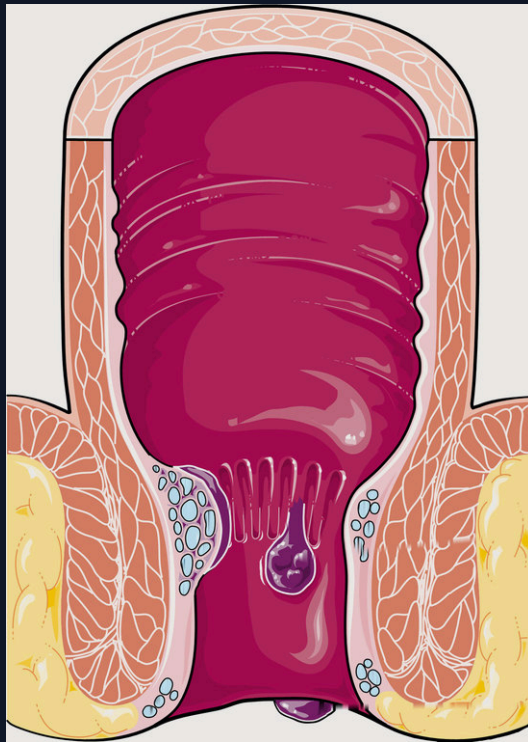

Hemorroidas

Do remédio à cirurgia — o que cada caminho resolve, o que ele custa e como decidir



Dr. Mateus Antunes Nogueira

Médico · CRM-SP 97.070 · Cirurgião do Aparelho Digestivo · RQE 46345

Hemorroidas

Do remédio à cirurgia — o que cada caminho resolve, o que ele custa e como decidir

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 42
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.

Sumário

1. O que é hemorroida, e o que não é	4
1.1 O coxim que sempre esteve lá	4
1.2 A linha que explica a dor	5
1.3 Graus: quanto o coxim desce	6
1.4 O que costuma ser confundido	7
2. Por que apareceu, e o que piora	10
2.1 A cadeia, do esforço ao sangramento	10
2.2 Quem empurra a cadeia	11
3. O que se faz antes de qualquer procedimento	14
3.1 Por onde começa	14
3.2 O resto da caixa de ferramentas	16
4. O que acontece se eu não tratar	19
4.1 Os caminhos conhecidos	19
4.2 O quarto desfecho, que é de outra natureza	20
5. Os procedimentos de consultório	23
5.1 O que acontece na sala	23
5.2 O que se sente, e quantas vezes	24
6. A cirurgia, e os três caminhos dela	28
6.1 O que muda em relação ao consultório	28
6.2 As outras duas rotas	29
7. A crise de trombose e a recuperação	32
7.1 O caroço que aparece de manhã	32
7.2 As seis semanas depois de operar	34
8. Sinais de alerta e o que levar à consulta	37
8.1 Os três níveis de pressa	37
8.2 Quem cuida disso	38
8.3 O que levar anotado	39
Glossário	41
Referências	43
Sobre o autor	45
Transparência e licenças	46

O que é hemorroida, e o que não é

EM UMA FRASE

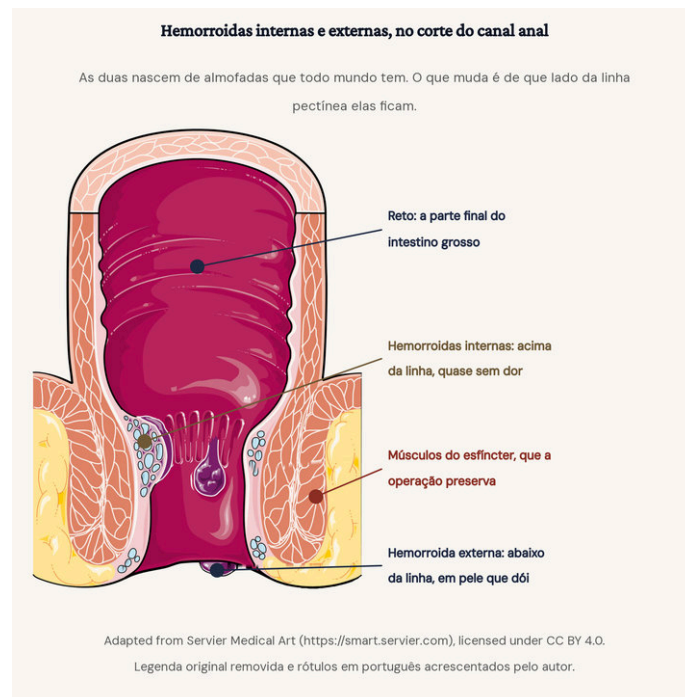
Todo mundo nasce com almofadas dentro do canal anal. A doença começa quando elas incham, afrouxam e passam a sangrar ou a descer.

1.1 O coxim que sempre esteve lá

Dentro dos últimos centímetros do intestino existem três coxins de tecido esponjoso, cheios de vasos finos. Eles se chamam almofadas hemorroidárias e estão em você desde o nascimento. A função deles é discreta e útil: preenchem o canal como uma vedação macia, e é por causa dessa vedação que a pessoa continente consegue segurar um gás sem soltar mais do que pretendia.

A palavra hemorroida, no consultório, quase sempre quer dizer outra coisa. Quer dizer a almofada que inchou, que se soltou do lugar ou que sangra ao evacuar. O órgão é normal. O que virou problema foi o comportamento dele.

Essa distinção tem consequência prática. Ninguém retira a almofada por ela existir, do mesmo modo que ninguém retira uma veia da perna por ela estar ali. O que se trata é o sintoma, e o quanto ele atrapalha a sua vida.

**FIGURA 1.1**

Hemorroidas internas e externas, no corte do canal anal. As duas nascem das mesmas almofadas; o que as separa é de que lado da linha pectínea elas ficam.

Adapted from Servier Medical Art (<https://smart.servier.com>), licensed under CC BY 4.0

A Figura 1.1 mostra esse corte. Repare na fronteira que atravessa o canal.

1.2 A linha que explica a dor

Essa fronteira tem nome: linha pectínea. Acima dela, o revestimento é mucosa, que sente pressão e distensão, mas quase não sente dor. Abaixo dela, o revestimento é pele, com as mesmas terminações nervosas do resto do corpo.

Um detalhe anômico resolve metade das dúvidas de quem chega ao consultório. A hemorroida interna nasce acima da linha e sangra sem doer. A externa nasce abaixo, e quando ela trombosa a dor chega forte e rápido. Entender essa divisão muda a conduta, porque é ela que permite ao médico colocar um anel de borracha dentro do canal, no consultório, com a pessoa acordada e sem anestesia.

**FIGURA 1.2**

Onde fica o canal anal e a linha que divide o que dói. Dois músculos envolvem o canal: um funciona sozinho, e o outro obedece a você.

Elaborado pelo autor

A Figura 1.2 localiza essas estruturas.

1.3 Graus: quanto o coxim desce

A classificação que você vai ouvir descreve uma coisa só, o quanto o coxim desce. Ela ignora o sangramento e ignora a dor, e vale a pena saber disso antes de se assustar com um número baixo ou se tranquilizar com ele.

**FIGURA 1.3**

Os quatro graus da hemorroida interna, do que fica dentro do canal ao que já não reduz mais.

Elaborado pelo autor a partir de (VAN TOL et al., 2020)

A Figura 1.3 percorre os quatro graus. Um grau I que sangra todo dia incomoda mais do que um grau II silencioso, e o tratamento segue o incômodo, com o grau como pano de fundo.

1.4 O que costuma ser confundido

Nem tudo que arde, sangra ou aparece na borda do ânus é hemorroida. A confusão custa caro, porque quatro meses de pomada em cima de uma fissura são quatro meses de dor à toa.

TABELA 1.4 — HEMORROIDA E O QUE COSTUMA SER CONFUNDIDO COM ELA

O QUADRO	COMO COSTUMA SE APRESENTAR	O QUE CHAMA A ATENÇÃO
Hemorroida interna	Sangue vivo que pinga ou risca o papel ao evacuar, sem dor; com o tempo, um caroço que sai e volta.	Costuma não doer, porque nasce acima da linha pectínea.
Fissura anal	Dor em corte na hora de evacuar, que continua por minutos ou horas depois, com pouco sangue no papel.	A dor manda no quadro. Assunto do volume sobre fissura anal.
Abscesso e fístula	Dor latejante contínua, caroço quente perto do ânus e febre; depois, saída de secreção por um orifício na pele.	Há pus, e não sangue vivo. Assunto do volume sobre fístula anal.
Plicoma	Dobra de pele mole na borda do ânus, indolor, que atrapalha a higiene e costuma sobrar depois de uma trombose.	Não sangra e não volta para dentro: é pele, e não vaso.
Sangramento a esclarecer	Sangue escuro, misturado às fezes, com mudança do hábito intestinal, perda de peso ou anemia.	Pede exame do intestino grosso antes de qualquer conclusão.

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de (VAN TOL et al., 2020) e (ASTIN et al., 2011).

A Tabela 1.4 organiza essas diferenças para acompanhar a conversa na consulta.

Quem separa uma coisa da outra é o exame. Ele começa pela inspeção da borda do ânus, segue pelo toque e termina com o anuscópio, aquele tubo curto que abre o canal por alguns segundos. Dura poucos minutos e dispensa preparo. Costuma incomodar menos do que a fama diz. Sem ele, o tratamento vira aposta.

SINAIS DE ALERTA

Sangue nas fezes nunca se presume hemorroida sem exame. Procure avaliação **na próxima consulta** se houver sangramento que se repete por semanas, ainda que sem dor; **no mesmo dia**, se houver febre com dor anal forte; e **agora, no pronto-socorro ou pelo 192**, se o sangramento encher o vaso, vier em coágulos ou vier com tontura e suor frio.

Ter hemorroida não impede ter outra coisa junto, e esta é a razão de o exame vir antes do tratamento.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Um grupo austríaco examinou por colonoscopia 976 adultos que compareciam ao programa nacional de rastreamento do câncer do intestino grosso, e olhou também o canal anal de cada um (RISS et al., 2012). Encontrou hemorroida em 380 deles. Dessas 380 pessoas, 170 tinham alguma queixa. As outras 210 não tinham nenhuma. Os autores ainda mediram o peso: a cada ponto a mais de índice de massa corporal, o risco subiu cerca de 3,5%. A leitura que interessa a quem acabou de receber o laudo está nesse par de números. Achar hemorroida no exame é comum, e mais da metade de quem a tem não sente nada. O que transforma um achado em doença é o sintoma. A diretriz europeia de doença hemorroidária, construída por um grupo multidisciplinar internacional, organiza o assunto em seis blocos, de sintomas e classificação até as técnicas cirúrgicas, e fecha com trinta e quatro recomendações (VAN TOL et al., 2020). Ela é a fonte principal deste livro.

Fonte: RISS et al., 2012; VAN TOL et al., 2020

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Pelo exame, quantos coxins estão doentes, e qual deles está sangrando?
- O que eu tenho é hemorroida mesmo, ou há outro quadro na borda do ânus junto com ela?
- Vale repetir o exame depois de um tempo de tratamento, para comparar?

Sabendo o que é e o que não é, falta a pergunta que todo mundo faz em seguida — por que isso apareceu comigo, e o que eu fiz para merecer. É o assunto do próximo capítulo.

Por que apareceu, e o que piora

EM UMA FRASE

Nenhum mecanismo conhecido transforma pimenta em hemorroida. O que transforma é pressão repetida, dia após dia.

2.1 A cadeia, do esforço ao sangramento

A hemorroida descrita até aqui é uma almofada normal que passou a se comportar mal. Falta explicar o que a empurrou para esse comportamento. A explicação decepciona quem procura um culpado.

