anal.

Fissuras agudas

Medidas iniciais¹:

- 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;
- Aumento da ingestão hídrica (1,5 a 2 L ao dia);
- Aumento de fibras na dieta (ingesta de 20 a 35 g ao dia);
- Evitar uso de papel higiênico, dando preferência à limpeza com água morna e sabonetes neutros.

Persistência dos sintomas ou fissuras crônicas

Medidas iniciais¹;

Tratamento medicamentoso tópico² sobre a fissura e no canal anal (dose para manipulação do medicamento):

- Bloqueadores de canal de cálcio:
 - Nifedipina 0,2 a 0,3%, 2 a 4 vezes ao dia, por 8 semanas³;
 - Diltiazem 2%, 3 vezes ao dia, por 8 semanas³
- Doadores de óxido nítrico:
 - Dinitrato de isossorbida 1%, 2 vezes ao dia por 8 semanas³, intra-anal;
 - Trinitrato de glicerina 0,2%, 2 vezes ao dia por 8 semanas³, intra-anal.

Manejo da constipação (se presente) - ver quadro 7.

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

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

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

Quadro 4 – Rastreamento com colonoscopia em pessoas com risco aumentado de câncer colorretal.

As recomendações de rastreamento para essas pessoas dependem do familiar que teve a doença e da idade no momento do diagnóstico. Algumas pessoas com histórico familiar poderão seguir as recomendações para adultos com risco médio, mas outras podem precisar realizar colonoscopia com maior frequência e, possivelmente, antes dos 45 anos.

Pessoas que tiveram pólipos removidos durante uma colonoscopia

A maioria dessas pessoas precisará repetir a colonoscopia após 3 anos, mas outras podem precisar repetir antes (ou depois) dos 3 anos, dependendo do tipo, tamanho e número de pólipos.

Pessoas que tiveram câncer de reto ou cólon

A maioria dessas pessoas começará a realizar colonoscopias regularmente um ano após a cirurgia de retirada do tumor. Outros exames, como ultrassom ou proctoscopia com ultrassom, também podem ser indicados para algumas pessoas com câncer de reto, dependendo do tipo de cirurgia que foi realizada.

Pessoas que fizeram radioterapia prévia na região do abdome ou pélvica

A maioria dessas pessoas iniciará as colonoscopias ou exames de fezes mais cedo, podendo ser necessário iniciar o rastreamento precocemente, dependendo da idade que tinham ao fazer a radioterapia. O rastreamento geralmente se inicia 5 anos após a radioterapia ou aos 30 anos de idade, o que ocorrer por último. Essas pessoas também farão acompanhamento com mais frequência do que o normal, a cada 3 a 5 anos.

Polipose Adenomatosa Familiar

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 5 - Acompanhamento de lesões pré-malignas em topografia colorretal com colonoscopia

Lesões pré-malignas de menor potencial neoplásico	Periodicidade recomendada para colonoscopia (anos)
Pólipos hiperplásicos pequenos (<10 mm) no reto ou sigmoide	10
1 a 2 adenomas tubulares pequenos (<10 mm)	5 a 10
Lesões pré-malignas de maior potencial neoplásico	Periodicidade recomendada para colonoscopia (anos). Sugere-se acompanhamento em serviço especializado.
3 a 10 adenomas tubulares	3
>10 adenomas	< 3
≥1 adenoma tubular ≥ 10 mm	3
≥1 adenoma viloso	3
Adenoma com displasia de alto grau	3
Pólipo serrátil séssil < 10 mm sem displasia	5
Pólipo serrátil ≥ 10 mm ou com displasia	3
Síndrome de polipose serrátil*	1

Fonte: AHNEN; MACRAE (2015).

Os fatores relacionados com maior risco de Câncer colorretal são: tamanho do pólipos > 1 cm; padrão histológico viloso e presença de displasia de alto grau. * ≥ 5 pólipos serráteis proximais ao sigmoide com pelo menos 2 ≥ 10mm; qualquer pólipos serrátil proximal ao sigmoide com história familiar de síndrome de polipose serrátil; > 20 pólipos serráteis de qualquer tamanho no cólon.

Quadro 6 - Alta suspeita de neoplasia colorretal

Massa abdominal em topografia colônica ou retal identificada em exame físico ou exame de imagem
Idade superior a 60 anos com anemia por deficiência de ferro ou mudança de hábito intestinal
Idade superior a 50 anos com sangramento retal e outros sintomas como dor abdominal/retal, tenesmo, mudança de hábito intestinal persistente, emagrecimento, anemia por deficiência de ferro.
Idade superior a 50 anos com sangramento retal não atribuível à doença orifical.
Idade superior a 40 anos com emagrecimento involuntário e dor abdominal/retal ou tenesmo sem outra origem identificada.

Fonte: TELESSAÚDERS (2015) adaptado de NICE (2015).

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

Modificações da dieta:

Dieta rica em fibras associada à ingestão hídrica adequada, com aumento no uso de alimentos com efeito laxante¹ e redução daqueles com efeito constipante².

Modificações do estilo de vida:

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.

- Suplementação de fibras:

- Aveia, farelo de trigo, farinha de linhaça (2 a 4 colheres de sopa dissolvidos em água, suco ou iogurte);
- Agentes formadores de bolo fecal como psyllium e metilcelulose (1 a 2 colheres de sopa ao dia), havendo uma série de apresentações comerciais disponíveis.

- Uso de laxativos osmóticos³:

- Leite de magnésia: 2 a 4 colheres de sopa, divididas em 1 a 3 vezes ao dia, em horários distantes das refeições principais;
- Lactulose: 15 a 30 mL ao dia, pela manhã ou à noite;
- PEG (macrogol) – Muvinlax® ou PegLax®: 1 a 2 sachês ao dia.

