# Coceira e dor no ânus: as causas, o que ajuda e quando investigar

*Para quem sente coceira ou dor há semanas e tem vergonha de falar. O que pode ser, o que ajuda, como é a consulta, a dor sem lesão e os sinais que têm pressa*



Jardim do consultório.

**1.** Antes de começar
**2.** O canal anal e a pele em volta
**3.** Por que a coceira aparece
**4.** O que ajuda e o que piora
**5.** Os cremes
**6.** A consulta sem constrangimento
**7.** O mapa das dores no ânus
**8.** A dor ao evacuar
**9.** A contratura do músculo
**10.** A pontada e o que não melhora
**11.** Sinais de alerta, quem cuida de quê e o que ler depois

MN **Dr. Mateus Antunes Nogueira**

Dr. Mateus Antunes Nogueira · CRM-SP 97.070 · Cirurgião do Aparelho Digestivo (RQE 46345) · médico do esporte e nutrólogo (pós-graduado)

# Coceira e dor no ânus: as causas, o que ajuda e quando investigar

*Para quem sente coceira ou dor há semanas e tem vergonha de falar. O que pode ser, o que ajuda, como é a consulta, a dor sem lesão e os sinais que têm pressa*


| | |
|---|---|
| **Autor** | Dr. Mateus Antunes Nogueira |
| **Registro** | CRM-SP 97.070 · RQE 46345 |
| **Especialidade** | Cirurgia do Aparelho Digestivo |
| **Série** | Cirurgia do Aparelho Digestivo para Leigos · volume 1113 |
| **Edição** | 1ª edição |
| **Ano** | 2026 |
| **Local** | São Paulo, SP — Brasil |
| **Idioma** | Português (Brasil) |


**Conteúdo informativo; não substitui consulta médica. Nenhum procedimento tem resultado garantido.**

Este material foi escrito em linguagem acessível para ajudar você a entender o seu problema e a conversar melhor com a sua equipe de saúde. Ele não estabelece diagnóstico, não indica tratamento para o seu caso e não cria vínculo médico-paciente. Cada pessoa é diferente: apenas uma avaliação presencial, com exame físico e exames complementares, permite decidir a melhor conduta. Em caso de sintomas agudos, procure atendimento de urgência.

© 2026 Dr. Mateus Antunes Nogueira. Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta obra pode ser reproduzida, distribuída ou usada para treinar sistemas automatizados sem autorização escrita do autor.



exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

# Sumário

**1. Antes de começar** ..... **4**

1.1 Para quem é este guia ..... **4**

1.2 Como usar ..... **4**

**2. O canal anal e a pele em volta** ..... **6**

**3. Por que a coceira aparece** ..... **8**

**4. O que ajuda e o que piora** ..... **10**

**5. Os cremes** ..... **12**

**6. A consulta sem constrangimento** ..... **14**

**7. O mapa das dores no ânus** ..... **16**

**8. A dor ao evacuar** ..... **18**

**9. A contratura do músculo** ..... **20**

**10. A pontada e o que não melhora** ..... **23**

**11. Sinais de alerta, quem cuida de quê e o que ler depois** ..... **25**

11.1 Quem cuida de quê ..... **27**

11.2 O que ler em seguida ..... **28**

**Glossário** ..... **30**

**Referências** ..... **33**

**Sobre o autor** ..... **36**

**Transparência e licenças** ..... **37**



exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

# 1. Antes de começar

**Em uma frase**

*Para quem sente coceira ou dor há semanas e vem adiando a conversa.*

## 1.1 Para quem é este guia

Coça ou dói no ânus há semanas, e falar disso constrange. Você não está sozinho nessa demora: um editorial de 2024 registra que a vergonha atrasa a ida ao médico, e uma revisão de 2023 estima a coceira em 1 a 5 de cada 100 adultos. Aqui não há piada nem julgamento.

Vale começar pelo que acalma, sem fingir que está tudo resolvido. Na conta de uma revisão de 2026, 25 de cada 100 casos de coceira ficam sem causa achada, e mesmo nesses há o que tentar, em degraus. Nos outros 75 de cada 100, tratar a causa costuma aliviar bastante. A dor segue outra lógica: pode vir de uma lesão ou de um músculo que não relaxa, e só o exame separa as duas.

Sangue nas fezes nunca se presume hemorroida sem exame.

Cada número deste guia vem de um grupo estudado e não prevê o que vai acontecer com você. A equipe orienta; remédio e dose ficam com o seu médico.

## 1.2 Como usar

A Tabela 1.1 mostra em que capítulo está cada pergunta.



exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

**Tabela 1.1 — Onde está cada assunto neste guia**

| Capítulo | A pergunta que ele responde |
|---|---|
| **2. O canal e a pele** | Onde coça, e onde dói? |
| **3. Por que a coceira aparece** | Quais são as causas, e com que frequência? |
| **4. O que ajuda e o que piora** | O que mudar no dia a dia? |
| **5. Os cremes** | Qual classe, e por quanto tempo? |
| **6. A consulta** | Como é o exame? Quando a coceira pede exame? |
| **7. O mapa das dores** | Tem lesão ou não tem? Tem pressa? |
| **8. A dor ao evacuar** | É fissura? E o caroço que surgiu em horas? |
| **9. A contratura do músculo** | O que são os critérios de Roma? O que o ensaio comparou? |
| **10. A pontada e o que não melhora** | O que passa sozinho, e o que pede exame? |
| **11. Sinais e consulta** | Quando ir ao pronto-socorro? |

Fonte: elaborado pelo autor; cada capítulo traz as suas fontes. Esta abertura se apoia em (ALBUQUERQUE, 2024), (JAKUBAUSKAS; DULSKAS, 2023), (NEWMAN et al., 2026) e (MARINO et al., 2026). A equipe orienta cada caso.

Desde já, guarde uma regra: sangramento que enche o vaso ou que não para, dor anal muito forte com febre e calafrio, nódulo preso para fora, roxo-escuro ou enegrecido, confusão ou desmaio pedem pronto-socorro ou 192, sem esperar a consulta. Os outros sinais urgentes estão no capítulo 11.

Vale localizar primeiro o canal e a pele em volta.



exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

# 2. O canal anal e a pele em volta

**Em uma frase**

*A coceira costuma ficar na pele de fora; a dor pode vir de mais fundo.*

Bastam dois lugares (Figura 2.1). O canal anal é um tubo curto, de 2 a 4 centímetros, cercado pelo esfíncter, o músculo em anel que segura as fezes; do orifício para fora começa a margem do ânus, a pele em volta. O guia Câncer de ânus: radio e quimio, a espera e o resgate desenha esse trecho junto com o reto, a parte final do intestino.

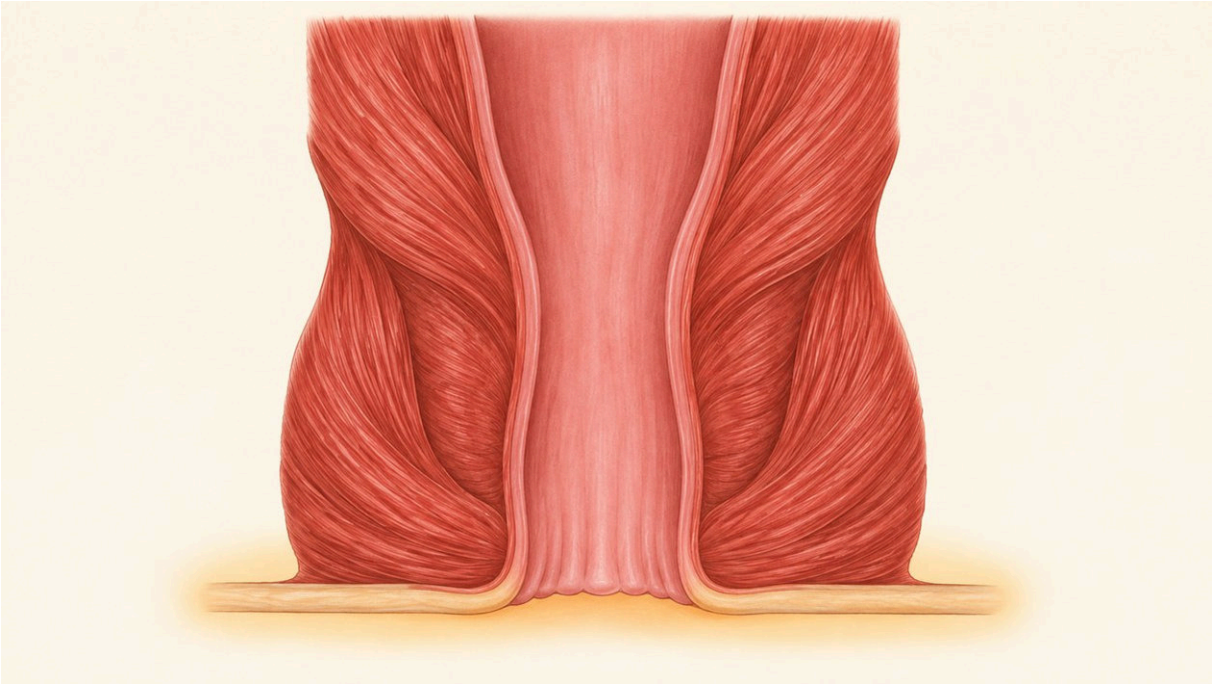


**Figura 2.1.** O canal anal, em esquema: o tubo no meio, o músculo de cada lado e, embaixo, em destaque, a faixa da pele em volta do ânus.

*Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial*

É nessa faixa que o prurido, o nome médico da coceira, costuma se fazer sentir, às vezes como ardor. Como muitas doenças dão a mesma queixa, o sintoma sozinho não aponta a causa.

A dor tem outra geografia. Dentro do canal corre uma fronteira, a linha pectínea, que o guia Hemorroidas explica: acima dela, o revestimento quase não sente dor; abaixo, é pele. Uma lesão ali dói muito. Mais para cima e por fora do canal fica o músculo do assoalho da bacia, a lâmina que fecha o fundo da bacia, que volta no capítulo 9; quem sente dor nele fala de um peso, lá no alto do reto.



exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

**O que os estudos mostram**

Queimar e coçar em volta do ânus são o mesmo incômodo para uma revisão de cirurgia (MARKELL; BILLINGHAM, 2010). Outra, de 2023, conta até cem condições capazes de provocar essa queixa (JAKUBAUSKAS; DULSKAS, 2023). A medida do canal vem de um trabalho sobre o câncer de ânus, citado aqui só pela anatomia (ARARADIAN et al., 2025); a descrição da dor alta, da revisão dos critérios de Roma (RAO et al., 2016).

*Fonte: MARKELL; BILLINGHAM, 2010; JAKUBAUSKAS; DULSKAS, 2023; ARARADIAN et al., 2025; RAO et al., 2016*

Vem a dúvida: de onde veio essa coceira?



exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

# 3. Por que a coceira aparece

**Em uma frase**

*As causas são muitas, e a conta depende de quem foi examinado.*

Quando a pele em volta do canal coça, os médicos pensam em dois grupos.

Na secundária há algo por trás: uma doença do ânus, como hemorroida ou fissura, um rasgo na pele; doença de pele, como a dermatite, a inflamação da pele, ou a psoríase; infecção por fungo ou por verme; doença geral, como o diabetes; ou um irritante. Na primária, ou idiopática, nenhuma causa aparece, o que acontece em muitos casos.

Qual dos dois grupos pesa mais? A resposta muda de uma série para outra, e cada uma examinou gente diferente (Gráfico 3.1).




**Gráfico 3.1.** O que se achou em duas séries pequenas: 109 pessoas que só se queixavam de coceira e 40 encaminhadas a uma clínica conjunta de cirurgia e de pele. A primeira não fecha em 100, pois o resumo não lista todos os achados. Cada número vale para aquele grupo.

*Elaborado pelo autor a partir de (DANIEL et al., 1994) e (DASAN et al., 1999)*

Coçar machuca, e a pele machucada coça mais. Quando nenhuma causa aparece, esse círculo costuma ser ligado a restos de fezes na pele. Ninguém tem culpa disso. Limpar mais não quebra o círculo.



exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

**O que os estudos mostram**

A lista de causas vem de uma revisão (JAKUBAUSKAS; DULSKAS, 2023), dos parâmetros italianos (MARINO et al., 2026) e de um editorial, que descreve o círculo (ALBUQUERQUE, 2024). No primeiro grupo, o das 109 pessoas, ninguém ficou sem exame do canal e colonoscopia, o exame por dentro do intestino grosso (DANIEL et al., 1994). Câncer ou pólipo apareceram em 23 de cada 100, gente com queixa mais antiga que a dos outros; o número é de 1994, de um grupo só, e não prevê o seu caso, mas explica por que coceira longa merece exame.

Na clínica conjunta, o teste de contato, que aplica produtos na pele, deu positivo em 18; a doença de pele apareceu em 34 dos 40 (DASAN et al., 1999). Entre 126 pessoas com suspeita de eczema anal, uma inflamação da pele, liderou a assadura das dobras, com ou sem fungo (KRÄNKE et al., 2006).

*Fonte: JAKUBAUSKAS; DULSKAS, 2023; MARINO et al., 2026; ALBUQUERQUE, 2024; DANIEL et al., 1994; DASAN et al., 1999; KRÄNKE et al., 2006*

O dia a dia ajuda ou atrapalha.



exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

# 4. O que ajuda e o que piora

**Em uma frase**

*O excesso de cuidado também irrita.*

Com coceira, a reação natural é limpar mais e passar alguma coisa. Faz sentido. Só que, muitas vezes, o que mantém o problema nasce dessas tentativas, avisa uma revisão de 2016, e quem faz isso só estava tentando resolver.

A Tabela 4.1 reúne os conselhos e a força de cada um. Sejamos francos: é fraca. Quase tudo vem de revisões e de séries pequenas, sem ensaio por sorteio. Remédio e procedimento ficam para depois, nas fontes: se nada aparece que dê para corrigir, primeiro se mexe na higiene e na comida. A equipe orienta o que vale para você.

**Tabela 4.1 — O que ajuda e o que piora, com a força da evidência**

| O hábito | O que a fonte diz | Força da evidência |
|---|---|---|
| **Limpar sem esfregar** | Água, secar bem, sem sabonete nem fricção | Fraca: revisão e editorial |
| **Lenço umedecido** | As fontes divergem: a revisão aceita lenço úmido, e o editorial pede evitar | Fraca e sem acordo |
| **Roupa e produtos** | Evitar roupa íntima sintética e justa, e detergente ou perfume que irritem | Fraca: revisão |
| **Comida e bebida** | Álcool, pimenta, café, tomate, cítricos, chocolate e laticínios entram nas listas; alguns evitam itens específicos | Fraca: listas de revisão e série de 75 pessoas |
| **Fibra** | Ajuda a segurar a umidade das fezes; em quem tem hemorroida, o efeito na coceira ficou incerto | Fraca para a coceira |
| **Bidê de uso habitual** | Pode aumentar a chance de coceira; não aparece como tratamento | Fraca: estudos variados, sem metanálise |
| **Pomadas por conta própria** | Podem piorar e sensibilizar a pele | Fraca: séries de 75 e de 40 pessoas |
| **Coçar** | Parar de coçar entra no plano de uma revisão, ao lado de tirar os irritantes | Fraca: revisão |

Fonte: elaborado pelo autor a partir de (JAKUBAUSKAS; DULSKAS, 2023), (ALBUQUERQUE, 2024), (SMITH et al., 1982), (ALONSO-COELLO et al., 2006), (BAIG et al., 2022), (DASAN et al., 1999) e (SIDDIQI et al., 2008). A equipe orienta cada caso.

Se houver sangue, caroço ou ferida, não é caso de testar hábitos: siga para o capítulo 6.



exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

**O que os estudos mostram**

A ordem dos passos, com o aviso sobre as tentativas de alívio, é de uma revisão (ANSARI, 2016). Resíduo de fezes era comum numa série antiga: cerca de metade das 75 pessoas evacuava mal ou tinha fezes sem forma, e a limpeza exagerada costumava piorar (SMITH et al., 1982). A força dos conselhos é baixa na maioria, concluiu quem varreu a literatura de 1950 a 2007 (SIDDIQI et al., 2008). Para a coceira, a fibra ficou sem resposta firme: o intervalo admitia até nenhum efeito, numa revisão de sete ensaios e 378 pessoas com hemorroida (ALONSO-COELLO et al., 2006).

*Fonte: ANSARI, 2016; SMITH et al., 1982; SIDDIQI et al., 2008; ALONSO-COELLO et al., 2006*

Nem sempre basta. Aí entram os cremes.



exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

# 5. Os cremes

**Em uma frase**

*Pomada sem diagnóstico pode mudar o que o exame veria.*

Hábito que piora se troca. Pomada pede outra pergunta: para qual causa? Se a equipe acha um fungo ou outra infecção, o remédio mira nele. O alívio da coceira costuma vir junto com o tratamento da hemorroida ou da fissura, mas nem sempre vem. Sem causa achada, sobe-se em degraus, do mais simples ao mais invasivo, como resume a Tabela 5.1.

**Tabela 5.1 — Os cremes pela classe, e a injeção**

| A classe | Quem foi estudado | A ressalva |
|---|---|---|
| **Creme de barreira, depois de limpar** | Piloto de 28 pessoas | Pago pelo fabricante do creme |
| **Corticoide fraco** | 10 pessoas com coceira primária | Curso curto; o uso longo pode afinar a pele |
| **Capsaicina** | 44 pessoas com coceira grave e sem causa achada | 4 saíram por efeito colateral |
| **Tacrolimo** | 32 pessoas com dermatite atópica | O achado vale para esse grupo |
| **Azul de metileno, em injeção** | 225 pessoas sem causa achada e sem resposta a outros tratamentos, em 7 estudos | Sem grupo de comparação e literatura de qualidade ruim |

Fonte: elaborado pelo autor a partir de (MARINO et al., 2026), (JAKUBAUSKAS; DULSKAS, 2023), (AL-GHNANIEM et al., 2007), (ALBUQUERQUE, 2024), (LYSY et al., 2003), (UCAK et al., 2013) e (JIA et al., 2023). A equipe orienta o que usar e por quanto tempo.

O corticoide, remédio que reduz a inflamação, mostra por que o tempo pesa. O ensaio dele usou duas semanas por fase, e as fontes falam em curso curto; o uso longo pode afinar a pele, e a coceira pode voltar ao parar. Quantos dias valem para você, a equipe orienta. Nada de esticar por conta própria.

Quando não melhora, a saída é rever o diagnóstico: o capítulo 6 conta como, com o teste de contato e, se preciso, a biópsia, a retirada de um pedacinho de tecido.



exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

**O que os estudos mostram**

Os ensaios são pequenos. Dez pessoas com coceira primária terminaram o teste do corticoide fraco, trocando de pomada no meio do caminho, e a nota da coceira ficou 68% menor com ele do que com o placebo, a pomada sem o remédio (AL-GHNANIEM et al., 2007). Com capsaicina, 31 de 44 pessoas com coceira grave e sem causa achada tiveram alívio, e essas 31 não melhoraram com a pomada de mentol usada como placebo (LYSY et al., 2003). O tacrolimo baixou a coceira mais do que a vaselina em 32 pessoas com dermatite atópica (UCAK et al., 2013). Na injeção, somados 7 estudos e 225 pessoas sem causa achada e sem resposta a outros tratamentos, cerca de 76 de cada 100 resolveram com uma aplicação. A coceira voltou em 22 de cada 100 na soma geral, e em 53 de cada 100 na conta de dois anos; os autores acham a volta relativamente baixa, mas pedem estudos de mais qualidade (JIA et al., 2023).

*Fonte: AL-GHNANIEM et al., 2007; LYSY et al., 2003; UCAK et al., 2013; JIA et al., 2023*

Nenhum desses passos dispensa a consulta.



exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

# 6. A consulta sem constrangimento

**Em uma frase**

*Poucos minutos de exame respondem o que a pomada não responde.*

Antes de insistir nos cremes, vem o exame, que costuma incomodar menos do que a fama diz. O medo dele merece resposta concreta. A Tabela 6.1 mostra as etapas. A anuscopia usa um tubo curto, que abre o canal por alguns segundos, sem preparo; o guia Hemorroidas a descreve. Quem está com dor muito forte pode ser examinado com anestesia.

**Tabela 6.1 — Como é a consulta**

| A etapa | O que acontece | Para que serve |
|---|---|---|
| **A conversa** | Há quanto tempo, o que piora e o que alivia, o intestino, os produtos e as pomadas | Procurar irritantes e pistas |
| **O olhar** | A pele em volta do ânus, a região genital e o resto da pele | Ver sinais de doença de pele |
| **O toque** | O exame do canal com o dedo | Procurar caroço ou ponto que dói |
| **A anuscopia** | O tubo curto, por alguns segundos | Ver hemorroida, fissura ou fístula |
| **Se preciso** | Raspado da pele, teste de contato, biópsia ou colonoscopia | Responder o que ficou em aberto |

Fonte: elaborado pelo autor a partir do guia Hemorroidas, de (JAKUBAUSKAS; DULSKAS, 2023), de (MARINO et al., 2026) e de (BHARUCHA; LEE, 2016). A equipe escolhe o que cada caso pede.

Conte sem filtro. Leve os produtos que você usa: o teste de contato rende mais com eles.

Quando a coceira pede exame? A Figura 6.2 segue esta ordem. Primeiro, os sinais do capítulo 11, com pressa própria; depois, sangue, ferida ou caroço, que vão à consulta mesmo com coceira leve; sobra a coceira sem mais nada, que também vai, se não melhora com higiene simples.



exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

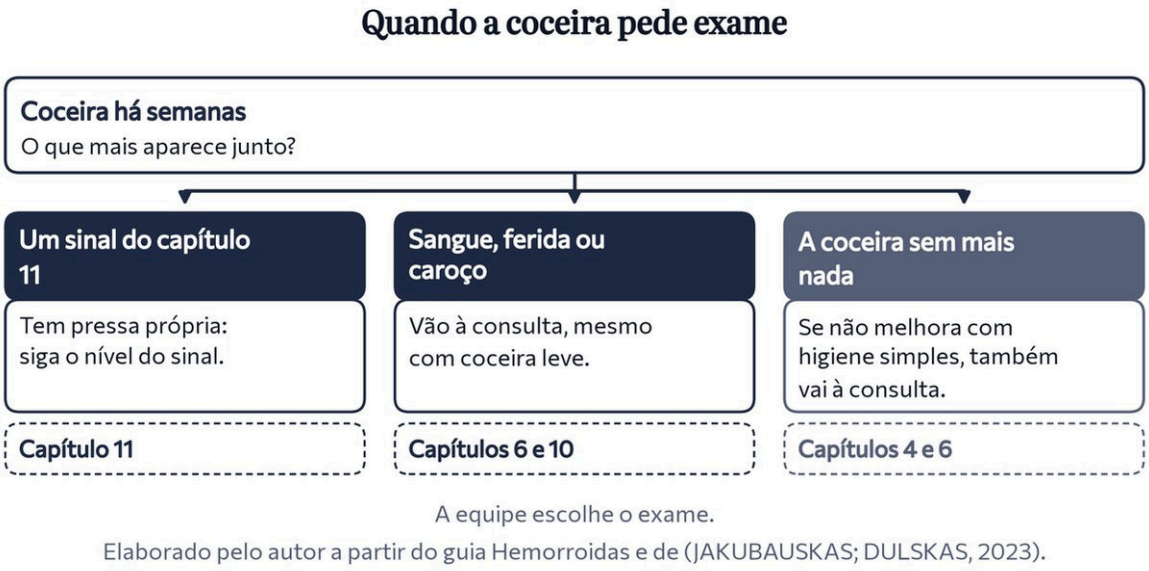



**Figura 6.2.** Quando a coceira pede exame: os três caminhos, na ordem do texto.

*Elaborado pelo autor a partir do guia Hemorroidas e de (JAKUBAUSKAS; DULSKAS, 2023)*

Se aparecer uma suspeita, o guia Câncer de ânus conta o que vem depois. O sangue, a dor e o caroço também surgem na hemorroida, na fissura e no abscesso, uma bolsa de pus, e por isso o exame decide.

---

**O que os estudos mostram**

Numa clínica cirúrgica do Líbano, com 124 pessoas, o tratamento deu certo em 76 de cada 100 das que demoraram ou se trataram sozinhas com remédio de balcão, taxa menor que a das demais (OUEIDAT et al., 2014). É associação numa série só, e não prova que a demora seja a causa. A coceira pesava menos em quem ouvia que não era câncer, medo comum numa série antiga (SMITH et al., 1982). O valor de levar os produtos vem de 126 pessoas com suspeita de eczema anal (KRÄNKE et al., 2006).

*Fonte: OUEIDAT et al., 2014; SMITH et al., 1982; KRÄNKE et al., 2006*

---

**Pergunte ao seu médico**

- O que o exame mostrou, e o que ainda falta olhar?
- Devo parar alguma pomada ou algum produto antes de voltar?

---

A outra metade deste guia cuida das dores.



exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

# 7. O mapa das dores no ânus

**Em uma frase**

*Antes de dar nome à dor, vale ver se ela tem pressa.*

A consulta também serve para a dor. Em 1990, um levantamento por questionário consultou moradores de domicílios dos Estados Unidos, e perto de 12 de cada 100 relataram dor no ânus ou no reto. Nem toda é hemorroida, e o mapa da Figura 7.1 percorre três passos: a pressa, o exame e, só então, o nome.

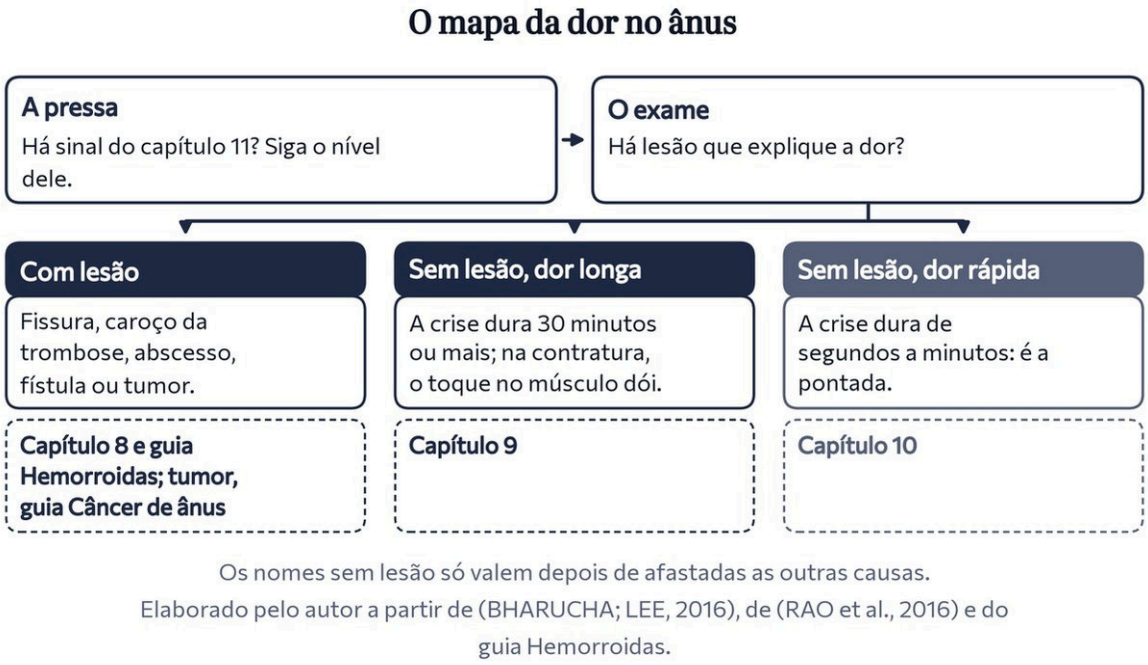



**Figura 7.1.** O mapa da dor: a pressa, o exame e os ramos, com lesão e sem lesão.

*Elaborado pelo autor a partir de (BHARUCHA; LEE, 2016), de (RAO et al., 2016) e do guia Hemorroidas*

A pressa vem primeiro. Dor anal muito forte com febre e calafrio é emergência. Febre com dor anal forte, ou dor no ânus ou na bacia que não cede com analgésico comum, pede contato no mesmo dia. A lista inteira está no capítulo 11.

Depois, o exame diz se há lesão. Pode ser fissura, o caroço da trombose, um coágulo numa veia, abscesso, fístula, um canal anormal até a pele, ou tumor, e o capítulo 8 cuida das dores que aparecem ao evacuar; sem lesão que explique, contam a duração da dor e o toque: a dor longa do capítulo 9, ou a pontada rápida do capítulo 10. Esses nomes só valem depois de afastadas as outras causas.

O lugar também confunde: dor sentida no alto pode não vir da pele (Figura 7.2).



exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

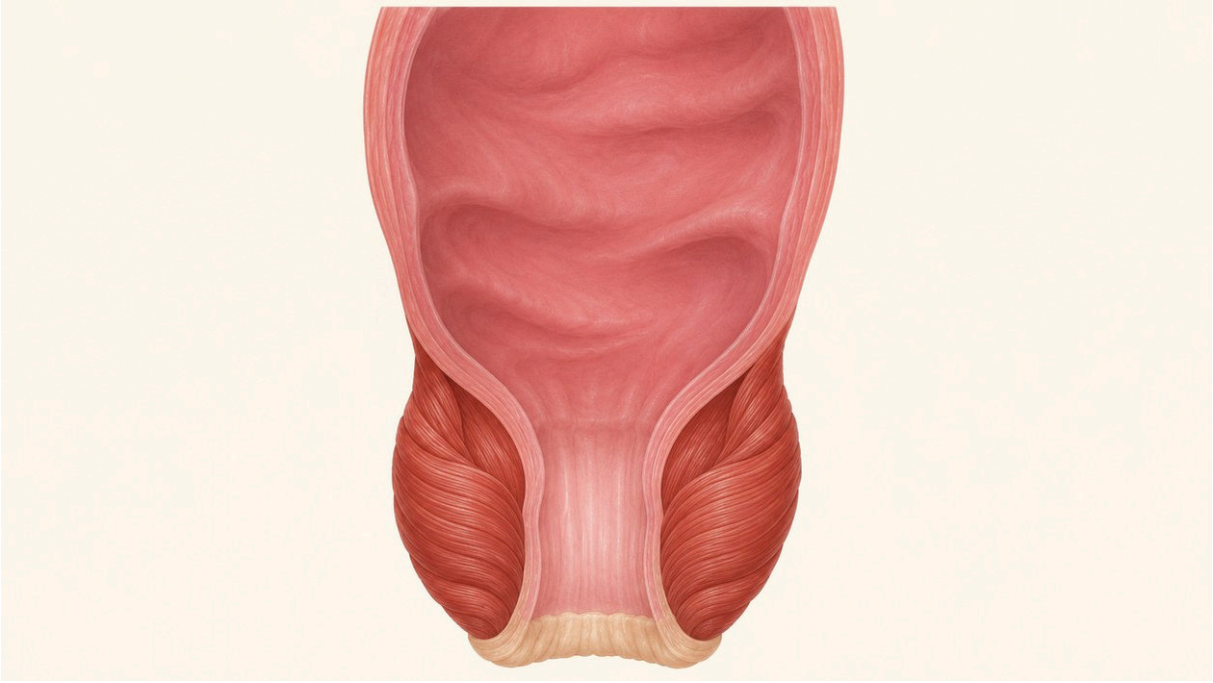


**Figura 7.2.** O fim do intestino grosso, visto de frente, com o interior à mostra. Em cima, o reto, largo e com dobras suaves; embaixo, o canal anal, bem mais estreito e curto, com o músculo do esfíncter de cada lado; na ponta, a faixa clara da margem.

*Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial*

**O que os estudos mostram**

A divisão entre dor com lesão e dor sem lesão organiza uma revisão de 2016, que traz aquele levantamento e pede para evitar opioide, o remédio forte para a dor (BHARUCHA; LEE, 2016). O que se afasta antes de dar o nome está nos critérios de Roma, da trombose à doença inflamatória do intestino (RAO et al., 2016). Há muitas opções para essa dor, e pouca prova a favor delas; a posição italiana de 2024 aposta em combinar recursos, caso a caso (MENCONI et al., 2024).

*Fonte:* BHARUCHA; LEE, 2016; RAO *et al.*, 2016; MENCONI *et al.*, 2024

Comecemos pelo que aparece ao evacuar.



exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

# 8. A dor ao evacuar

**Em uma frase**

*Dor em corte lembra fissura, e quem confirma é o exame.*

Das dores com lesão, a fissura é um rasgo na pele do canal. Dói como um corte, durante e depois de evacuar, com pouco sangue no papel; o guia Hemorroidas já traz esse quadro ao lado dos outros, e aqui fica só o que os separa (Tabela 8.1).

**Tabela 8.1 — A dor ao evacuar, o caroço e o abscesso**

| O quadro | Como costuma ser | A pressa |
|---|---|---|
| **Fissura** | Dor em corte ao evacuar, que segue por minutos ou horas | Na consulta; a que não cede com analgésico comum, no mesmo dia |
| **Caroço surgido em horas** | Endurecido e muito doloroso, na borda do ânus | No mesmo dia; preso para fora, roxo-escuro ou enegrecido, com dor que aumenta a cada hora, é emergência |
| **Abscesso e fístula** | Dor latejante contínua, caroço quente, febre; depois, secreção por um orifício na pele | Febre com dor anal forte, no mesmo dia; dor anal muito forte com febre e calafrio, emergência |

Fonte: elaborado pelo autor a partir do guia Hemorroidas e de (BHARUCHA; LEE, 2016). A tabela ajuda a conversa; ela não fecha diagnóstico.

O caroço de horas é uma trombose, um coágulo numa veia da borda do ânus; o que se faz com ele, e até quando, é assunto do guia Hemorroidas, na parte sobre o caroço que aparece de manhã. No abscesso há pus. Às vezes, a ressonância ajuda a localizá-lo.

O nome vem depois do exame. Ter hemorroida não impede ter outra coisa junto, e sangue nas fezes nunca se presume hemorroida sem exame.

**O que os estudos mostram**

Para a fissura, a revisão Cochrane juntou 75 ensaios por sorteio e 5.031 participantes; havia crianças e casos agudos (NELSON et al., 2012). Cerca de metade dos rasgos fechados com pomada de nitroglicerina, que relaxa o músculo, voltou mais tarde; ela fechou em cerca de 49 de cada 100, contra 36 com placebo. Na fissura crônica do adulto, a cirurgia fecha bem mais; em compensação, nenhum remédio desses ensaios ameaçou o controle das fezes. Qual caminho seguir, a equipe orienta.

*Fonte: NELSON et al., 2012*



exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

**Pergunte ao seu médico**

- É fissura, trombose ou outra coisa? Como isso foi confirmado?

Sem rasgo nem caroço, a suspeita recai na contratura.



exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

# 9. A contratura do músculo

**Em uma frase**

*Às vezes a dor parece vir de um músculo que não relaxa.*

O assoalho da bacia é a lâmina de músculo que fecha o fundo da bacia, e uma faixa dele passa por trás do fim do intestino (Figura 9.1). Quando o exame afasta as lesões e o toque nessa faixa dói, os médicos falam em síndrome do elevador do ânus; aqui, contratura do músculo. A explicação ainda é hipótese. Fala-se em espasmo e em falta de coordenação ao evacuar.

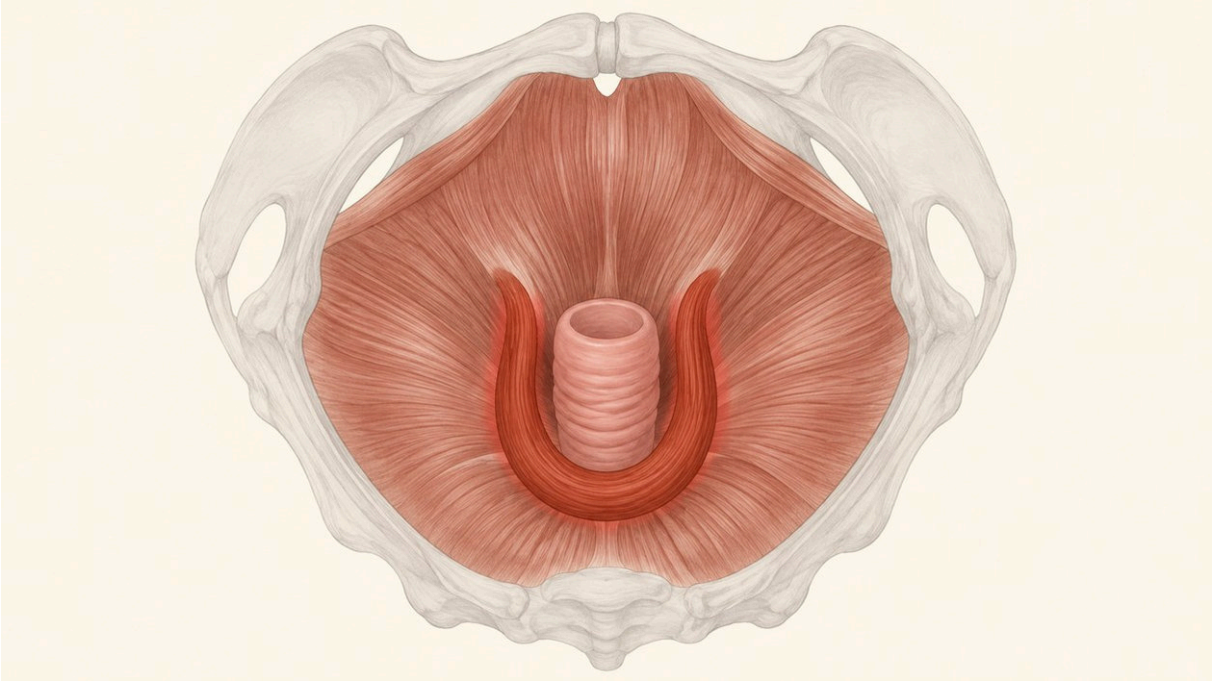


**Figura 9.1.** O fundo da bacia visto de cima, com a frente em cima da imagem. A lâmina de músculo desce das bordas para o centro, e a faixa em U, destacada, passa por trás do fim do intestino.

*Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial*

Ficar sentado costuma incomodar mais; em pé ou deitado, a dor pesa menos. O que se sente é aquele peso do capítulo 2, mal definido. Os critérios de Roma, de 2016, dão o nome pela duração e pelo toque, e um artigo de 2026 mantém essas definições (Tabela 9.2).



exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

**Tabela 9.2 — Os critérios de Roma para a dor sem lesão**

| O quadro | Quanto dura a crise | O toque no músculo |
|---|---|---|
| **Contratura do músculo** | 30 minutos ou mais | Dói |
| **Dor sem outra especificação** | 30 minutos ou mais | Não dói |
| **Pontada** | Segundos a minutos, até 30 minutos | Não faz parte do critério |

Fonte: elaborado pelo autor a partir de (RAO et al., 2016) e (RAO et al., 2026). Em todos, as outras causas já foram afastadas. Nos dois primeiros, a dor é crônica ou volta, nos últimos 3 meses, com início há pelo menos 6.

O biofeedback, treino com sensor que ensina a relaxar o músculo, foi o que mais ajudou no ensaio do Gráfico 9.3, mas só em quem doía ao toque. A equipe orienta.




**Gráfico 9.3.** Alívio adequado relatado por 157 pessoas de um serviço de Verona: todas juntas, um mês depois do tratamento, e só as que doíam ao toque. Não houve grupo placebo.

*Elaborado pelo autor a partir de (CHIARIONI et al., 2010)*



exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

**O que os estudos mostram**

Em Verona, na Itália, foram sorteadas 157 pessoas de 18 a 70 anos (CHIARIONI et al., 2010); pela versão antiga de Roma, as crises duravam pelo menos 20 minutos e vinham toda semana, numa queixa de 12 semanas ou mais no último ano. Não entrou quem tomava calmante ou antidepressivo todo dia, nem quem tinha quadro psiquiátrico evidente. Intestino irritável e constipação funcional também tiravam a pessoa do estudo, como qualquer doença da bacia capaz de dar a mesma dor. Biofeedback, estimulação elétrica ou massagem: cada um em 9 sessões, todas com apoio psicológico. Sem dor ao toque, nada ajudou. Para uma revisão de 2020, nenhum outro recurso tem ensaio por sorteio a favor (CARRINGTON et al., 2020). O banho de assento tem a favor só estudos sem comparação (BHARUCHA; LEE, 2016).

*Fonte: CHIARIONI et al., 2010; CARRINGTON et al., 2020; BHARUCHA; LEE, 2016*

Nem toda dor sem lesão dura tanto: há a pontada.



exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

# 10. A pontada e o que não melhora

**Em uma frase**

*Passa em minutos; o que não melhora volta à equipe.*

Ela some por completo depois de segundos ou minutos, e não depende de evacuar: é a dor súbita no reto que leva o nome de proctalgia fugaz. Pode acordar a pessoa. Assusta. Explicar o que é costuma bastar, diz a revisão dos critérios de Roma, que a considera inofensiva depois de afastadas as outras causas; se as crises forem frequentes, pede-se tratamento. Esse nome não vale para a dor que continua, nem para a que vem com febre: essas seguem os níveis do capítulo 11. A Tabela 10.1 põe lado a lado a pontada e a contratura.

**Tabela 10.1 — A pontada e a contratura**

| O que muda | A pontada | A contratura |
|---|---|---|
| **Duração** | Segundos a minutos | 30 minutos ou mais |
| **Entre as crises** | Nenhuma dor | A dor pode ser constante |
| **Com que frequência** | Rara: em 51 de cada 100, menos de 5 crises por ano | Crônica ou recorrente |
| **O que se faz** | Explicar; se forem frequentes, a equipe orienta | Biofeedback em quem dói ao toque; a equipe orienta |

Fonte: elaborado pelo autor a partir de (RAO et al., 2016) e (BHARUCHA; LEE, 2016).

Outra conversa é a queixa que não melhora. Na coceira, uma revisão de 2013 é direta: tratamento que não funciona manda olhar de novo o que se achou. Na dor, outra, de 2016, pede os exames necessários para afastar lesão. A Tabela 10.2 lista o que pede exame. Sem susto: nenhum desses achados prova câncer, e o guia Câncer de ânus conta o que vem se a suspeita se confirmar; já o guia Rastreio do câncer de intestino fala de quem não sente nada; com sintoma, não se espera a idade do rastreio.



exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

**Tabela 10.2 — O que pede exame**

| O achado | O que a equipe costuma pedir |
|---|---|
| **Coceira que não melhora** | Rever o diagnóstico |
| **Dor que não melhora** | Exames para afastar lesão |
| **Ferida ou lesão que persiste** | Biópsia |
| **Câncer de intestino ou adenoma na família, doença inflamatória antiga do intestino** | Pensar em colonoscopia |
| **Intestino que mudou de repente, toque com achado incomum** | Pensar em colonoscopia |
| **Sangramento pelo ânus** | Exame, mesmo sem outra queixa |

Fonte: elaborado pelo autor a partir de (NASSERI; OSBORNE, 2013) e (JAKUBAUSKAS; DULSKAS, 2023), sobre a coceira; de (BHARUCHA; LEE, 2016), sobre a dor; e de (ASTIN et al., 2011), sobre o sangramento. A equipe escolhe o exame; a pressa de cada sinal segue o capítulo 11.

**O que os estudos mostram**

Foram 15 minutos em média, nas 54 pessoas de uma série, com a crise que vinha de repente, a qualquer hora, e passava sozinha (BHARUCHA; LEE, 2016). Quanto ao sangue, 23 estudos da atenção primária, reunidos numa revisão britânica sobre câncer do intestino, apontam que sangrar pelo ânus, com ou sem outra queixa, já justifica investigar (ASTIN et al., 2011).

*Fonte: BHARUCHA; LEE, 2016; ASTIN et al., 2011*

Falta juntar os sinais urgentes numa lista só.



exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

# 11. Sinais de alerta, quem cuida de quê e o que ler depois

**Em uma frase**

*Deixe à mão, para não decidir no susto.*

O que não melhora vai à consulta; o que tem pressa, não espera. A pressa tem três níveis. A coceira ou a dor antigas, sem nenhum destes sinais, vão à consulta. Sangue nas fezes nunca se presume hemorroida sem exame. A Figura 11.1 traz o primeiro nível; a Figura 11.2, os outros dois, com os mesmos sinais da lista deste capítulo, que vale guardar no celular.

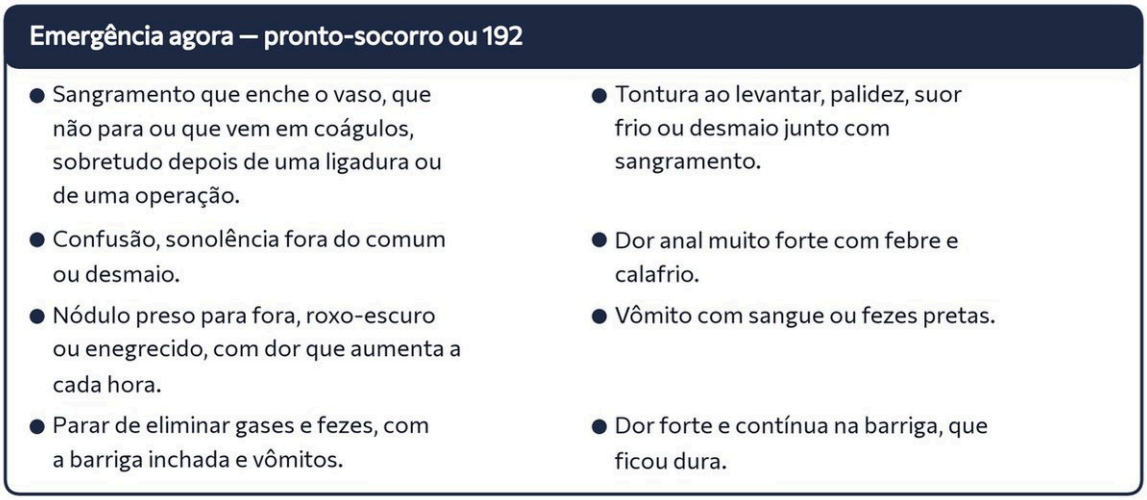
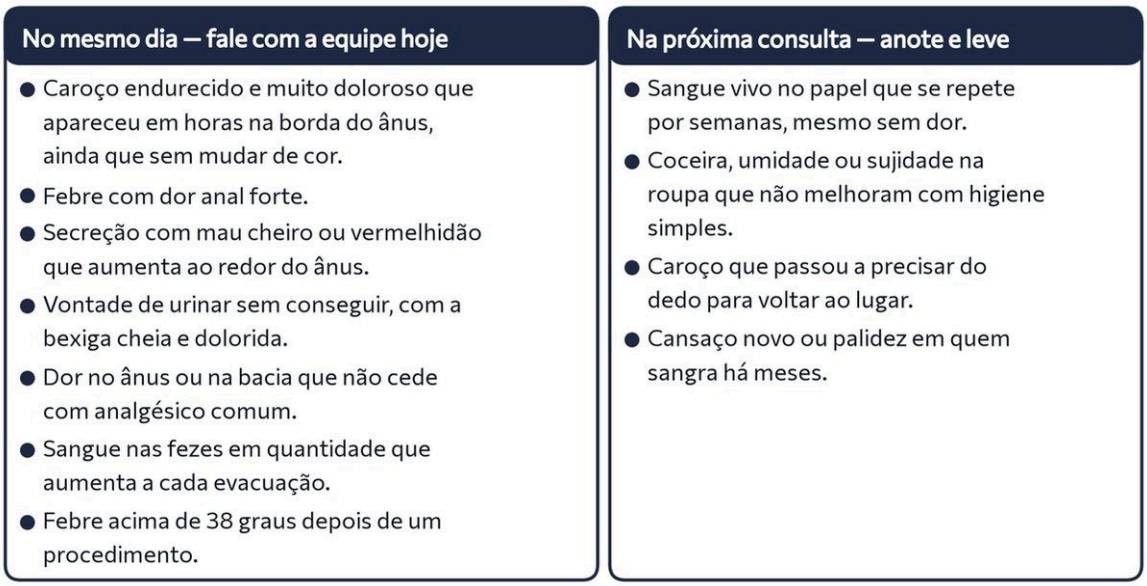



**Figura 11.1.** Emergência agora — pronto-socorro ou 192: os sinais do primeiro nível, na ordem da lista deste capítulo.

*Elaborado pelo autor*



exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345




Elaborado pelo autor.

**Figura 11.2.** Os sinais do mesmo dia e os da próxima consulta, na ordem da lista deste capítulo.

*Elaborado pelo autor*



exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

Sinais de alerta

**Emergência agora — pronto-socorro ou 192:**

- Sangramento que enche o vaso, que não para ou que vem em coágulos, sobretudo depois de uma ligadura ou de uma operação.
- Tontura ao levantar, palidez, suor frio ou desmaio junto com sangramento.
- Confusão, sonolência fora do comum ou desmaio.
- Dor anal muito forte com febre e calafrio.
- Nódulo preso para fora, roxo-escuro ou enegrecido, com dor que aumenta a cada hora.
- Vômito com sangue ou fezes pretas.
- Parar de eliminar gases e fezes, com a barriga inchada e vômitos.
- Dor forte e contínua na barriga, que ficou dura.

**No mesmo dia — fale com a equipe hoje:**

- Caroço endurecido e muito doloroso que apareceu em horas na borda do ânus, ainda que sem mudar de cor.
- Febre com dor anal forte.
- Secreção com mau cheiro ou vermelhidão que aumenta ao redor do ânus.
- Vontade de urinar sem conseguir, com a bexiga cheia e dolorida.
- Dor no ânus ou na bacia que não cede com analgésico comum.
- Sangue nas fezes em quantidade que aumenta a cada evacuação.
- Febre acima de 38 graus depois de um procedimento.

**Na próxima consulta — anote e leve:**

- Sangue vivo no papel que se repete por semanas, mesmo sem dor.
- Coceira, umidade ou sujidade na roupa que não melhoram com higiene simples.
- Caroço que passou a precisar do dedo para voltar ao lugar.
- Cansaço novo ou palidez em quem sangra há meses.

Diante de dúvida entre dois níveis, escolha o mais urgente dos dois.

## 11.1 Quem cuida de quê

A Figura 11.3 mostra quem é quem. A equipe diz a quem procurar em cada etapa.



exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

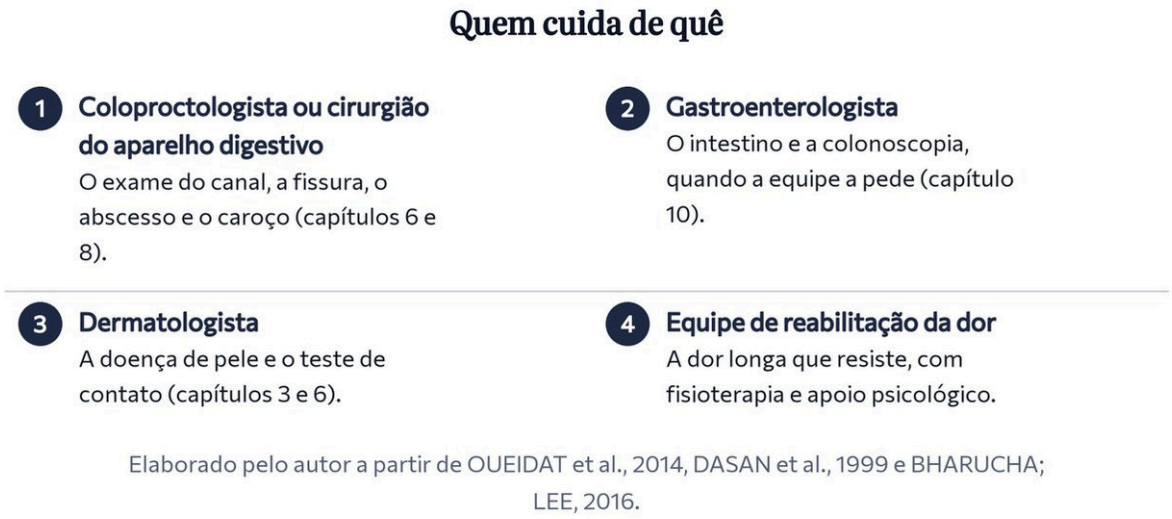



**Figura 11.3.** Coloproctologista ou cirurgião do aparelho digestivo, gastroenterologista, dermatologista e equipe de reabilitação da dor: o papel de cada um. A composição muda conforme o caso e o serviço.

*Elaborado pelo autor a partir de (OUEIDAT et al., 2014), (DASAN et al., 1999) e (BHARUCHA; LEE, 2016)*

## 11.2 O que ler em seguida

A Tabela 11.4 liga situação e guia.

**Tabela 11.4 — Se você está aqui, leia este guia**

| Se você está aqui | Leia este guia | Endereço no site |
|---|---|---|
| **O exame achou hemorroida, ou ficou a dúvida sobre o caroço e o sangue** | Hemorroidas | /ebooks/hemorroidas |
| **A equipe suspeita de um tumor no canal ou na margem** | Câncer de ânus: radio e quimio, a espera e o resgate | /ebooks/cancer-de-anus |
| **Você não sente nada no intestino e quer saber do exame de rotina** | Rastreio do câncer de intestino: o teste de sangue oculto, a colonoscopia e a idade de começar | /ebooks/rastreio-do-cancer-de-intestino |

Fonte: elaborado pelo autor; guias desta série.



exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

**Pergunte ao seu médico**

- Pelo que você viu, a minha queixa tem causa achada?
- Se não melhorar, em quanto tempo eu volto, e o que muda?
- A quem eu ligo se aparecer um destes sinais?

Falar é o primeiro passo. O guia termina onde a sua conversa com a equipe começa.



exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

# Glossário

Palavras que aparecem no livro e costumam gerar dúvida.

**Abscesso**
Uma bolsa de pus perto do ânus, que dói, lateja e pode dar febre.

**Adenoma**
Um tipo de pólipo que pode virar câncer.

**Analgésico comum**
O remédio de dor vendido sem receita especial. Qual usar, e quanto, fica com o seu médico.

**Anuscopia**
O exame em que um tubo curto, o anuscópio, abre o canal anal por alguns segundos.

**Assoalho da bacia**
A lâmina de músculo que fecha o fundo da bacia e passa em volta do fim do intestino.

**Azul de metileno**
Um corante que, em injeção na pele em volta do ânus, é usado na coceira que nada resolveu.

**Biofeedback**
O treino com um sensor que mostra à pessoa o que o músculo está fazendo, para ela aprender a relaxá-lo.

**Biópsia**
A retirada de um pedacinho de tecido para olhar ao microscópio.

**Capsaicina**
Uma substância usada em pomada contra a coceira.

**Coágulo**
Sangue que endureceu e forma um pedaço.

**Colonoscopia**
O exame que olha por dentro todo o intestino grosso, com um aparelho flexível.

**Coloproctologista**
O médico que cuida do intestino grosso, do reto e do ânus.

**Contratura do músculo**
A dor longa ligada ao músculo do assoalho da bacia. Os médicos dizem síndrome do elevador do ânus.

**Corticoide**
O remédio que reduz a inflamação. Na pele, o uso longo pode afiná-la.

**Dermatite**
A inflamação da pele.



exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

**Dermatite atópica**

Uma inflamação da pele que costuma vir de família.

**Doença inflamatória do intestino**

A inflamação crônica do intestino, de causa não infecciosa.

**Eczema**

Um tipo de dermatite, com coceira e vermelhidão.

**Ensaio por sorteio**

O estudo que sorteia as pessoas entre os tratamentos comparados. Os médicos dizem ensaio randomizado.

**Esfíncter**

O músculo em anel que segura as fezes.

**Estimulação elétrica**

O tratamento que aplica uma corrente elétrica no músculo.

**Fissura**

Um rasgo na pele do canal anal, que dói como um corte ao evacuar.

**Fístula**

Um canal anormal que se abre na pele, perto do ânus.

**Hemorroida**

A almofada de vasos do canal anal, quando dá sintoma.

**Idiopática**

A coceira sem causa achada. Os médicos também dizem primária.

**Levantamento**

A pesquisa feita por questionário, em que a própria pessoa conta o que sente.

**Ligadura**

O tratamento da hemorroida com um anel de borracha, feito no consultório.

**Linha pectínea**

A fronteira dentro do canal anal: acima dela, o revestimento quase não sente dor; abaixo, é pele.

**Margem do ânus**

A pele em volta do orifício.

**Metanálise**

O estudo que junta os resultados de vários outros.

**Nódulo**

Um caroço.

**Opioide**

O grupo de remédios fortes para a dor, como a morfina.



exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

**Placebo**

O tratamento sem o princípio ativo, usado para comparar.

**Pólipo**

A saliência do intestino que pode virar câncer.

**Procedimento**

Um tratamento feito com instrumento, como a ligadura ou uma operação.

**Proctalgia fugaz**

A pontada: uma dor súbita no reto, que dura de segundos a minutos e passa por completo.

**Prurido**

O nome médico da coceira.

**Psoríase**

Uma doença de pele com placas vermelhas e escamas.

**Ressonância**

O exame de imagem feito com um ímã, sem radiação.

**Reto**

O trecho final do intestino grosso, logo acima do canal anal.

**Secreção**

O líquido que sai de uma ferida ou de um abscesso.

**Tacrolimo**

Um remédio em pomada que reduz a reação da pele, sem ser corticoide.

**Teste de contato**

O teste que aplica produtos na pele, para ver a qual deles ela reage.

**Trombose**

Um coágulo dentro de uma veia. Na borda do ânus, forma um caroço duro e muito doloroso.



exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

# Referências

Lista formatada segundo a ABNT NBR 6023. As citações no corpo do texto seguem o sistema autor-data e remetem a esta lista.


AL-GHNANIEM, R. et al. 1% hydrocortisone ointment is an effective treatment of pruritus ani: a pilot randomized controlled crossover trial. **International journal of colorectal disease**, [S. l.], v. 22, n. 12, p. 1463, 2007. DOI: 10.1007/s00384-007-0325-8. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s00384-007-0325-8. Acesso em: 5 nov. 2026. PMID: 17534634.

ALBUQUERQUE, A. Anal pruritus: Don't look away. **World journal of gastrointestinal endoscopy**, [S. l.], v. 16, n. 3, p. 112-116, 2024. DOI: 10.4253/wjge.v16.i3.112. Disponível em: https://doi.org/10.4253/wjge.v16.i3.112. Acesso em: 5 nov. 2026. PMID: 38577644.

ALONSO-COELLO, P. et al. Fiber for the treatment of hemorrhoids complications: a systematic review and meta-analysis. **The American journal of gastroenterology**, [S. l.], v. 101, n. 1, p. 181-8, 2006. DOI: 10.1111/j.1572-0241.2005.00359.x. Disponível em: https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.2005.00359.x. Acesso em: 5 nov. 2026. PMID: 16405552.

ANSARI, P. Pruritus Ani. **Clinics in colon and rectal surgery**, [S. l.], v. 29, n. 1, p. 38-42, 2016. DOI: 10.1055/s-0035-1570391. Disponível em: https://doi.org/10.1055/s-0035-1570391. Acesso em: 5 nov. 2026. PMID: 26929750.

ARARADIAN, C. et al. Advances in the Management, Treatment, and Surveillance of Anal Squamous Cell Cancer. **Cancers**, [S. l.], v. 17, n. 8, p. 1289, 2025. DOI: 10.3390/cancers17081289. Disponível em: https://doi.org/10.3390/cancers17081289. Acesso em: 5 nov. 2026. PMID: 40282465.

ASTIN, M. et al. The diagnostic value of symptoms for colorectal cancer in primary care: a systematic review. **The British journal of general practice**, [S. l.], v. 61, n. 586, p. e231-43, 2011. DOI: 10.3399/bjgp11X572427. Disponível em: https://doi.org/10.3399/bjgp11X572427. Acesso em: 5 nov. 2026. PMID: 21619747.

BAIG, Z. et al. Be Kind to Your Behind: A Systematic Review of the Habitual Use of Bidets in Benign Perianal Disease. **Evidence-based complementary and alternative medicine: eCAM**, [S. l.], v. 2022, p. 1633965, 2022. DOI: 10.1155/2022/1633965. Disponível em: https://doi.org/10.1155/2022/1633965. Acesso em: 5 nov. 2026. PMID: 35685735.

BHARUCHA, A. E.; LEE, T. H. Anorectal and Pelvic Pain. **Mayo Clinic proceedings**, [S. l.], v. 91, n. 10, p. 1471-1486, 2016. DOI: 10.1016/j.mayocp.2016.08.011. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.08.011. Acesso em: 5 nov. 2026. PMID: 27712641.

CARRINGTON, E. V.; POPA, S. L.; CHIARIONI, G. Proctalgia Syndromes: Update in Diagnosis and Management. **Current gastroenterology reports**, [S. l.], v. 22, n. 7, p. 35, 2020. DOI: 10.1007/s11894-020-00768-0. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s11894-020-00768-0. Acesso em: 5 nov. 2026. PMID: 32519087.

CHIARIONI, G. et al. Biofeedback is superior to electrogalvanic stimulation and massage for treatment of levator ani syndrome. **Gastroenterology**, [S. l.], v. 138, n. 4, p. 1321-9, 2010. DOI: 10.1053/j.gastro.2009.12.040. Disponível em: https://doi.org/10.1053/j.gastro.2009.12.040. Acesso em: 5 nov. 2026. PMID: 20044997.

DANIEL, G. L.; LONGO, W. E.; VERNAVA, A. M. Pruritus ani. Causes and concerns. **Diseases of the colon and rectum**, [S. l.], v. 37, n. 7, p. 670-4, 1994. DOI: 10.1007/BF02054410. Disponível em: https://doi.org/10.1007/BF02054410. Acesso em: 5 nov. 2026. PMID: 8026233.





exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

DASAN, S. et al. Treatment of persistent pruritus ani in a combined colorectal and dermatological clinic. **The British journal of surgery**, [S. l.], v. 86, n. 10, p. 1337-40, 1999. DOI: 10.1046/j.1365-2168.1999.01231.x. Disponível em: https://doi.org/10.1046/j.1365-2168.1999.01231.x. Acesso em: 5 nov. 2026. PMID: 10540145.

JAKUBAUSKAS, M.; DULSKAS, A. Evaluation, management and future perspectives of anal pruritus: a narrative review. **European journal of medical research**, [S. l.], v. 28, n. 1, p. 57, 2023. DOI: 10.1186/s40001-023-01018-5. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s40001-023-01018-5. Acesso em: 5 nov. 2026. PMID: 36732860.

JIA, W. et al. Efficacy and safety of methylene blue injection for intractable idiopathic pruritus ani: a single-arm metaanalysis and systematic review. **Techniques in coloproctology**, [S. l.], v. 27, n. 10, p. 813-825, 2023. DOI: 10.1007/s10151-023-02825-y. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s10151-023-02825-y. Acesso em: 5 nov. 2026. PMID: 37306793.

KRÄNKE, B. et al. Etiologic and causative factors in perianal dermatitis: results of a prospective study in 126 patients. **Wiener klinische Wochenschrift**, [S. l.], v. 118, n. 3-4, p. 90-4, 2006. DOI: 10.1007/s00508-006-0529-x. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s00508-006-0529-x. Acesso em: 5 nov. 2026. PMID: 16703252.

LYSY, J. et al. Topical capsaicin–a novel and effective treatment for idiopathic intractable pruritus ani: a randomised, placebo controlled, crossover study. **Gut**, [S. l.], v. 52, n. 9, p. 1323-6, 2003. DOI: 10.1136/gut.52.9.1323. Disponível em: https://doi.org/10.1136/gut.52.9.1323. Acesso em: 5 nov. 2026. PMID: 12912865.

MARINO, F. et al. Practice Parameters for Evaluation and Management of Pruritus Ani on Behalf of the Italian Society of Colorectal Surgery (SICCR). **Journal of cutaneous medicine and surgery**, [S. l.], v. 30, n. 5, p. 464-469, 2026. DOI: 10.1177/12034754251391800. Disponível em: https://doi.org/10.1177/12034754251391800. Acesso em: 5 nov. 2026. PMID: 41222470.

MARKELL, K. W.; BILLINGHAM, R. P. Pruritus ani: etiology and management. **The Surgical clinics of North America**, [S. l.], v. 90, n. 1, p. 125-35, Table of Contents, 2010. DOI: 10.1016/j.suc.2009.09.007. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.suc.2009.09.007. Acesso em: 5 nov. 2026. PMID: 20109637.

MENCONI, C. et al. Evaluation and management of chronic anorectal and pelvic pain syndromes: Italian Society of Colorectal Surgery (SICCR) position statement. **Techniques in coloproctology**, [S. l.], v. 28, n. 1, p. 69, 2024. DOI: 10.1007/s10151-024-02943-1. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s10151-024-02943-1. Acesso em: 5 nov. 2026. PMID: 38907168.

NASSERI, Y. Y.; OSBORNE, M. C. Pruritus ani: diagnosis and treatment. **Gastroenterology clinics of North America**, [S. l.], v. 42, n. 4, p. 801-13, 2013. DOI: 10.1016/j.gtc.2013.09.002. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.gtc.2013.09.002. Acesso em: 5 nov. 2026. PMID: 24280401.

NELSON, R. L. et al. Non surgical therapy for anal fissure. **The Cochrane database of systematic reviews**, [S. l.], v. 2012, n. 2, p. CD003431, 2012. DOI: 10.1002/14651858.CD003431.pub3. Disponível em: https://doi.org/10.1002/14651858.CD003431.pub3. Acesso em: 5 nov. 2026. PMID: 22336789.

NEWMAN, M.; MAUN, D.; DOLEJS, S. Pruritis Ani. **The Surgical clinics of North America**, [S. l.], v. 106, n. 1, p. 23-34, 2026. DOI: 10.1016/j.suc.2025.08.006. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.suc.2025.08.006. Acesso em: 5 nov. 2026. PMID: 41241451.

OUEIDAT, D.; BOU ASSI, T.; JURJUS, A. Pruritus ani: more than a decade of personal experience in Lebanon. **Le Journal medical libanais. The Lebanese medical journal**, [S. l.], v. 62, n. 4, p. 203-6, 2014. DOI: 10.12816/0008288. Disponível em: https://doi.org/10.12816/0008288. Acesso em: 5 nov. 2026. PMID: 25807717.



exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

RAO, S. S. C. et al. Anorectal Disorders. **Gastroenterology**, [S. l.], v. 170, n. 6, p. 1318-1346, 2026. DOI: 10.1053/j.gastro.2026.01.037. Disponível em: https://doi.org/10.1053/j.gastro.2026.01.037. Acesso em: 5 nov. 2026. PMID: 41713710.

RAO, S. S. et al. Functional Anorectal Disorders. **Gastroenterology**, [S. l.], p. S0016-5085(16)00175-X, 2016. DOI: 10.1053/j.gastro.2016.02.009. Disponível em: https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.009. Acesso em: 5 nov. 2026. PMID: 27144630.

SIDDIQI, S. et al. Pruritus ani. **Annals of the Royal College of Surgeons of England**, [S. l.], v. 90, n. 6, p. 457-63, 2008. DOI: 10.1308/003588408X317940. Disponível em: https://doi.org/10.1308/003588408X317940. Acesso em: 5 nov. 2026. PMID: 18765023.

SMITH, L. E.; HENRICHS, D.; MCCULLAH, R. D. Prospective studies on the etiology and treatment of pruritus ani. **Diseases of the colon and rectum**, [S. l.], v. 25, n. 4, p. 358-63, 1982. DOI: 10.1007/BF02553616. Disponível em: https://doi.org/10.1007/BF02553616. Acesso em: 5 nov. 2026. PMID: 7044727.

UCAK, H. et al. Efficacy of topical tacrolimus for the treatment of persistent pruritus ani in patients with atopic dermatitis. **The Journal of dermatological treatment**, [S. l.], v. 24, n. 6, p. 454-7, 2013. DOI: 10.3109/09546634.2013.800181. Disponível em: https://doi.org/10.3109/09546634.2013.800181. Acesso em: 5 nov. 2026. PMID: 23638997.



exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

# Sobre o autor

## Dr. Mateus Antunes Nogueira

Dr. Mateus Antunes Nogueira · CRM-SP 97.070 · Cirurgião do Aparelho Digestivo (RQE 46345) · médico do esporte e nutrólogo (pós-graduado)

Dr. Mateus Antunes Nogueira · Médico · CRM-SP 97.070 · Cirurgião do Aparelho Digestivo · RQE 46345.

Sou médico. Fiz residência em cirurgia geral e depois em cirurgia do aparelho digestivo. Atendo em consultório em São Paulo e opero em hospitais da cidade. Trato de doenças do esôfago, do estômago, do intestino, do fígado, da vesícula, do pâncreas e da parede do abdome.

Escrevo esta série por um motivo prático. Na consulta, o tempo é curto e a cabeça de quem acabou de receber um diagnóstico está cheia. Muita coisa importante se perde no caminho entre o consultório e a casa. Um texto que pode ser lido com calma, e relido antes de decidir, costuma valer mais do que qualquer folheto de sala de espera. Aqui está o que eu explicaria a você se tivéssemos uma hora livre, sem telefone tocando.

Conteúdo informativo; não substitui consulta médica. Nenhum procedimento tem resultado garantido.

Dúvidas e agendamento: cirurgia.mateusnogueira.com.br



exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

# Transparência e licenças

Esta página declara a origem de cada figura usada no livro, a base das informações e as condições de uso do material.

## Figuras e ilustrações

| Item | Assunto | Arquivo | Origem e licença |
|---|---|---|---|
| **Figura 2.1** | O canal anal, em esquema: o tubo no meio, o músculo de cada lado e, embaixo, em destaque, a faixa da pele em volta do ânus. | v113_o-canal-anal-e-a-pele-em-volta_astra.png | Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial |
| **Gráfico 3.1** | O que se achou em duas séries pequenas: 109 pessoas que só se queixavam de coceira e 40 encaminhadas a uma clínica conjunta de cirurgia e de pele. A primeira não fecha em 100, pois o resumo não lista todos os achados. Cada número vale para aquele grupo. | Grafico_3.1_o-que-se-achou-em-duas-series.png | Elaborado pelo autor a partir de (DANIEL et al., 1994) e (DASAN et al., 1999) |
| **Figura 6.2** | Quando a coceira pede exame: os três caminhos, na ordem do texto. | Figura_6.2_quando-a-coceira-pede-exame.png | Elaborado pelo autor a partir do guia Hemorroidas e de (JAKUBAUSKAS; DULSKAS, 2023) |
| **Figura 7.1** | O mapa da dor: a pressa, o exame e os ramos, com lesão e sem lesão. | Figura_7.1_o-mapa-da-dor.png | Elaborado pelo autor a partir de (BHARUCHA; LEE, 2016), de (RAO et al., 2016) e do guia Hemorroidas |
| **Figura 7.2** | O fim do intestino grosso, visto de frente, com o interior à mostra. Em cima, o reto, largo e com dobras suaves; embaixo, o canal anal, bem mais estreito e curto, com o músculo do esfíncter de cada lado; na ponta, a faixa clara da margem. | v047_o-reto-o-canal-anal-e-a-margem_astra.png | Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial |
| **Figura 9.1** | O fundo da bacia visto de cima, com a frente em cima da imagem. A lâmina de músculo desce das bordas para o centro, e a faixa em U, destacada, passa por trás do fim do intestino. | v113_o-musculo-do-assoalho-da-bacia_astra.png | Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial |
| **Gráfico 9.3** | Alívio adequado relatado por 157 pessoas de um serviço de Verona: todas juntas, um mês depois do tratamento, e só as que doíam ao toque. Não houve grupo placebo. | Grafico_9.3_o-que-o-ensaio-comparou.png | Elaborado pelo autor a partir de (CHIARIONI et al., 2010) |
| **Figura 11.1** | Emergência agora — pronto-socorro ou 192: os sinais do primeiro nível, na ordem da lista deste capítulo. | Figura_11.1_emergencia-agora.png | Elaborado pelo autor |
| **Figura 11.2** | Os sinais do mesmo dia e os da próxima consulta, na ordem da lista deste capítulo. | Figura_11.2_no-mesmo-dia-e-na-consulta.png | Elaborado pelo autor |



exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Figura 11.3** | Coloproctologista ou cirurgião do aparelho digestivo, gastroenterologista, dermatologista e equipe de reabilitação da dor: o papel de cada um. A composição muda conforme o caso e o serviço. | Figura_11.3_quem-cuida-de-que.png | Elaborado pelo autor a partir de (OUEIDAT et al., 2014), (DASAN et al., 1999) e (BHARUCHA; LEE, 2016) |

## Base das informações

O texto foi escrito a partir de diretrizes e de estudos publicados em revistas científicas com revisão por pares, listados na seção de Referências. As citações no corpo do texto seguem o formato autor-data e remetem à lista final, formatada segundo a ABNT NBR 6023.

## Conflitos de interesse

O autor não recebeu patrocínio nem contrapartida de fabricantes de equipamentos ou de medicamentos citados nesta obra. Quem indica tratamento é a equipe de cada pessoa, e nenhum remédio aparece aqui por nome comercial, por dose ou como indicação ao leitor. As ilustrações são didáticas; algumas foram produzidas pelo autor com auxílio de inteligência artificial. Nenhuma representa pessoa real, e não há foto de paciente nem de operação.

## Condições de uso

© 2026 Dr. Mateus Antunes Nogueira. A leitura e a impressão para uso pessoal são permitidas. Reprodução, redistribuição, venda, edição de trechos e uso para treinamento de sistemas automatizados dependem de autorização escrita do autor. Cada exemplar traz marcação de origem no fundo e no pé de página.

MN **Dr. Mateus Antunes Nogueira**

Dr. Mateus Antunes Nogueira · CRM-SP 97.070 · Cirurgião do Aparelho Digestivo (RQE 46345) · médico do esporte e nutrólogo (pós-graduado)

**Colofão.** Paginado com CSS Paged Media e gerado em 2026. Formato A4 retrato.



exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345