O que sustenta a almofada no lugar é uma malha de fibras que a prende à parede do canal. Essa malha se distende com os anos e com o esforço repetido. Ao mesmo tempo, cada empurrão manda sangue para dentro do coxim e dificulta a saída desse sangue, de modo que a almofada passa mais tempo ingurgitada do que deveria. Quando a malha afrouxa o suficiente, o coxim desce.



A Figura 2.1 percorre essa cadeia. O ponto que mais surpreende está no terceiro elo: quem faz a hemorroida descer é o afrouxamento do tecido de sustentação, e o inchaço apenas acompanha.

2.2 Quem empurra a cadeia

Fezes duras e esforço para evacuar estão no topo da lista, por um motivo mecânico simples. Gravidez e parto entram por outra porta: o útero comprime as veias da pelve durante meses, e o esforço do parto completa o serviço.

O tempo sentado no vaso conta mais do que parece. A posição já solicita a almofada, e o celular estende essa solicitação de dois para quinze minutos. Tosse crônica e levantamento de peso com a respiração presa fecham o grupo. A diarreia frequente entra pela mesma porta, com fezes líquidas no lugar das duras.

Vale dizer com clareza o que não está nessa lista. Comida apimentada, cadeira fria, cerveja e banho de mar não aparecem entre as causas descritas. A pimenta arde na passagem e piora o sintoma de quem já tem o problema. Criar o problema é outra coisa.



A Figura 2.3 reúne os quatro suspeitos que mais aparecem na consulta e devolve cada um ao lugar que a evidência lhe dá.

Há uma exceção que merece nome. Quem passa o dia sentado, sem caminhar, tem intestino mais lento e evacuação mais trabalhosa, e a lista de fatores de risco registra isso.



GRÁFICO 2.2

Quantos adultos têm hemorroida ao exame, e quantos deles sentem alguma coisa.

Elaborado pelo autor a partir de (RISS et al., 2012)

O Gráfico 2.2 traduz em pessoas o que o capítulo anterior contou em números.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Uma revisão sistemática de 2023 varreu a literatura atrás de dois assuntos: com que frequência a doença hemorroidária aparece e com que frequência ela volta depois de tratada (LOHSIRIWAT et al., 2023). Quarenta e quatro publicações entraram. A revisão registra quatro fatores de risco, sem pôr um acima do outro: idade, sexo masculino, constipação e vida parada. Duas ressalvas precisam acompanhar essa leitura. A primeira é que os próprios autores apontam a escassez de dados consistentes sobre a epidemiologia da doença, com números de incidência e prevalência que variam conforme o modo de coletar. A segunda diz respeito a quem assina o trabalho: um dos autores da revisão assina pela área médica de um laboratório farmacêutico, e a parte dela que trata de medicamento se lê com essa informação à vista. Sobre o peso corporal, a medida mais direta vem do estudo austríaco de rastreamento, em que o índice de massa corporal se manteve associado à presença de hemorroida mesmo depois de corrigir os outros fatores (RISS et al., 2012).

Fonte: LOHSIRIWAT et al., 2023; RISS et al., 2012

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- O meu quadro tem alguma causa que dê para corrigir antes de pensar em procedimento?
- Os remédios que eu tomo todo dia atrapalham o meu intestino?
- Existe algo no meu trabalho ou no meu treino que esteja empurrando isso?

Identificado o que empurra, o passo seguinte é mexer exatamente aí. O capítulo a seguir trata do que se faz antes de qualquer procedimento.

O que se faz antes de qualquer procedimento

EM UMA FRASE

Nenhum creme devolve a almofada ao tamanho de antes. O que muda o jogo é tirar o esforço que a mantém dilatada.

3.1 Por onde começa

O capítulo anterior terminou numa cadeia de pressão, e nela está tudo o que faz a hemorroida aparecer e piorar. O tratamento clínico ataca o primeiro elo dessa cadeia. É por isso que ele funciona devagar, e é por isso que ele continua funcionando depois que o sintoma passa.

A fibra solúvel retém água dentro do bolo fecal. O bolo fica macio e volumoso. Ele desce sem que você precise empurrar, e o empurrão é justamente o que enche a almofada. O efeito aparece em semanas. Isso frustra. Quem esperava resultado no terceiro dia costuma abandonar o suplemento antes de ele ter chance de mostrar o que faz, e volta à consulta seguinte convencido de que a fibra não serve para nada.



A Figura 3.1 reúne o que mais falta a quem tenta por conta própria. Três informações, nenhuma delas óbvia.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

O mesmo grupo de metodologistas publicou duas versões da mesma revisão, uma na base Cochrane e outra em revista de gastroenterologia, reunindo sete ensaios randomizados e 378 participantes com hemorroida sintomática (ALONSO-COELLO et al., 2005; ALONSO-COELLO et al., 2006). Quem recebeu fibra teve risco de permanecer com sintoma equivalente a 0,53 do risco de quem não recebeu, com intervalo de confiança de 95% entre 0,38 e 0,73. Para sangramento, o risco foi de 0,50, com intervalo entre 0,28 e 0,89. Parte dos ensaios não mediu uma vez só: houve uma checagem em torno de seis semanas e outra em três meses, e o benefício não se dissolveu nesse intervalo. Falta dizer o outro lado, que os autores fazem questão de registrar. Para prolapso, dor e coceira, os intervalos saíram largos demais para sustentar conclusão. A qualidade dos estudos foi apenas moderada, e há risco de viés de publicação. Em linguagem direta: a fibra tem prova razoável para sangramento e sintoma global, e prova fraca para o resto.

Fonte: ALONSO-COELLO et al., 2006; ALONSO-COELLO et al., 2005



O Gráfico 3.2 mostra esses dois intervalos.

3.2 O resto da caixa de ferramentas

Banho de assento morno relaxa o músculo do canal e alivia por algumas horas. Pomadas e supositórios diminuem ardência e coceira. Os que têm corticoide na fórmula têm prazo para parar, porque o uso prolongado afina a pele da região. Os comprimidos flebotônicos — remédios que agem sobre a parede do vaso — se propõem a diminuir o inchaço e o sangramento da crise.

Falta um item que quase ninguém associa à hemorroida. É a constipação de anos. Quando ela está no comando, tratar o intestino vem antes de tratar a almofada, e às vezes um laxante osmótico, que é o que puxa água para dentro do intestino, prescrito por um tempo determinado, resolve mais do que qualquer pomada de farmácia comprada por conta própria. Quem define isso é quem prescreve.

A gravidez e o pós-parto merecem parágrafo próprio, porque é neles que a queixa fica mais frequente entre as mulheres — a revisão Cochrane sobre laxantes abre exatamente por aí. O que muda na prática é quem decide: fibra, laxante, pomada e flebotônico passam todos pelo pré-natal ou pela equipe que acompanha a amamentação, e não pelo balcão da farmácia. Banho de assento morno e o cuidado com a constipação continuam valendo,

e o exame da borda do ânus continua sendo o que separa hemorroida de fissura também nesse período.

TABELA 3.3 — O QUE EXISTE ANTES DE QUALQUER PROCEDIMENTO

O RECURSO	O QUE ELE SE PROPÕE A FAZER	O LIMITE HONESTO
Fibra e água	Amolecer e dar volume ao bolo fecal, para que ele saia sem empurrão. Tem a favor uma metanálise de sete ensaios randomizados, em sintoma global e em sangramento.	Demora semanas a fazer efeito e costuma dar gases no começo. Subir a dose devagar reduz esse incômodo.
Menos tempo no vaso	Reduzir a pressão sobre as almofadas: sentar sem celular, sem leitura e sem forçar, e levantar quando terminar.	Não há ensaio randomizado que meça isso isoladamente. É raciocínio de mecanismo, e não custa nada testar.
Banho de assento morno	Relaxar o músculo do canal e aliviar a dor e a ardência por algumas horas, sobretudo depois de evacuar.	Alivia enquanto dura. Não muda o grau da hemorroida nem substitui o tratamento do que causa o esforço.
Pomadas e supositórios	Diminuir ardência, coceira e desconforto local, com anestésico, anti-inflamatório ou protetor da mucosa.	Os que têm corticoide não se usam por semanas seguidas: afinam a pele da região. Quem define o tempo é quem prescreve.
Comprimidos flebotônicos	Diminuir o inchaço e o sangramento da crise, por ação sobre a parede do vaso. A revisão de 2023 registra melhora dos principais sintomas com a fração flavonoide micronizada.	A mesma revisão não achou estudo que acompanhasse recidiva com medicamento, nem estabelece por quanto tempo usar. Um dos autores dela assina pela área médica de um laboratório.

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de (ALONSO-COELLO et al., 2006), (ALONSO-COELLO et al., 2005) e (LOHSIRIWAT et al., 2023).

A Tabela 3.3 traz, ao lado de cada recurso, o limite dele. Nenhuma linha dessa tabela devolve a almofada ao tamanho original, e quem promete isso está vendendo.

**FIGURA 3.4**

Gravidez e pós-parto: por que a queixa fica mais frequente, quem decide o remédio e o que continua valendo.

Elaborado pelo autor a partir de (ALONSO-COELLO et al., 2005)

A Figura 3.4 resume esse período em três cartões, e o do meio é o que mais evita problema.

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Qual fibra você recomenda para mim, e em quanto tempo eu devo notar diferença?
- Por quantas semanas eu uso esta pomada, e o que faço quando o prazo acabar?
- Se o tratamento clínico funcionar, eu mantenho para sempre?

Resta a pergunta que quase ninguém faz em voz alta na consulta, e que este livro trata por capítulo próprio: o que acontece com quem não faz nada.

O que acontece se eu não tratar

EM UMA FRASE

Hemorroida sangra, e o sangue dela tem explicação conhecida. O risco mora em aceitar essa explicação sem nunca ter olhado o intestino por dentro.

4.1 Os caminhos conhecidos

Nada do que se faz antes de qualquer procedimento interessa a quem decidiu não fazer nada, e essa decisão é mais comum do que parece. Muita gente convive anos com sangue no papel sem procurar médico, e sai-se bem. A frase é honesta e incompleta: existem quatro desfechos conhecidos de quem deixa correr, e três deles chegam devagar.

O prolapso é o mais previsível. O coxim que voltava sozinho passa a precisar do dedo e, com o tempo, deixa de reduzir. Junto vêm coceira, umidade e sujidade na roupa íntima. Esse trio constrange mais do que o sangramento, e é o que costuma marcar a consulta. A trombose é o desfecho que não avisa: chega em horas e dói, sem respeitar o grau.

O terceiro é silencioso. Sangramento pequeno e repetido derruba o ferro ao longo de meses, e o cansaço aos esforços costuma chegar antes de a pessoa achar que o sangue era muito. Um exame de sangue simples mostra isso.

**FIGURA 4.1**

O que muda quando nada é feito, e o que não muda.

Elaborado pelo autor a partir de (VAN TOL et al., 2020) e (ASTIN et al., 2011)

A Figura 4.1 organiza esses caminhos, inclusive o que não acontece.

4.2 O quarto desfecho, que é de outra natureza

Aqui entra o ponto deste livro em que eu peço que você não relativize. Hemorroida não vira câncer. O que o sangramento dela faz é fornecer uma explicação pronta, confortável e frequentemente correta para um sintoma que às vezes tem outra causa, e a explicação pronta adia o exame.

**FIGURA 4.2**

Sangue no papel: o que costuma ser, e o que ninguém presume sem exame.

Elaborado pelo autor a partir de (ASTIN et al., 2011) e (VAN TOL et al., 2020)

A Figura 4.2 separa os quadros que mais aparecem. Nenhuma dessas linhas fecha diagnóstico sozinha, e por isso a recomendação de investigar o sangramento vale mesmo quando a hemorroida está lá, visível, à espera de levar a culpa.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Uma revisão sistemática britânica reuniu vinte e três estudos de atenção primária para medir quanto cada sintoma prediz câncer do intestino grosso (ASTIN et al., 2011). Treze deles tratavam de sangramento pelo ânus. Entre quem procurou o médico com essa queixa, a proporção das pessoas que tinham câncer variou de 2,2% a 16% conforme o estudo; somados os treze, e dentro da faixa de 50 anos ou mais, o valor combinado ficou em 8,1%, com intervalo de confiança de 95% entre 6,0% e 11%. A recomendação que sai daí é curta: sangramento pelo ânus e anemia pedem investigação por si sós, sem depender de outro sintoma para virarem motivo de exame. Vale registrar o contraponto que a mesma revisão traz: quando dor abdominal, diarreia ou constipação acompanham o sangramento, a razão de verossimilhança não sobe, o que mostra o quanto o sintoma isolado já carrega. Do lado do que volta depois de tratado, a revisão de 2023 registra taxas de recidiva que vão de zero a 56,5% conforme o estudo. Na maior parte dos trabalhos incluídos, a taxa ficou em 20% ou menos (LOHSIRIWAT et al., 2023).

Fonte: ASTIN et al., 2011; LOHSIRIWAT et al., 2023

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Diante do meu tipo de sangramento, eu preciso olhar o intestino grosso por dentro?
- O meu exame de sangue mostra queda de ferro?
- Se eu preferir esperar, o que exatamente me faria voltar antes da data marcada?

Feito o exame e esgotado o que a cozinha e a farmácia podem oferecer, abre-se a faixa de procedimentos que cabem no consultório. É o capítulo seguinte.

Os procedimentos de consultório

EM UMA FRASE

Entre o creme e o centro cirúrgico existe uma faixa inteira de tratamento, feita com a pessoa acordada, em minutos.

5.1 O que acontece na sala

O capítulo anterior fechou com o exame feito e a fibra já em uso. Para uma parte grande das pessoas nesse ponto, o próximo passo acontece na própria consulta.

Um anuscópio abre o canal por alguns segundos. O médico identifica o coxim que sangra e coloca um anel de borracha na base dele, sempre acima da linha pectínea, onde quase não há sensação de dor. Não há corte. Não há sedação.

O anel corta o suprimento de sangue daquele pedaço de tecido, que seca e se solta em alguns dias. A cicatriz que fica ancora a almofada de novo na parede.

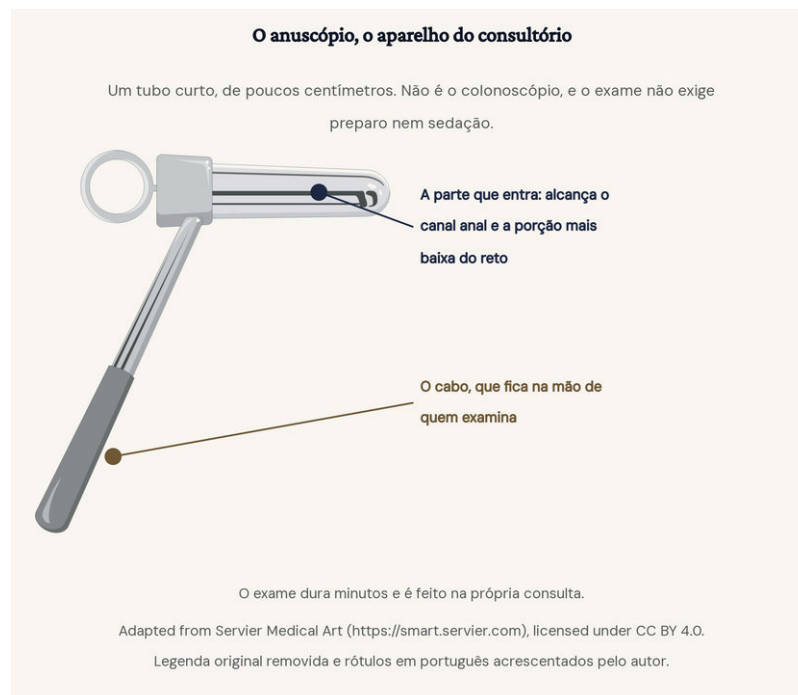


FIGURA 5.1

O anuscópio, o aparelho do consultório. É um tubo curto, sem câmera e sem preparo intestinal.

Adapted from Servier Medical Art (<https://smart.servier.com>), licensed under CC BY 4.0

A Figura 5.1 mostra o aparelho, que costuma ser confundido com o colonoscópio na conversa de sala de espera.



A Figura 5.2 percorre os três tempos do procedimento.

5.2 O que se sente, e quantas vezes

A sensação mais comum nas primeiras horas é de peso, ou de vontade de evacuar que não passa. Ela cede em um ou dois dias. Analgésico simples costuma bastar. Um sangramento pequeno é esperado no dia em que o tecido se solta, entre o quinto e o décimo dia.

A ligadura raramente resolve tudo de uma vez. Costuma-se tratar um coxim por sessão, com retorno em algumas semanas, e o número total depende de quantos coxins estão doentes. O procedimento tem dois primos: a escleroterapia e a coagulação por infravermelho. Os dois doem menos e exigem repetição mais frequente.

Nem todo mundo entra nessa faixa. Quem usa anticoagulante, quem tem doença inflamatória intestinal em atividade ou quem está imunossuprimido — com a imunidade baixa por doença ou por remédio — merece uma conversa à parte antes de qualquer anel, porque o sangramento tardio e a infecção pesam mais nesses casos. A hemorroida externa também fica de fora: ali embaixo a pele dói, e o anel seria intolerável.

**FIGURA 5.4**

Quando a ligadura pede uma conversa antes, e o que muda em cada uma dessas situações.

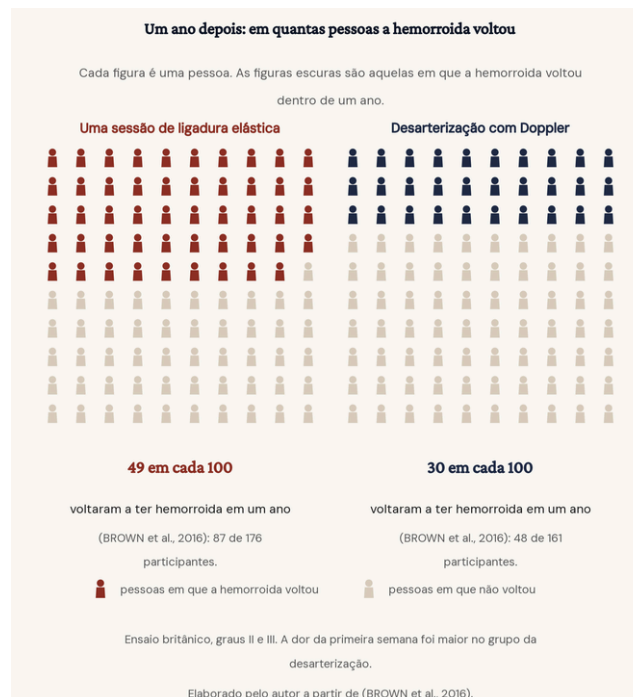
Elaborado pelo autor

A Figura 5.4 reúne essas quatro situações. Nenhuma delas fecha a porta do procedimento; todas mudam a ordem das coisas.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Um ensaio britânico sorteou 372 pessoas com hemorroidas de graus II e III entre ligadura elástica e desarterização guiada por Doppler, e acompanhou por um ano (BROWN et al., 2016). Entre as que receberam ligadura, 87 de 176 tiveram recidiva; entre as que receberam desarterização, 48 de 161. A diferença veio do número de pessoas que precisaram de procedimento adicional: 57 no grupo da ligadura contra 23 no da desarterização. A dor, essa, andou na direção oposta: no primeiro dia e no sétimo, quem fez desarterização doeu mais. Os autores encerram sugerindo que uma sequência de ligaduras pode ser preferível à opção mais invasiva, do ponto de vista do paciente e de quem paga a conta. Uma metanálise mais antiga, de dezoito ensaios randomizados, já colocava a ligadura elástica como tratamento inicial para os graus I a III, com escleroterapia e infravermelho exigindo mais retratamento, ainda que com menos dor (MACRAE; MCLEOD, 1995). Uma revisão Cochrane de três ensaios sugeriu dividir o campo por grau. Para o grau II, ligadura, com resultado semelhante ao da cirurgia e sem os efeitos dela. Para o grau III, ou para a recidiva depois da ligadura, cirurgia. Os próprios autores registram que os três ensaios tinham qualidade metodológica ruim (SHANMUGAM et al., 2005). A diretriz americana de 2018 percorre o mesmo terreno em recomendações formais (DAVIS et al., 2018).

Fonte: BROWN et al., 2016; MACRAE; MCLEOD, 1995; SHANMUGAM et al., 2005; DAVIS et al., 2018

**GRÁFICO 5.3**

Um ano depois: em quantas pessoas a hemorroida voltou, numa sessão de ligadura e na desarterização.

Elaborado pelo autor a partir de (BROWN et al., 2016)

O Gráfico 5.3 põe esses números em pessoas. Vale ler os dois lados dele antes de escolher. A comparação honesta põe de um lado um tratamento que se repete algumas vezes, com pouca dor a cada vez, e do outro um procedimento feito uma vez só, que dói mais na primeira semana. Falta ainda um dado que pesa nessa balança: o ensaio registrou quinze internações por evento adverso grave e, descontada uma pessoa do grupo da ligadura que já tinha um tumor do reto antes de entrar no estudo, das quatorze restantes doze estavam no grupo da desarterização e duas no da ligadura.

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Quantos coxins meus precisam de tratamento, e quantas sessões isso costuma significar?
- O que eu posso fazer no mesmo dia do procedimento, e o que eu adio?
- Quanto sangramento é esperado quando o anel se solta, e a partir de quanto eu ligo para você?

Quando a ligadura não segura o quadro, ou quando o coxim já não volta mais, a conversa muda de sala. O próximo capítulo entra no centro cirúrgico.

A cirurgia, e os três caminhos dela

EM UMA FRASE

As três operações resolvem o mesmo problema por rotas diferentes, e cada rota cobra um preço próprio.

6.1 O que muda em relação ao consultório

Depois da faixa que cabe na consulta, sobra um grupo. São as pessoas cujo prolapso já não reduz, e aquelas em que a ligadura foi repetida sem segurar o quadro. Para elas existem três operações, e a escolha entre elas é a decisão mais concreta deste livro.

A hemorroidectomia retira o coxim doente. O acesso é pelo próprio canal anal, sem corte na barriga, com a anestesia combinada com o anestesista. Os dois músculos do esfíncter ficam onde estão, e preservá-los é o cuidado central da operação.



A Figura 6.1 mostra esses três tempos. A ferida pode ficar aberta, para cicatrizar sozinha, ou fechada com pontos; as duas variantes são correntes, e o nome de cada uma aparece

no relatório cirúrgico.

6.2 As outras duas rotas

O grampeamento trabalha acima da linha pectínea. Um grampeador circular retira um anel de mucosa e puxa o coxim de volta para dentro, sem tocar na pele que dói. Nada é retirado do canal anal propriamente dito.

A desarterização segue outra lógica. Um aparelho de Doppler localiza os ramos arteriais que alimentam o coxim, e cada um deles é amarrado com um ponto. O tecido que desceu volta ao lugar, preso por uma sutura contínua. Também aqui nada sai.

TABELA 6.2 — OS TRÊS CAMINHOS CIRÚRGICOS, COM O CONTRA DE CADA UM

VIA	A FAVOR	CONTRA	COSTUMA SER CONSIDERADA QUANDO
Hemorroidectomia	Retira o coxim doente. Somados os dois anos do ensaio britânico, foi a técnica com a qualidade de vida à frente, e serve também ao componente externo e ao grau IV.	É a mais dolorosa nas primeiras semanas. A ferida do canal anal cicatriza devagar e o retorno às atividades demora mais.	Graus III e IV, componente externo importante, falha dos procedimentos de consultório.
Grampeamento	Trabalha acima da linha pectínea, então dói menos nas primeiras semanas e a volta ao trabalho costuma ser mais rápida.	Somada a área sob a curva dos vinte e quatro meses, a qualidade de vida ficou abaixo da excisão no mesmo ensaio.	Prolapso circunferencial de grau III sem componente externo, em serviço habituado à técnica.
Desarterização	Não retira tecido: amarra os ramos arteriais e reposiciona o coxim. Dói menos que a excisão e devolve a pessoa à rotina cerca de duas semanas antes.	Recidiva maior que a da excisão na metanálise de ensaios randomizados. Dói mais que a ligadura elástica na primeira semana.	Graus II e III com sangramento e prolapso, quando a pessoa aceita trocar durabilidade por recuperação mais curta.

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de (WATSON et al., 2016), (BROWN et al., 2016) e (JEE et al., 2024).

A Tabela 6.2 resume o comparativo, e as linhas de contra têm o mesmo peso das de a favor. Procurar uma vencedora entre as três não leva a lugar nenhum, porque elas não competem no mesmo terreno: o que decide é o seu grau, o tamanho do componente externo, o quanto de dor você aceita trocar por durabilidade e o que a equipe que vai operar faz com frequência. Essa conta se fecha na consulta, com o seu caso na mesa.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

O ensaio britânico eTHoS sorteou 777 pessoas com hemorroidas de graus II a IV entre grampeamento e excisão, e mediu qualidade de vida ao longo de vinte e quatro meses (WATSON et al., 2016). No início, o grampeamento venceu: doeu menos no curto prazo, e a qualidade de vida foi melhor nas primeiras seis semanas. A curva se inverteu depois. Somada a área sob a curva dos dois anos, a excisão ficou à frente, com diferença média de 0,073 ponto na escala de qualidade de vida, intervalo de confiança de 95% entre 0,006 e 0,140. Eventos adversos graves ocorreram em 24 de 338 pessoas operadas por grampeamento e em 33 de 352 operadas por excisão. A conclusão dos autores é que a excisão deve ser considerada a operação de escolha dentro de um plano de tratamento individualizado. Para a terceira rota, uma metanálise reuniu seis ensaios randomizados e 465 pacientes (JEE et al., 2024). A desarterização teve mais recidiva do que a excisão, com razão de chances de 2,76 e intervalo de confiança de 95% entre 1,03 e 7,38. É uma faixa larga, que quase toca o valor de nenhuma diferença. Em compensação, quem fez desarterização voltou ao estado prévio em média 14 dias antes. Sangramento, retenção urinária, incontinência — a perda de controle de gases ou de fezes — e estenose, que é o estreitamento do canal pela cicatriz, ficaram semelhantes nos dois grupos. Dentro da própria hemorroidectomia há ainda a escolha entre deixar a ferida aberta ou fechá-la com pontos: onze ensaios randomizados e 1.326 pacientes apontam menos dor, menos sangramento e cicatrização mais rápida na versão fechada, ao custo de uma operação mais demorada (BHATTI et al., 2016). A atualização de 2024 da diretriz americana revisa esse conjunto (HAWKINS et al., 2024).

Fonte: WATSON et al., 2016; JEE et al., 2024; BHATTI et al., 2016; HAWKINS et al., 2024

**GRÁFICO 6.3**

Eventos adversos graves nas duas operações, em pessoas por cem operadas. O ensaio considerou as taxas de complicação semelhantes entre os grupos.

Elaborado pelo autor a partir de (WATSON et al., 2016)

O Gráfico 6.3 traduz esses eventos em pessoas. As duas barras são parecidas de propósito: o próprio ensaio registra que as taxas de complicação cirúrgica foram semelhantes entre os grupos, e a diferença que o desenho mostra não foi testada como diferença.

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Das três operações, qual delas você faz com mais frequência, e por quê?
- Quantos dias de dor forte eu devo esperar, e com qual esquema de remédio?
- Tem alguma coisa no meu caso que desaconselhe uma dessas rotas?
- Se a hemorroida voltar depois de operada, o que se faz então?

Escolhida a técnica, sobra o que mais ocupa a cabeça de quem vai operar: a dor da primeira semana e a primeira evacuação. Antes de tudo isso pode aparecer um caroço roxo, que divide o próximo capítulo com a recuperação.

A crise de trombose e a recuperação

EM UMA FRASE

A dor da trombose começa em horas. A dor do pós-operatório é anunciada, tratada e tem prazo.

7.1 O caroço que aparece de manhã

A escolha da cirurgia, tratada até aqui, é uma decisão que se toma com calma. Este capítulo trata de duas situações em que a dor manda, e a primeira delas costuma chegar sem aviso.

Um coágulo se forma dentro de uma veia da borda do ânus. O nódulo endurece em horas, a pele em cima estica, e como esse nódulo está abaixo da linha pectínea, em pele com terminações de dor, a crise se instala com intensidade que assusta quem só conhecia o sangramento indolor.