Excluir causas secundárias de constipação:

- **Medicamentos:** anticolinérgicos, antidepressivos, anti-histamínicos, anticonvulsivantes, bloqueadores do canal de cálcio, clonidina, diuréticos, ferro, anti-inflamatórios, opioides.
- **Condições clínicas:** hipotireoidismo, hipercalcemia, hiperparatireoidismo, diabetes, doença de Parkinson, esclerose múltipla, depressão, ansiedade, distúrbios anorretais, câncer de cólon.

¹Alimentos 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).

²Alimentos 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).

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

Quadro 8 – 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:

- Parasitoses/infecções: variáveis conforme o parasita. Sintomas inespecíficos, moradores de áreas endêmicas, eosinofilia. Giardíase: náusea, estufamento/empachamento.
- Intolerância à lactose: 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.
- Doença inflamatória intestinal: emagrecimento, febre, pus ou sangue nas fezes, tenesmo, artrite, anemia, alteração de provas inflamatórias (VHS/VSG ou proteína C reativa).
- Síndrome do intestino irritável: 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).
- Síndrome de má absorção: emagrecimento, desnutrição, hipoalbuminemia, edema, deficiências vitamínicas e nutricionais (por exemplo: ferro, vitamina D, vitamina B12).

REFERÊNCIAS

AHNEN, D. J.; MACRAE, AF. Approach to the patient with colonic polyps. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: . Acesso em: 30 nov. 2015.

ACHESON, A. G.; SCHOLEFIELD, J. H. Management of hemorrhoids. British Medical Journal, London, v. 336, n. 7640, p. 380-383, 2008. Disponível em: . Acesso em: 14 out. 2015.

BLEDAY, R.; BREEN, E. Treatment of hemorrhoids. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: . Acesso em: 15 set. 2015. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Rede nacional de câncer familiar: manual operacional. Rio de Janeiro: INCA 2009. Disponível em: . Acesso em: 14 out. 2015.

BREEN, E.; BLEDAY, R. Anal fissure: clinical manifestations, diagnosis, prevention. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: . Acesso em: 13 out. 2015.

BREEN, E.; BLEDAY, R. Anal fissure: medical and surgical management. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: . Acesso em: 15 set. 2015.

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

MACRAE, F. A.; BENDELL, J. Clinical presentation, diagnosis, and staging of colorectal cancer. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: . Acesso em: 13 out. 2015. NATIONAL

INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Colorectal cancer. London: NICE, 2012. Disponível em: . Acesso em: 13 out. 2015.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. Suspected cancer: recognition and referral. London: NICE, 2015. Disponível em: . Acesso em: 13 out. 2015.

PERRY, W. B. et al. Standards practice task force of the American Society of Colon and Rectal Surgeons. Practice parameters for the management of anal fissures (3rd revision). Diseases of the Colon & Rectum, Philadelphia (PA), v. 53, n. 8, p. 1110-5, 2010. PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA V. 7 - PROCTOLOGIA 14

RAMSEY, S. D. Screening for colorectal cancer in patients with a family history of colorectal cancer. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: . Acesso em: 18 out. 2015.

RIVADENEIRA, D. E. et al. Practice parameters for the management of hemorrhoids (Revised 2010). Diseases of the Colon & Rectum, Philadelphia (PA), v. 54, n. 9, p. 1059-64, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA. Fissura anal: manejo. São Paulo: Projeto Diretrizes/Associação Médica Brasileira, 2008. Disponível em: . Acesso em: 15 set. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE COLOPROCTOLOGIA. Hemorroida: manejo não cirúrgico. São Paulo: Projeto Diretrizes/Associação Médica Brasileira, 2006. Disponível em: . Acesso em: 15 set. 2015.

TRAVIS, A. C.; SALTZMAN, J. R. Evaluation of occult gastrointestinal bleeding. Waltham (MA): UpToDate, 2015. Disponível em: . Acesso em: 18 out. 2015.

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://bvsm.sau.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. 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-paraatencao-integral-pessoas-com-infecoes>. 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.

Atendimento para médicos e enfermeiros da APS/AB do Brasil PARA ESCLARECER DÚVIDAS LIGUE: 0800 644 6543 www.telessauders.ufrgs.br Proctologia Adulto 15 Atendimento para médicos e enfermeiros da APS/AB do Brasil PARA ESCLARECER DÚVIDAS LIGUE: 0800 644 6543 www.telessauders.ufrgs.br Proctologia Adulto Atendimento para médicos, enfermeiros e dentistas da APS do RS PARA ESCLARECER DÚVIDAS LIGUE: 0800 644 6543 www.telessauders.ufrgs.br

Proctologia Adulto 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/clinicalpresentation-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-ofcolorectalcancer-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-epidemiologypathogenesis-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. 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. Acesso em: 26 jul. 2021. Atendimento para médicos e enfermeiros da APS/AB do Brasil PARA ESCLARECER DÚVIDAS LIGUE: 0800 644 6543 www.telessauders.ufrgs.br

Proctologia Adulto 16 Atendimento para médicos e enfermeiros da APS/AB do Brasil PARA ESCLARECER DÚVIDAS LIGUE: 0800 644 6543 www.telessauders.ufrgs.br
Proctologia Adulto Atendimento para médicos, enfermeiros e dentistas da APS do RS PARA ESCLARECER DÚVIDAS LIGUE: 0800 644 6543 www.telessauders.ufrgs.br

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-diagnosisprevention>. 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-gastrointestinalbleeding>. 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. 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. 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. Acesso em: 26 jul. 2021. <https://www.ufrgs.br/telessauders/materiais-protocolos/> acesso em Maio de 2023.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:	Versão:	Data aprovação: