Prolapso retal: o que sai pelo ânus, os exames e as operações

O reto que desce, a diferença da hemorroida, quem tem, os exames, o cuidado antes de operar, a operação por cima e por baixo, o que vem depois e os sinais de alerta



Jardim do consultório.

1. Antes de começar
2. O reto e o que o segura
3. O que é o prolapso
4. Quem tem, sem culpa
5. O que se sente
6. A consulta e os exames
7. O que se faz antes de operar
8. A operação por cima, pela barriga
9. A operação por baixo
10. Depois da operação: a volta e a recuperação
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)

Prolapso retal: o que sai pelo ânus, os exames e as operações

O reto que desce, a diferença da hemorroida, quem tem, os exames, o cuidado antes de operar, a operação por cima e por baixo, o que vem depois e os sinais de alerta

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 1046
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 reto e o que o segura **6**

3. O que é o prolapso **8**

4. Quem tem, sem culpa **10**

5. O que se sente **12**

6. A consulta e os exames **14**

7. O que se faz antes de operar **16**

8. A operação por cima, pela barriga **18**

9. A operação por baixo **20**

10. Depois da operação: a volta e a recuperação **22**

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

11.1 Com que pressa agir **25**

11.2 Quem cuida de quê **27**

11.3 O que ler depois **28**

Glossário **30**

Referências **32**

Sobre o autor **34**

Transparência e licenças **35**

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

1. Antes de começar

Em uma frase

Para quem viu algo sair pelo ânus, ou ouviu a palavra prolapso, e ficou sem jeito de perguntar.

1.1 Para quem é este guia

Pode ter sido no banho, ou logo depois de evacuar: uma coisa rosada apareceu pelo ânus e voltou, às vezes sozinha, às vezes só com o dedo; ou a palavra prolapso surgiu na consulta. Vêm logo as dúvidas de sempre: é hemorroida, é grave, vai precisar operar? Prolapso retal é o nome que os médicos dão ao reto, a parte final do intestino, quando ele desce pelo canal anal e sai pelo ânus. Dá vergonha contar. Vale saber, antes de tudo, que o prolapso não é culpa de quem o tem, nem sinal de descuido.

Vamos por partes. A hemorroida tem o seu próprio guia, Hemorroidas, e a coceira e a dor ficam com o guia Coceira e dor no ânus.

Cada número deste guia vem de um grupo estudado e não prevê o que vai acontecer com você.

O laudo não é sentença: a equipe o lê ao lado do exame e da pessoa, e decide com você. 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 reto e o que o segura	Onde fica o reto, e o que o mantém no lugar?
3. O que é o prolapso	É hemorroida, prolapso ou outra coisa?
4. Quem tem	Por que comigo?
5. O que se sente	Que queixas o prolapso costuma trazer?
6. A consulta e os exames	Como é o exame, e o que vem depois dele?
7. Antes de operar	O que se faz antes, e até onde isso vai?
8. A operação por cima	Como se prende o reto pela barriga?
9. A operação por baixo	Quando se opera pelo ânus?
10. Depois da operação	O prolapso pode voltar? E o intestino?
11. Sinais e consulta	Quando ir ao pronto-socorro?

Fonte: elaborado pelo autor; cada capítulo traz as suas fontes. O plano de cada pessoa é montado pela equipe.

Desde já, guarde uma regra. O prolapso preso para fora, que não volta, roxo-escuro ou enegrecido, ou com dor que aumenta a cada hora, pede pronto-socorro ou 192, sem esperar a consulta. O sangramento que não para ou que vem em coágulos também pede. Confusão ou desmaio, assim como dor anal muito forte com febre e calafrio, pedem o mesmo. Os outros sinais urgentes estão no capítulo 11.

O primeiro passo é conhecer o que segura o reto no lugar.

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

2. O reto e o que o segura

Em uma frase

O reto fica no fundo da bacia, apoiado num piso de músculo.

O capítulo anterior apresentou o prolapso pelo que se vê de fora. Para entender por que o reto desce, ajuda saber onde ele mora. O reto é o último trecho do intestino grosso, mais largo. Logo abaixo começa o canal anal, curto e bem mais estreito, com o esfíncter, o músculo em anel que segura as fezes, de cada lado (Figura 2.1). O guia Câncer de ânus desenha essa mesma região.

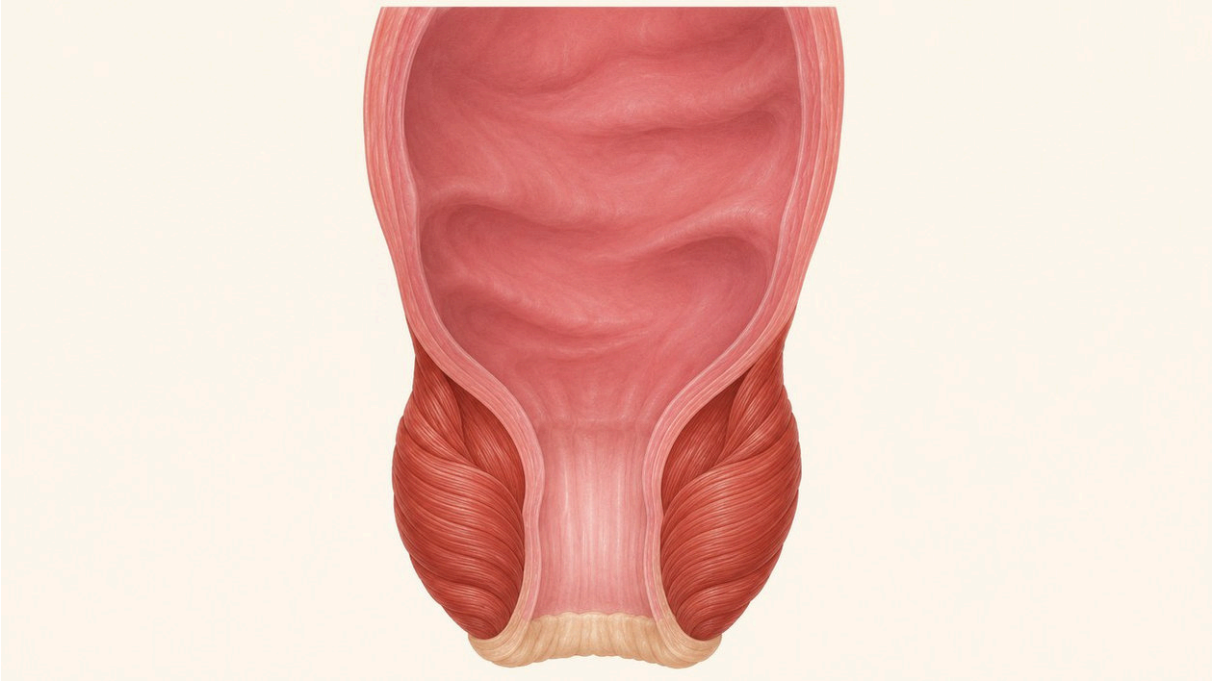


Figura 2.1. O fim do intestino grosso, visto de frente, com o interior à mostra. Em cima, o reto, largo e com dobras suaves; embaixo, o canal anal, bem mais estreito e curto, com o músculo do esfíncter de cada lado; na ponta, a faixa clara da margem.

Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial

Embaixo de tudo há um piso. É o assoalho da bacia: músculo em forma de funil que fecha a bacia por baixo e abraça o fim do intestino com uma faixa em U (Figura 2.2). O guia Coceira e dor no ânus trata das dores desse músculo.

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

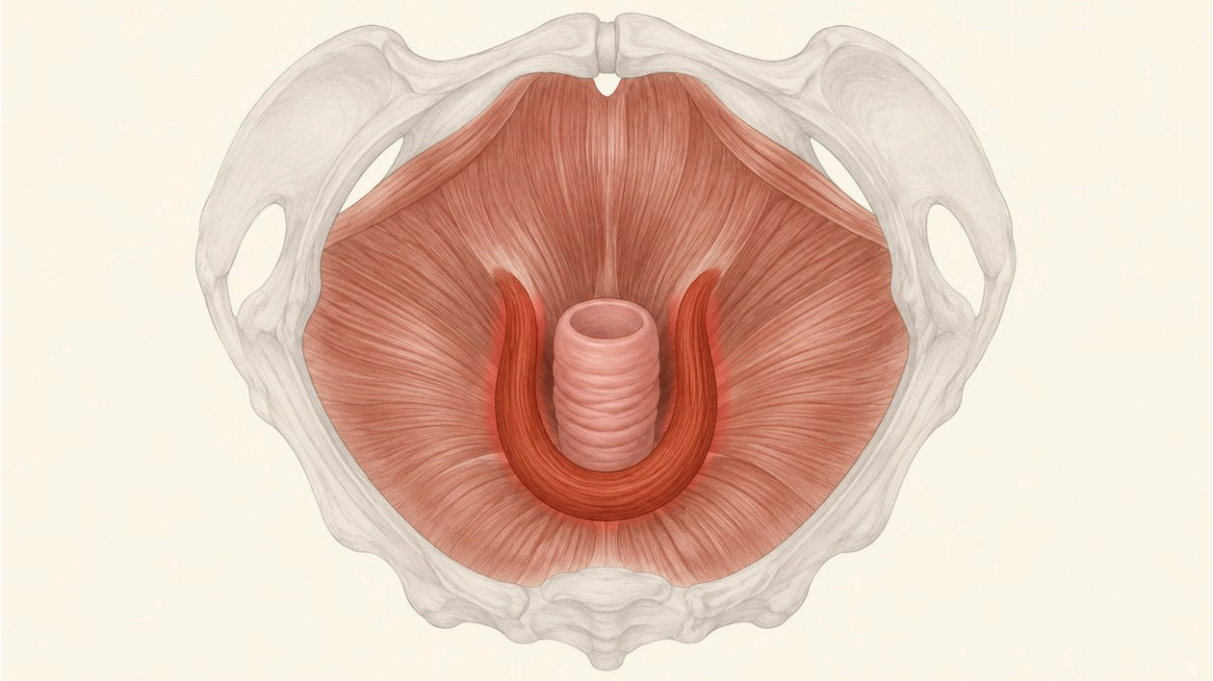


Figura 2.2. O fundo da bacia visto de cima, com a frente em cima da imagem. A lâmina de músculo desce das bordas para o centro, e a faixa em U, destacada, passa por trás do fim do intestino.

Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial

O reto também se prende pelos lados, por faixas de tecido que os cirurgiões chamam de ligamentos laterais; elas reaparecem no capítulo 10. Quando esse conjunto afrouxa, o reto pode escorregar para baixo.

O que os estudos mostram

Uma revisão de 2014 separa duas formas: numa, desce só a mucosa, a camada de dentro do reto; na outra, desce a parede inteira, e nos dois casos o caminho é o canal anal (FOX et al., 2014). Na segunda forma, que nasce de falhas do assoalho da bacia, a Cochrane reuniu 15 ensaios por sorteio e 1.007 adultos operados e não achou acordo sobre qual das muitas técnicas escolher (TOU et al., 2015).

Fonte: FOX et al., 2014; TOU et al., 2015

Com esse mapa, fica mais fácil dizer o que é o prolapso.

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

3. O que é o prolapso

Em uma frase

Prolapso, hemorroida e retocele têm nomes parecidos e coisas diferentes por trás.

O que segura o reto, visto no capítulo anterior, às vezes cede. No prolapso retal ele desce pelo canal anal com a parede inteira e passa do fim do canal (Figura 3.1). O que aparece é um anel rosado. Pode sair e voltar, ou ficar preso para fora; preso, corre o risco de estrangular, e por isso essa situação está entre as emergências do capítulo 11.

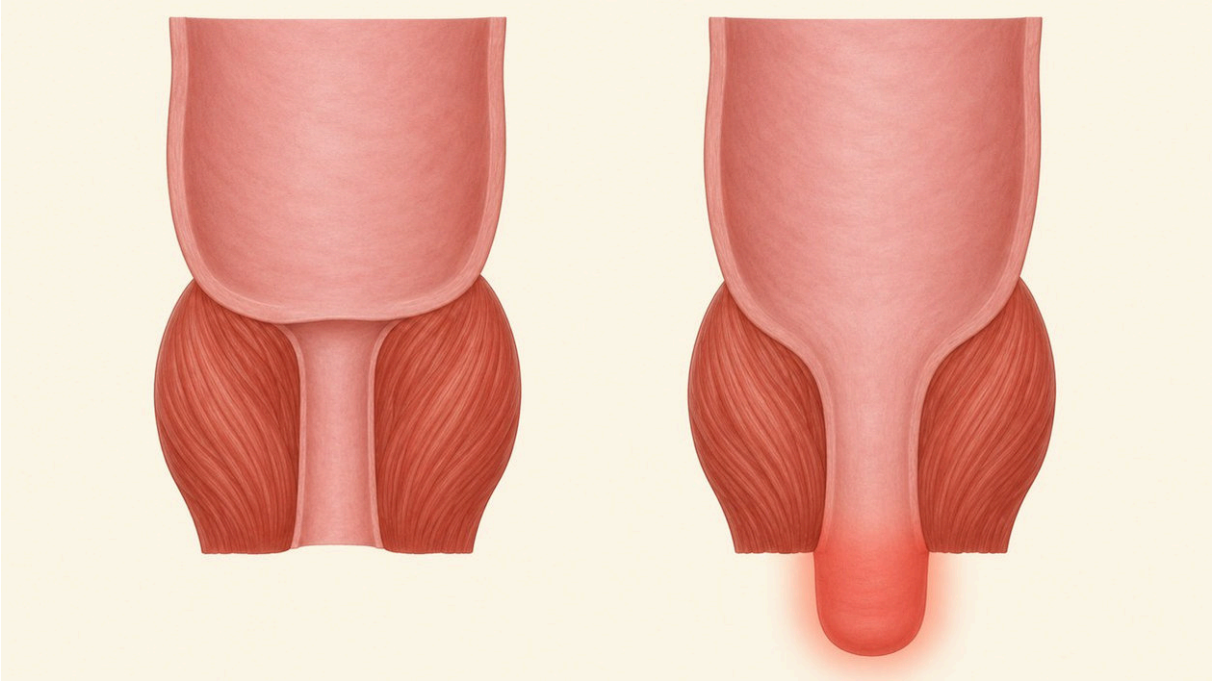


Figura 3.1. Um esquema do fim do intestino, em dois tempos. À esquerda, o reto acima do canal, entre os músculos. À direita, o reto desceu pelo canal e passou do fim dele; a parte em destaque é a que fica para fora.

Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial

Os nomes confundem. A hemorroida é outra coisa. Quem desce, nela, é uma almofada de vasos do próprio canal anal, em graus que o guia Hemorroidas explica. Já a trombose hemorroidária forma um caroço endurecido e dolorido, que surge em horas na borda do ânus. Na retocele, o reto faz uma bolsa para a frente, empurrando a vagina. Há ainda o prolapso interno, em que o reto desce por dentro, no esforço, sem chegar a sair, e a Tabela 3.2 põe esses quadros ao lado do prolapso.

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

Tabela 3.2 — O prolapso e o que costuma ser confundido com ele

O quadro	O que desce ou aparece	Como costuma se mostrar
Prolapso retal	O reto, com a parede inteira, pelo canal anal	Anel rosado que sai e volta, ou fica preso para fora
Hemorroida	Uma almofada de vasos do canal anal	Sangue vivo e, com o tempo, um caroço que desce
Trombose hemorroidária	Um coágulo dentro de uma hemorroida	Caroço endurecido e dolorido, que surge em horas
Retocele	O reto, que faz uma bolsa para a frente e empurra a vagina	Pode dificultar a evacuação, mais quando a bolsa é grande
Prolapso interno	O reto, que desce por dentro no esforço	Não sai pelo ânus; a defecografia, imagem feita ao evacuar, ajuda a ver

Fonte: elaborado pelo autor a partir do guia Hemorroidas, de (BORDEIANOU et al., 2014), de (BHARUCHA; KNOWLES, 2022), de (CARIOU DE VERGIE et al., 2017) e de (VAN DER SCHANS et al., 2018). Quem separa um do outro é o exame.

O que os estudos mostram

O anel que sai e volta, ou que fica preso e pode estrangular, é a descrição de uma revisão que propõe um roteiro para escolher a operação (BORDEIANOU et al., 2014). No prolapso interno, uma revisão de 2017 só aceita discutir a operação depois que o tratamento clínico falha; lembra, antes, que o olhar e o toque, sozinhos, mostram mal esse quadro, que aparece mais quando a pessoa força para evacuar (CARIOU DE VERGIE et al., 2017). Nas mulheres, a retocele fica mais comum com a idade; em homens, é rara (BHARUCHA; KNOWLES, 2022).

Fonte: BORDEIANOU et al., 2014; CARIOU DE VERGIE et al., 2017; BHARUCHA; KNOWLES, 2022

Separados os nomes, sobra a pergunta da culpa: por que comigo?

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

4. Quem tem, sem culpa

Em uma frase

O prolapso tem um perfil conhecido, e ninguém escolhe os traços desse perfil.

Quem costuma ter o prolapso descrito no capítulo 3 aparece em números. Nenhum deles aponta um responsável. O retrato vem de um hospital da Finlândia (Tabela 4.1): nove de cada dez operados eram mulheres, e a idade do meio era de 69 anos. Ainda assim, crianças e adultos jovens também podem ter prolapso, como lembra uma revisão de 2014.

Tabela 4.1 — Quem tinha prolapso num grupo de operados

O que foi medido	O que o estudo achou
Quem entrou	99 pessoas operadas num hospital central da Finlândia, de 1988 a 2002
Casos novos por ano na região	2,5 a cada 100 mil habitantes, em média
Mulheres	89 de 99
Idade do meio	69 anos, entre 21 e 91
Intestino preso	72 de cada 100
Escape que atrapalhava a vida	64 de cada 100
Doença do coração ou da circulação	48 de cada 100

Fonte: elaborado pelo autor a partir de (KAIRALUOMA; KELLOKUMPU, 2005). É associação num grupo de operados, sem prova de causa.

O intestino preso e o escape, o nome comum da incontinência, andavam junto com o prolapso na maioria. Isso é associação. O estudo não diz o que veio primeiro, e ninguém escolhe ter um intestino que custa a esvaziar. Cuidar dele faz parte do tratamento, como mostra o capítulo 7.

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

O que os estudos mostram

Das 99 pessoas operadas de prolapso num hospital central da Finlândia, entre 1988 e 2002, 48 de cada 100 tinham doença do coração ou da circulação, um dado que pesa na escolha da operação, no capítulo 9 (KAIRALUOMA; KELLOKUMPU, 2005). Eram 10 homens para 89 mulheres. Para a região inteira, os autores chegaram a 2,5 casos novos diagnosticados por ano a cada 100 mil habitantes. Na revisão de 2014, o perfil das mulheres mais velhas convive com casos em todas as idades (FOX et al., 2014).

Fonte: KAIRALUOMA; KELLOKUMPU, 2005; FOX *et al.*, 2014

Pergunte ao seu médico

- O meu intestino preso precisa de tratamento próprio, antes de qualquer decisão?
- Há outro prolapso junto, da bexiga ou do útero, que mude o plano?

Saber quem costuma ter não diz o que cada pessoa sente.

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

5. O que se sente

Em uma frase

Cada queixa tem lugar na conversa com o médico, inclusive a que constrange.

Sem culpa de ninguém, como mostrou o capítulo anterior, o prolapso ganha corpo nas queixas, e elas variam de pessoa para pessoa (Tabela 5.1). Há quem note primeiro o volume que sai no esforço. Outros percebem antes o muco que suja a roupa, o escape ou a sensação de que o reto não esvaziou. Conte todas.

Tabela 5.1 — O que o prolapso costuma trazer

A queixa	Como costuma ser descrita	Com que pressa
O que sai pelo ânus	Anel rosado no esforço, que volta ou fica para fora	Consulta; preso, roxo ou com dor que aumenta: pronto-socorro ou 192
Muco ou sangue	Umidade e manchas na roupa; sangue no papel ou nas fezes	Sangue sempre pede exame; o que enche o vaso, não para ou vem em coágulos: pronto-socorro ou 192
Escape	Perda de gases ou de fezes sem querer	Conte na consulta
Intestino preso	Esforço para evacuar, sensação de que ficou algo	Conte na consulta
Dor	Peso ou dor na região	Com o prolapso preso, ou muito forte com febre e calafrio: pronto-socorro ou 192; se não cede com analgésico comum: no mesmo dia

Fonte: elaborado pelo autor a partir de (BORDEIANOU et al., 2014), de (KAIRALUOMA; KELLOKUMPU, 2005) e de (ASTIN et al., 2011); os níveis de pressa são os do capítulo 11. A equipe orienta.

O sangue merece uma linha só para ele. Sangue nas fezes nunca se presume hemorroida sem exame, mesmo em quem já sabe que tem prolapso. O guia Rastreio do câncer de intestino explica a colonoscopia e os outros exames, e o guia Câncer de ânus trata da suspeita de tumor nessa região.

O prolapso que sai e volta, sozinho ou com o dedo, sem nenhum sinal do capítulo 11, vai à consulta, marcada sem esperar passar. Outra coisa é o prolapso preso para fora, que não volta, roxo-escuro ou enegrecido, ou com dor que aumenta a cada hora. Isso é emergência.

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

O que os estudos mostram

Escape, intestino preso, dor, a sensação de que a evacuação ficou incompleta e a saída de muco ou de sangue estão entre as queixas que uma revisão sobre a escolha da operação liga ao prolapso, que pode se mostrar de muitos jeitos (BORDEIANOU et al., 2014). Sobre o sangue, uma revisão de estudos com adultos atendidos pelo clínico sugere investigá-lo mesmo quando vem sozinho; a anemia também merece investigação (ASTIN et al., 2011).

Fonte: BORDEIANOU et al., 2014; ASTIN et al., 2011

A consulta, a seguir, responde a maior parte.

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

6. A consulta e os exames

Em uma frase

Para o prolapso aparecer no exame, pede-se um pouco de força, como para evacuar.

O que se sente, do capítulo anterior, se confirma no exame, e é natural ter receio dele. Ajuda saber como é. Depois da conversa, quem examina, o coloproctologista, médico do reto e do ânus, ou o cirurgião do aparelho digestivo, olha a região e faz o toque com o dedo (Tabela 6.1). Para ver o prolapso, costuma pedir que a pessoa faça força como para evacuar, às vezes sentada ou de cócoras, e isso pode parecer embaraçoso, mas é o jeito de ver o que, deitado, volta para dentro. A anuscopia, com um tubo curto, completa a olhada.

Tabela 6.1 — A consulta e os exames

O exame	Como é	Para que serve
A conversa	Há quanto tempo, o que sai, o intestino, o escape	Entender as queixas
O olhar e o toque	Com a pessoa fazendo força, sentada ou de cócoras, se preciso	Ver o prolapso
A anuscopia	Um tubo curto, por alguns segundos	Olhar o canal anal
A colonoscopia	Uma câmera pelo intestino grosso	Procurar outras doenças antes de operar
A defecografia	Imagem feita enquanto a pessoa evacua	Confirmar na dúvida; ver o prolapso interno
A manometria	Um exame do canal anal, em parte das pessoas	Medir a força dos músculos

Fonte: elaborado pelo autor a partir de (FOX et al., 2014), de (FELT-BERSMA et al., 2008), de (BORDEIANOU et al., 2014) e de (CARIOU DE VERGIE et al., 2017). A equipe escolhe o que cada caso pede.

Os outros exames dependem do caso. Quem escolhe é a equipe.

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

O que os estudos mostram

Para uma revisão de 2008, o diagnóstico sai sobretudo da consulta: o médico examina enquanto a pessoa faz força, como para evacuar (FELT-BERSMA et al., 2008). Outra revisão acrescenta que, quando o exame deixa dúvida, a defecografia, por raios X ou por ressonância, pode confirmar o prolapso, e que a câmera pelo intestino ajuda a achar outras doenças; às vezes, só sentada ou de cócoras a pessoa consegue mostrá-lo (FOX et al., 2014). Na revisão sobre a escolha da operação, só parte das pessoas precisa de manometria ou de defecografia. Colonoscopia e anuscopia fazem parte da rotina antes de operar (BORDEIANOU et al., 2014).

Fonte: FELT-BERSMA et al., 2008; FOX et al., 2014; BORDEIANOU et al., 2014

Pergunte ao seu médico

- Vou precisar de colonoscopia antes de decidir o tratamento?
- A defecografia muda alguma coisa no meu caso?

Feito o diagnóstico, vem o que se faz antes de operar.

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

7. O que se faz antes de operar

Em uma frase

O cuidado com o intestino vem antes da operação e continua depois dela.

Depois da consulta e dos exames, em geral se tenta primeiro o tratamento sem cirurgia, mesmo quando a operação já está no horizonte; uma metanálise de 2022 registra esse costume (Tabela 7.1).

Começa pelo intestino. Fezes macias saem com menos esforço. As fibras, na comida ou em suplemento, entram aqui. Uma diretriz americana as recomenda de forma condicional, para adultos com intestino preso crônico sem causa achada. Entra também a fisioterapia do assoalho da bacia, com o biofeedback, um treino com sensor. Um consenso de 2026 pede que ela comece cedo, se nada a impede, e que a sua hora se acerte com a da operação.

Falta ajustar a expectativa. Quando o reto desce com a parede inteira, uma revisão de 2014 põe a operação no centro do tratamento; fibras e treino entram como apoio, antes da operação e depois dela, com possível alívio do escape e do intestino preso. Na forma pequena, só da mucosa, esses mesmos cuidados muitas vezes são o próprio tratamento.

Tabela 7.1 — O cuidado antes de operar, com a força da evidência

O cuidado	Para quê	A força da evidência, como a fonte diz
Fibras, na comida ou em suplemento	Fezes mais macias, menos esforço	Recomendação condicional, em adultos com intestino preso crônico sem causa achada
Remédios do intestino, prescritos pelo médico	Quando as fibras não bastam	A diretriz dá a força de cada um
Fisioterapia do assoalho, com biofeedback	Aliviar o intestino preso e o escape	Acordo entre profissionais, com poucos estudos de boa qualidade
Na forma só da mucosa	Muitas vezes basta	Revisão, sem nota formal da evidência
No prolapso da parede inteira	Pode aliviar, antes da operação e depois dela; a operação segue no centro	Revisão, sem nota formal da evidência

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

Fonte: elaborado pelo autor a partir de (CHANG et al., 2023), de (TRAUGOTT et al., 2026), de (FOX et al., 2014), de (BHARUCHA; KNOWLES, 2022) e de (PELLINO et al., 2022). Remédio e dose ficam com o médico; quem marca o ritmo é a equipe.

O que os estudos mostram

Faltam bons estudos. As frases do consenso de 2026 sobre a fisioterapia do assoalho nascem do acordo entre profissionais, dizem os próprios autores (TRAUGOTT et al., 2026). Quinze passaram na votação, que exigia mais de 70 de cada 100 votos de profissionais de várias áreas, da cirurgia à fisioterapia. Na diretriz americana de intestino preso crônico em adultos, as fibras ficaram entre as recomendações condicionais (CHANG et al., 2023).

Fonte: TRAUGOTT et al., 2026; CHANG et al., 2023

Pergunte ao seu médico

- Por quanto tempo devo tentar o cuidado sem operação?
- A fisioterapia do assoalho serve para o meu caso, antes ou depois de operar?

Se esses cuidados não bastam, a conversa chega à operação pela barriga.

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

8. A operação por cima, pela barriga

Em uma frase

Pela barriga, o reto é levado de volta para cima e preso por dentro.

Para operar, os cirurgiões falam em dois caminhos: por cima e por baixo. Por cima é pela barriga. O reto é solto e levado de volta ao lugar, onde fica preso por dentro, numa operação chamada retopexia; a Figura 8.1 mostra, em esquema, um exemplo de como se prende. Em parte dos casos, retira-se junto um trecho do intestino logo acima.

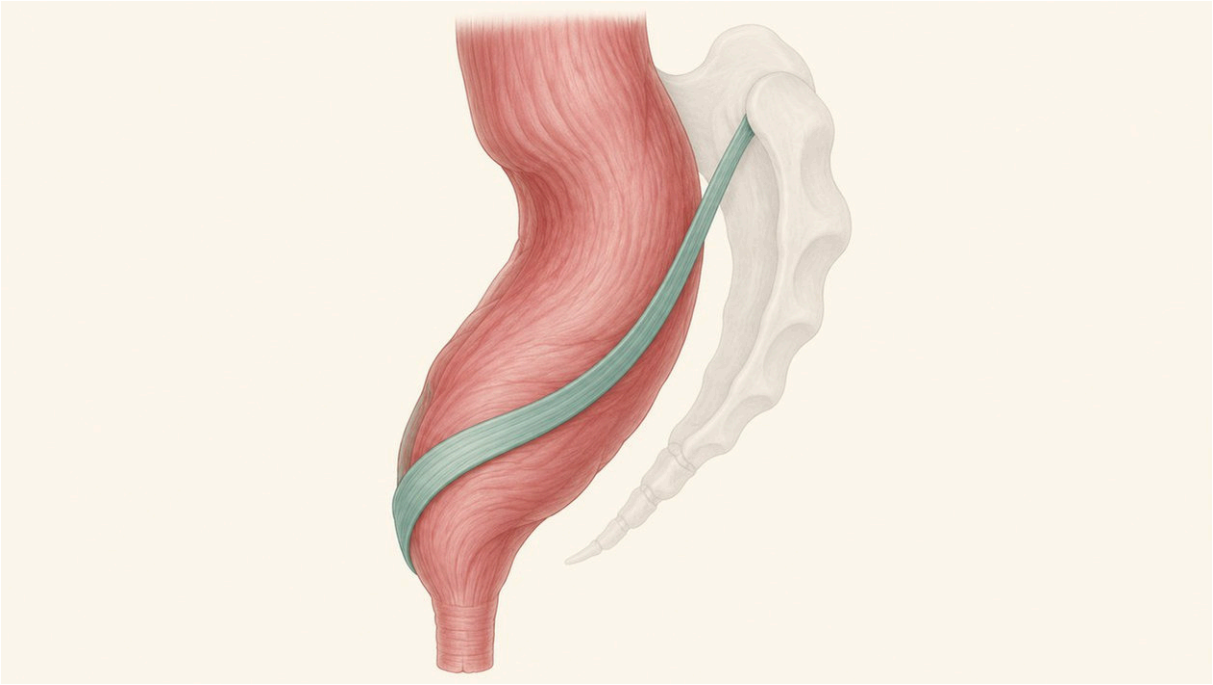


Figura 8.1. A bacia vista de lado, com o osso do fim da coluna em cinza. A faixa verde mostra, em esquema, um exemplo de como o reto é preso por dentro, no alto do osso, para não descer.

Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial

A retopexia pode ser feita por pequenos cortes, com a robótica ou com a laparoscopia. Pode também ser convencional, por um corte maior. A ordem é de apresentação, não de valor. Os estudos que compararam as vias são pequenos. Quem escolhe é a equipe, com você.

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

O que os estudos mostram

No prolapso da parede inteira, a idade, por si, não afasta a operação pela barriga de quem tem boa saúde, segundo uma revisão de 2014 (FOX et al., 2014). Outra, de 2026, ajusta o plano ao risco da operação e ao perfil de cada pessoa, e dá peso também à experiência de quem opera (ZEINEDDINE et al., 2026). Só dois dos seis estudos que compararam robótica e laparoscopia na retopexia com tela sortearam os pacientes, e todos tinham poucas pessoas; somados, mostraram internação mais curta com a robótica, e as complicações e as conversões ficaram sem diferença significativa, assim como o tempo de operação (FLYNN et al., 2021). Nos dois ensaios da Cochrane que puseram a laparoscopia frente à operação convencional, a laparoscopia teve internação mais curta e menos complicações (TOU et al., 2015).

Fonte: FOX et al., 2014; ZEINEDDINE et al., 2026; FLYNN et al., 2021; TOU et al., 2015

Pergunte ao seu médico

- Pela via que você indica, quantos dias de internação costumam ser?
- No meu caso, vale retirar um trecho do intestino junto?

Para quem não pode operar pela barriga, existe o caminho por baixo.

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

9. A operação por baixo

Em uma frase

Pelo ânus, sem corte na barriga, para quem a operação por cima pesa demais.

Diferente da retopexia do capítulo 8, esta operação é feita pelo ânus. Duas técnicas levam o nome de quem as descreveu. Na de Altemeier, retiram-se pelo ânus o reto que desceu e o sigmoide, o trecho logo acima. Depois, as pontas são emendadas. A de Delorme também é feita por baixo.

Para quem? Segundo uma revisão de 2014, o caminho por baixo serve a quem não tem condição de operar pela barriga. Os mais frágeis entram nessa conta, e os idosos também entraram por muito tempo, na ideia de que esse caminho pesa menos no corpo. Uma metanálise de 2022 cita um consenso italiano que pede que a idade, sozinha, não decida. A Tabela 9.1 põe os dois caminhos lado a lado.

Tabela 9.1 — Por cima e por baixo, lado a lado

O ponto	Por cima, pela barriga	Por baixo, pelo ânus
Para quem costuma ser	Quem tem boa saúde, em qualquer idade	Quem não pode operar pela barriga, ou é mais frágil
A volta do prolapso, em estudos sem sorteio	Cerca de 8 de cada 100	Cerca de 20 de cada 100
A volta, nos 3 ensaios por sorteio, com 114 pessoas	Cerca de 10 de cada 100	Cerca de 16 de cada 100, sem diferença significativa
Dias de internação, no meio da lista, nos 8 estudos que a contaram, sem medida de significância	7,2	4,9

Fonte: elaborado pelo autor a partir de (PELLINO et al., 2022), com 15 estudos e 1.611 pessoas com prolapso da parede inteira, seguidas de 1 a quase 7 anos, e de (FOX et al.,

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

2014). Mais idade e mais tempo de seguimento se associaram a mais volta. A equipe decide com você.

O que os estudos mostram

O PROSPER sorteou 293 pessoas com prolapso, e a mesma pessoa podia entrar em mais de um sorteio: 213 entre Altemeier e Delorme, 78 entre a retopexia presa com pontos e a que retira também um trecho do intestino, e 49 entre a barriga e o ânus (SENAPATI et al., 2013). Acompanhadas por até três anos, as técnicas de cada sorteio ficaram sem diferença significativa na volta do prolapso e no escape. O funcionamento do intestino e as notas de qualidade de vida também não diferiram de modo significativo, e essas notas subiram em relação ao começo com todas elas. Na metanálise, a vantagem da barriga contra a volta só apareceu nos estudos sem sorteio, que eram a maioria (PELLINO et al., 2022).

Fonte: SENAPATI et al., 2013; PELLINO et al., 2022

Pergunte ao seu médico

- Por que um caminho e não o outro, no meu caso?
- Se o prolapso voltar, o que se faz então?

Falta o que vem depois: a volta do prolapso e a recuperação.

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

10. Depois da operação: a volta e a recuperação

Em uma frase

Os estudos acompanharam grupos de operados por meses e anos.

Por cima ou por baixo, qualquer caminho pode ser seguido de nova descida do reto. No PROSPER, em até três anos, o prolapso voltou em 13 a 31 de cada 100 operados, conforme o grupo, sem diferença significativa entre as técnicas (Gráfico 10.1). Não é previsão. Na metanálise de 2022 a volta cresceu com a idade e com o tempo de seguimento.

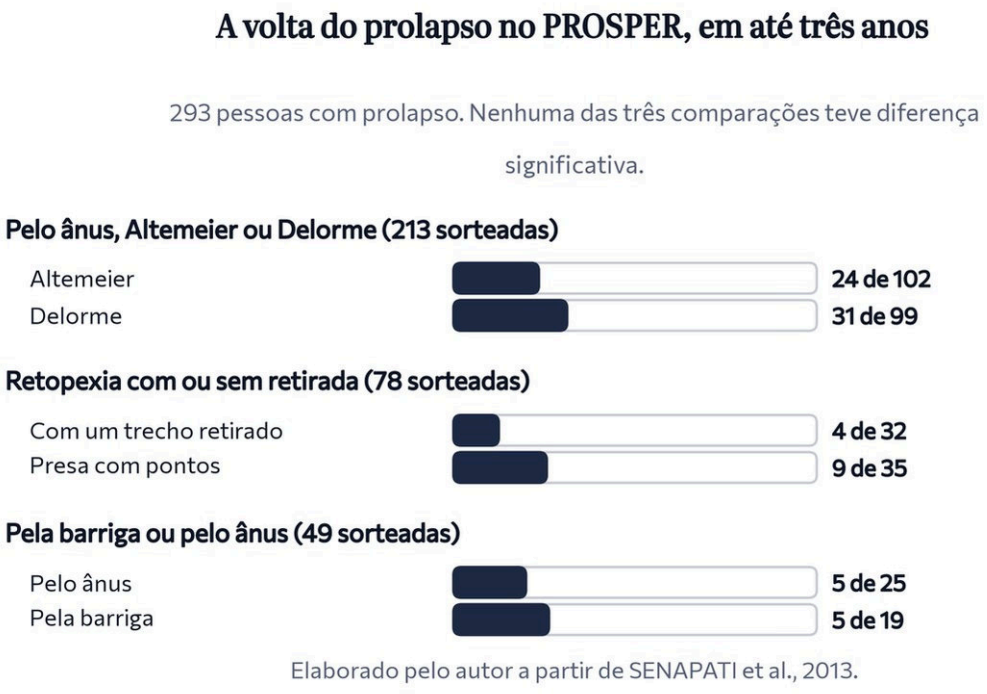


Gráfico 10.1. A volta do prolapso no PROSPER, em até três anos, em pessoas por grupo sorteado. Nenhuma das três comparações teve diferença significativa.

Elaborado pelo autor a partir de (SENAPATI et al., 2013)

O intestino também muda. Escape e intestino preso podem melhorar ou piorar depois, e o rumo depende da técnica e de quem foi operado (Tabela 10.2).

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

Tabela 10.2 — O escape e o intestino preso depois da operação

A fonte e quem entrou	O escape	O intestino preso
Metanálise, 3 ensaios por sorteio, 114 pessoas	5 pessoas por cima e 9 por baixo, sem diferença significativa	Sem diferença significativa
A mesma metanálise, todos os estudos juntos	Menos escape depois da operação por cima	Mais intestino preso depois da operação por cima
Cochrane, ensaios por sorteio	Sem resultado sobre o escape	Cortar os ligamentos laterais: menos volta e mais intestino preso; retirar um trecho do intestino: menos intestino preso
Série de 42 pessoas, laparoscopia com tela na frente do reto, cerca de cinco anos	Melhorou em 28 das 31 que o tinham	A evacuação difícil deixou de ser queixa em 16 de 19; apareceu, leve, em 2

Fonte: elaborado pelo autor a partir de (PELLINO et al., 2022), de (TOU et al., 2015) e de (D'HOORE et al., 2004). A série é de um serviço só, sem grupo de comparação.

A recuperação também varia. Depende do caminho e da via (Tabela 10.3).

Tabela 10.3 — A recuperação, pelo caminho e pela via

O ponto	O que as fontes mostram
Por baixo e por cima	Internação de 4,9 e de 7,2 dias, no meio da lista, nos 8 estudos que a contaram, sem medida de significância
Robótica e laparoscópica	Internação mais curta na robótica; complicações sem diferença; estudos pequenos
Laparoscópica e convencional	Menos complicações e internação mais curta na laparoscópica, em 2 ensaios
O intestino depois	Fibras e biofeedback podem ajudar a aliviar o intestino preso e o escape
Esforço, trabalho e rotina	A equipe orienta

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

Fonte: elaborado pelo autor a partir de (PELLINO et al., 2022), de (FLYNN et al., 2021), de (TOU et al., 2015) e de (FOX et al., 2014). Quem marca o ritmo é a equipe.

O que os estudos mostram

O prolapso voltou em 2 das 42 pessoas operadas por laparoscopia com a tela na frente do reto, num serviço só, e nenhuma teve complicação grave (D'HOORE et al., 2004). Foram operadas entre 1995 e 1999 e acompanhadas por cerca de cinco anos, no meio da lista; é uma série sem grupo de comparação. A Cochrane lembra o limite de tudo isso: com ensaios pequenos e frágeis, não há como dizer qual operação é preferível (TOU et al., 2015).

Fonte: D'HOORE et al., 2004; TOU et al., 2015

Pergunte ao seu médico

- Com que frequência vou voltar para as revisões depois da operação?
- O que eu faço se o intestino preso ou o escape piorarem?

Resta organizar os sinais de pressa e quem cuida de cada coisa.

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

Do pronto-socorro à consulta marcada, o caminho muda conforme o que aparece.

11.1 Com que pressa agir

Os avisos da recuperação, do capítulo 10, se juntam aqui aos do livro inteiro, em ordem de urgência (Figura 11.1 e Figura 11.2). O prolapso que sai e volta, sozinho ou com o dedo, sem nenhum destes sinais, vai à consulta: é o caso do caroço que passou a precisar do dedo para voltar ao lugar, no último nível. Sangue nas fezes nunca se presume hemorroida sem exame.

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.
- Prolapso preso para fora, que não volta, roxo-escuro ou enegrecido, ou 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.

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

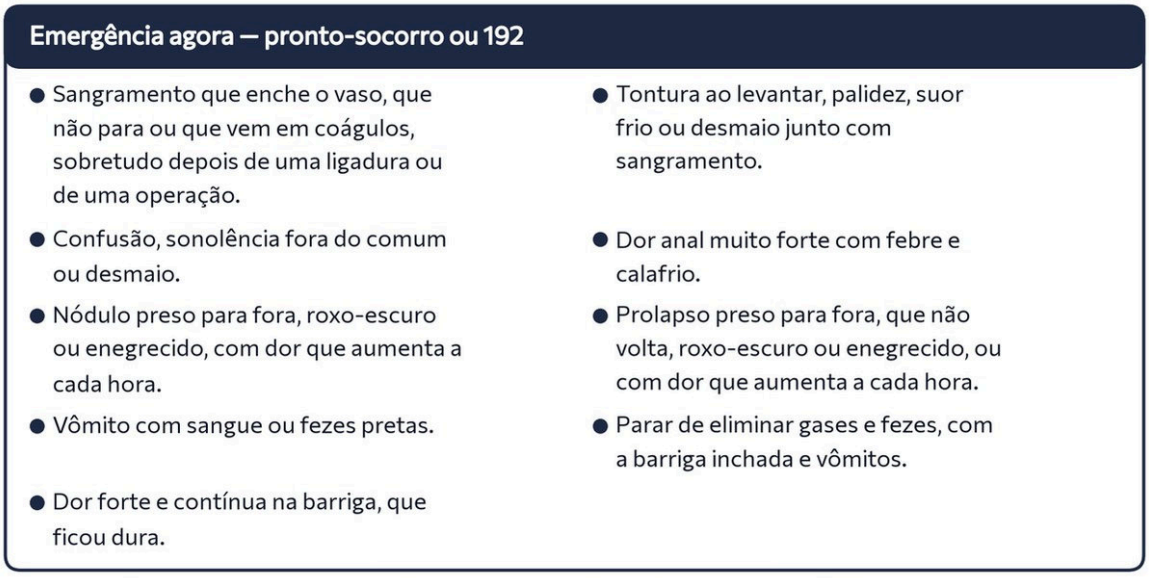


Figura 11.1. Emergência agora: os sinais que pedem pronto-socorro ou 192, os mesmos do quadro deste capítulo.

Elaborado pelo autor a partir de (BORDEIANOU et al., 2014) e de (MANTZOROS et al., 2024)

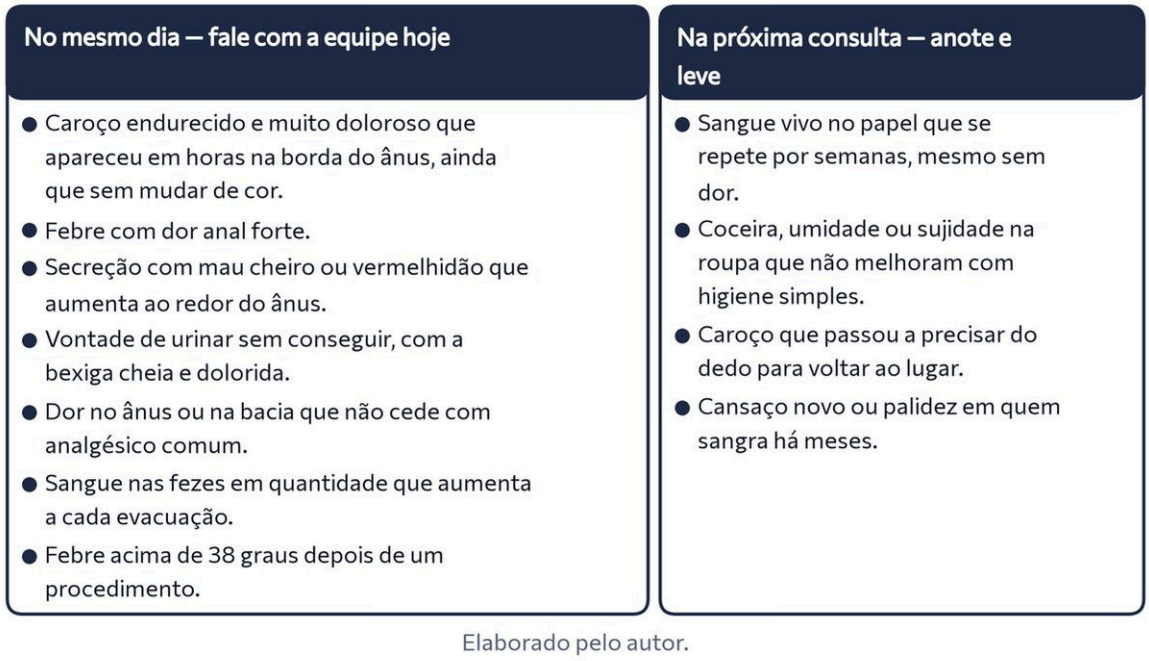


Figura 11.2. No mesmo dia e na próxima consulta: os sinais dos outros dois níveis, na ordem do quadro.

Elaborado pelo autor

11.2 Quem cuida de quê

Várias pessoas da equipe entram nesse caminho (Figura 11.3).

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



Figura 11.3. Quem cuida de quê, do exame à operação e ao treino do assoalho da bacia.

Elaborado pelo autor a partir de (TRAUGOTT et al., 2026)

11.3 O que ler depois

A Tabela 11.4 aponta os guias da série que continuam esta conversa.

Tabela 11.4 — Leia este guia

O assunto	O guia	Onde
A hemorroida, os graus e as operações dela	Hemorroidas	cirurgia.mateusnogueira.com.br/ebooks/hemorroidas
A coceira e a dor no ânus	Coceira e dor no ânus	cirurgia.mateusnogueira.com.br/ebooks/coceira-e-dor-no-anus
O sangue e os exames do intestino	Rastreio do câncer de intestino	cirurgia.mateusnogueira.com.br/ebooks/rastreio-do-cancer-de-intestino
A suspeita de tumor no ânus	Câncer de ânus	cirurgia.mateusnogueira.com.br/ebooks/cancer-de-anus

Fonte: elaborado pelo autor; guias desta série.

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

Pergunte ao seu médico

- Qual destes sinais pesa mais no meu caso?
- Se o prolapso ficar preso para fora, a qual pronto-socorro eu vou?

O guia termina aqui; a conversa continua na consulta, com a sua equipe.

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

Glossário

Palavras que aparecem no livro e costumam gerar dúvida.

Altemeier
A operação pelo ânus que retira o reto que desceu e o trecho de intestino logo acima, o sigmoide.

Anuscopia
O exame com um tubo curto que abre o canal anal por alguns segundos.

Assoalho da bacia
A lâmina de músculo que fecha o fundo da bacia, por baixo do reto.

Biofeedback
O treino com sensor que ensina a contrair e a relaxar os músculos do assoalho da bacia.

Canal anal
O trecho final e curto do intestino, cercado pelo esfíncter.

Colonoscopia
O exame que olha o intestino grosso por dentro, com uma câmera.

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

Constipação
O intestino preso: evacuar pouco, com esforço ou com a sensação de que ficou algo.

Defecografia
O exame de imagem feito enquanto a pessoa evacua, que mostra o reto em movimento.

Delorme
Uma das operações feitas pelo ânus, comparada à de Altemeier no ensaio PROSPER.

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.

Hemorroida
A almofada de vasos do canal anal, que pode inchar, sangrar e descer.

Incontinência
O escape: a perda de controle de gases ou de fezes.

Laparoscopia
A operação por pequenos cortes na barriga, com uma câmera.

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

Ligadura

O procedimento de consultório que amarra a hemorroida com um anel de borracha.

Manometria

O exame que mede a força dos músculos do canal anal.

Metanálise

O estudo que junta os resultados de vários outros.

Mucosa

A camada de dentro do reto e do intestino.

Prolapso interno

O reto que desce por dentro durante o esforço, sem sair pelo ânus.

Prolapso retal

O reto que desce pelo canal anal e sai pelo ânus, com a parede inteira.

Reto

A parte final do intestino grosso, logo acima do canal anal.

Retocele

A bolsa que o reto faz para a frente, empurrando a vagina.

Retopexia

A operação que prende o reto por dentro da barriga, para ele não descer.

Robótica

A operação por pequenos cortes, com braços mecânicos que o cirurgião comanda de um console.

Sigmoide

O trecho do intestino grosso logo acima do reto.

Tela

A faixa de material que, em algumas retopexias, é presa na frente do reto e no sacro.

Trombose hemorroidária

O caroço endurecido e dolorido que aparece em horas na borda do ânus, quando o sangue coagula numa hemorroida.

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.

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: 14 nov. 2026. PMID: 21619747.

BHARUCHA, A. E.; KNOWLES, C. H. Rectocele: Incidental or important? Observe or operate? Contemporary diagnosis and management in the multidisciplinary era. **Neurogastroenterology and motility**, [S. l.], v. 34, n. 11, p. e14453, 2022. DOI: 10.1111/nmo.14453. Disponível em: https://doi.org/10.1111/nmo.14453. Acesso em: 14 nov. 2026. PMID: 36102693.

BORDEIANOU, L. et al. Rectal prolapse: an overview of clinical features, diagnosis, and patient-specific management strategies. **Journal of gastrointestinal surgery**, [S. l.], v. 18, n. 5, p. 1059-69, 2014. DOI: 10.1007/s11605-013-2427-7. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s11605-013-2427-7. Acesso em: 14 nov. 2026. PMID: 24352613.

CARIOU DE VERGIE, L. et al. Internal rectal prolapse: Definition, assessment and management in 2016. **Journal of visceral surgery**, [S. l.], v. 154, n. 1, p. 21-28, 2017. DOI: 10.1016/j.jviscsurg.2016.10.004. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2016.10.004. Acesso em: 14 nov. 2026. PMID: 27865742.

CHANG, L. et al. American Gastroenterological Association-American College of Gastroenterology Clinical Practice Guideline: Pharmacological Management of Chronic Idiopathic Constipation. **Gastroenterology**, [S. l.], v. 164, n. 7, p. 1086-1106, 2023. DOI: 10.1053/j.gastro.2023.03.214. Disponível em: https://doi.org/10.1053/j.gastro.2023.03.214. Acesso em: 14 nov. 2026. PMID: 37211380.

D'HOORE, A.; CADONI, R.; PENNINCKX, F. Long-term outcome of laparoscopic ventral rectopexy for total rectal prolapse. **The British journal of surgery**, [S. l.], v. 91, n. 11, p. 1500-5, 2004. DOI: 10.1002/bjs.4779. Disponível em: https://doi.org/10.1002/bjs.4779. Acesso em: 14 nov. 2026. PMID: 15499644.

FELT-BERSMA, R. J.; TIERSMA, E. S.; CUESTA, M. A. Rectal prolapse, rectal intussusception, rectocele, solitary rectal ulcer syndrome, and enterocele. **Gastroenterology clinics of North America**, [S. l.], v. 37, n. 3, p. 645-68, ix, 2008. DOI: 10.1016/j.gtc.2008.06.001. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.gtc.2008.06.001. Acesso em: 14 nov. 2026. PMID: 18794001.

FLYNN, J. et al. Robotic versus laparoscopic ventral mesh rectopexy: a systematic review and meta-analysis. **International journal of colorectal disease**, [S. l.], v. 36, n. 8, p. 1621-1631, 2021. DOI: 10.1007/s00384-021-03904-y. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s00384-021-03904-y. Acesso em: 14 nov. 2026. PMID: 33718972.

FOX, A.; TIETZE, P. H.; RAMAKRISHNAN, K. Anorectal conditions: rectal prolapse. **FP essentials**, [S. l.], v. 419, p. 28-34, 2014. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24742085/. Acesso em: 14 nov. 2026. PMID: 24742085.

KAIRALUOMA, M. V.; KELLOKUMPU, I. H. Epidemiologic aspects of complete rectal prolapse. **Scandinavian journal of surgery**, [S. l.], v. 94, n. 3, p. 207-10, 2005. DOI: 10.1177/145749690509400306. Disponível em: https://doi.org/10.1177/145749690509400306. Acesso em: 14 nov. 2026. PMID: 16259169.

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

MANTZOROS, I. et al. Perineal Rectosigmoidectomy (Altemeier's Procedure) in the Treatment of Strangulated Rectal Prolapse: A Case Series and Literature Review. **Journal of personalized medicine**, [S. l.], v. 14, n. 11, p. 1095, 2024. DOI: 10.3390/jpm14111095. Disponível em: https://doi.org/10.3390/jpm14111095. Acesso em: 14 nov. 2026. PMID: 39590587.

PELLINO, G. et al. Abdominal versus perineal approach for external rectal prolapse: systematic review with meta-analysis. **BJS open**, [S. l.], v. 6, n. 2, p. zrac018, 2022. DOI: 10.1093/bjsopen/zrac018. Disponível em: https://doi.org/10.1093/bjsopen/zrac018. Acesso em: 14 nov. 2026. PMID: 35390136.

SENAPATI, A. et al. PROSPER: a randomised comparison of surgical treatments for rectal prolapse. **Colorectal disease**, [S. l.], v. 15, n. 7, p. 858-68, 2013. DOI: 10.1111/codi.12177. Disponível em: https://doi.org/10.1111/codi.12177. Acesso em: 14 nov. 2026. PMID: 23461778.

TOU, S.; BROWN, S. R.; NELSON, R. L. Surgery for complete (full-thickness) rectal prolapse in adults. **The Cochrane database of systematic reviews**, [S. l.], v. 2015, n. 11, p. CD001758, 2015. DOI: 10.1002/14651858.CD001758.pub3. Disponível em: https://doi.org/10.1002/14651858.CD001758.pub3. Acesso em: 14 nov. 2026. PMID: 26599079.

TRAUGOTT, A. L. et al. Incorporating Pelvic Floor Physical Therapy in the Treatment of Obstructed Defecation Syndrome and Posterior Compartment Pelvic Organ and Rectal Prolapse: Proceedings of the Consensus Meeting of the Pelvic Floor Consortium of the American Society of Colon and Rectal Surgeons, the International Continence Society, the International Urogynecological Association, the American Urogynecologic Society, and the American Physical Therapy Association. **Diseases of the colon and rectum**, [S. l.], v. 69, n. 3, p. 346-359, 2026. DOI: 10.1097/DCR.0000000000003993. Disponível em: https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000003993. Acesso em: 14 nov. 2026. PMID: 41677229.

VAN DER SCHANS, E. M. et al. Management of patients with rectal prolapse: the 2017 Dutch guidelines. **Techniques in coloproctology**, [S. l.], v. 22, n. 8, p. 589-596, 2018. DOI: 10.1007/s10151-018-1830-1. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s10151-018-1830-1. Acesso em: 14 nov. 2026. PMID: 30099626.

ZEINEDDINE, J.; BORDEIANOU, L.; KRAUTKRAMER, K. A. Rectal Prolapse. **The Surgical clinics of North America**, [S. l.], v. 106, n. 1, p. 77-91, 2026. DOI: 10.1016/j.suc.2025.08.007. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.suc.2025.08.007. Acesso em: 14 nov. 2026. PMID: 41241455.

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 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 2.2	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
Figura 3.1	Um esquema do fim do intestino, em dois tempos. À esquerda, o reto acima do canal, entre os músculos. À direita, o reto desceu pelo canal e passou do fim dele; a parte em destaque é a que fica para fora.	v046_o-reto-que-desce-pelo-canal_astra.png	Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial
Figura 8.1	A bacia vista de lado, com o osso do fim da coluna em cinza. A faixa verde mostra, em esquema, um exemplo de como o reto é preso por dentro, no alto do osso, para não descer.	v046_o-reto-preso-por-dentro_astra.png	Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial
Gráfico 10.1	A volta do prolapso no PROSPER, em até três anos, em pessoas por grupo sorteado. Nenhuma das três comparações teve diferença significativa.	Grafico_10.1_a-volta-do-prolapso.png	Elaborado pelo autor a partir de (SENAPATI et al., 2013)
Figura 11.1	Emergência agora: os sinais que pedem pronto-socorro ou 192, os mesmos do quadro deste capítulo.	Figura_11.1_emergencia-agora.png	Elaborado pelo autor a partir de (BORDEIANOU et al., 2014) e de (MANTZOROS et al., 2024)
Figura 11.2	No mesmo dia e na próxima consulta: os sinais dos outros dois níveis, na ordem do quadro.	Figura_11.2_no-mesmo-dia-e-na-consulta.png	Elaborado pelo autor
Figura 11.3	Quem cuida de quê, do exame à operação e ao treino do assoalho da bacia.	Figura_11.3_quem-cuida-de-que.png	Elaborado pelo autor a partir de (TRAUGOTT et al., 2026)

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

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