A Figura 7.1 mostra por que a trombose dói tanto e o que se faz com ela. Enquanto o coágulo está duro e a dor no auge, retirá-lo costuma aliviar rápido; depois que ele começa a se reabsorver sozinho, abrir deixa de compensar. Não existe um número de horas que valha para todo mundo, e este livro não vai inventar um: quem diz em que ponto desse percurso você está é o exame, feito na hora, por quem vai tratar.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Uma série americana acompanhou 231 pessoas atendidas por trombose hemorroidária externa ao longo de doze anos (GREENSPON et al., 2004). Pouco mais da metade foi tratada sem cirurgia e o restante teve o coágulo retirado. O tempo médio até o sintoma resolver foi de 24 dias no grupo conservador e de 3,9 dias no grupo operado. A recorrência também separou os grupos: o intervalo médio até uma nova trombose foi de 7,1 meses depois do tratamento conservador e de 25 meses depois da retirada cirúrgica. Cabe a ressalva que os próprios autores fazem, e ela é grande. Ninguém foi sorteado. Quem chegou com dor ou sangramento como queixa principal tendeu a ser operado, o que significa que os dois grupos não eram iguais desde o começo, e nenhuma das variáveis testadas na análise previu quem teria recorrência. O número serve para dimensionar a conversa sobre a janela, e não para decidir sozinho. Sobre a dor do pós-operatório programado, a comparação entre deixar a ferida aberta e fechá-la com pontos, em onze ensaios randomizados e 1.326 pacientes, encontrou menos dor e cicatrização mais rápida na versão fechada, com diferença padronizada de médias de 0,36 a favor dela (BHATTI et al., 2016).

Fonte: GREENSPON et al., 2004; BHATTI et al., 2016



O Gráfico 7.2 põe lado a lado as duas médias dessa série.

7.2 As seis semanas depois de operar

Quem opera de hemorroida sente dor, e este livro seria desonesto se suavizasse isso. Os primeiros três dias são os piores, sobretudo na hora de evacuar. O que torna essa fase administrável é a combinação de analgésico em horário fixo, laxante combinado na alta e banho de assento morno.

A primeira evacuação assusta. Adiá-la piora tudo, porque o bolo endurece enquanto espera. Sangramento pequeno junto com as fezes é esperado nos primeiros dias.

Duas perguntas costumam ficar sem resposta na alta. A primeira é sobre continência: a operação trabalha em volta dos músculos do esfíncter e os preserva, e a perda definitiva de controle é rara. A segunda é sobre o buraco que a pessoa sente com o dedo nas primeiras semanas. Ele é a ferida aberta, e fecha.

**FIGURA 7.3**

As seis semanas depois da hemorroidectomia, do dia da operação à alta para o esforço.

Elaborado pelo autor

A Figura 7.3 organiza esse calendário. Trabalho sentado costuma voltar na segunda ou terceira semana, e esforço pesado só depois que a ferida fecha.

SINAIS DE ALERTA

Depois de um procedimento ou de uma operação, procure o serviço **imediatamente, no pronto-socorro ou pelo 192**, se houver sangramento que encha o vaso, que não pare ou que venha com tontura, palidez e suor frio.

Entre em contato com a equipe **no mesmo dia** se houver febre acima de 38 graus, vontade de urinar sem conseguir com a bexiga cheia e dolorida, ou dor que voltou a exigir remédio de hora em hora depois de já ter melhorado.

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Se aparecer um caroço doloroso de um dia para o outro, eu procuro quem, e em quanto tempo?
- Que quantidade de sangue é esperada nos primeiros dias, e a partir de quanto eu ligo?
- Quando eu volto a dirigir, ao trabalho e ao treino?

Falta o capítulo que se destaca para levar impresso: os sinais que mudam a pressa e as perguntas que valem a pena estar anotadas.

Sinais de alerta e o que levar à consulta

EM UMA FRASE

A decisão sobre hemorroida é sua. O trabalho da consulta é pôr na mesa o que cada caminho resolve e o que ele cobra.

8.1 Os três níveis de pressa

O capítulo anterior terminou no calendário da recuperação. Este recolhe os sinais espalhados pelo livro e os organiza pelo que interessa na hora do susto: com que pressa agir.



FIGURA 8.1

Sinais de alerta em três níveis, do pronto-socorro à próxima consulta.

Elaborado pelo autor a partir de (VAN TOL et al., 2020) e (ASTIN et al., 2011)

A Figura 8.1 é a página deste livro que vale guardar no celular. Fotografe-a hoje.

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; dor anal muito forte com febre e calafrio; nódulo preso para fora, roxo-escuro ou enegrecido, com dor que aumenta a cada hora.

No mesmo dia: caroço endurecido e muito doloroso que apareceu em horas na borda do ânus, ainda que sem mudar de cor; febre acima de 38 graus depois de um procedimento; vontade de urinar sem conseguir, com a bexiga cheia e dolorida; secreção com mau cheiro ou vermelhidão que aumenta ao redor do ânus; dor que voltou a exigir remédio de hora em hora.

Na próxima consulta: sangue vivo no papel que se repete por semanas, mesmo sem dor; caroço que passou a precisar do dedo para voltar ao lugar; coceira, umidade ou sujidade na roupa que não melhoram com higiene simples; cansaço novo ou palidez em quem sangra há meses.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Dois documentos sustentam a lista desta página. O primeiro é a revisão britânica de atenção primária apresentada no capítulo 4: é dela que vem a razão de o sangramento pelo ânus entrar aqui como motivo de exame por si só, sem precisar de outro sintoma ao lado (ASTIN et al., 2011). O segundo é a diretriz europeia, que reserva uma das suas seis seções às situações especiais, a parte do documento escrita para quem foge do caso comum (VAN TOL et al., 2020). Nenhum dos dois transforma esta página em substituto da consulta. A lista calibra a pressa; a conduta se define com quem examina você.

Fonte: ASTIN et al., 2011; VAN TOL et al., 2020

8.2 Quem cuida disso

Duas especialidades tratam doença hemorroidária: a coloproctologia e a cirurgia do aparelho digestivo. Quem examina e depois opera pode vir de qualquer uma das duas. O que pesa na escolha é outra coisa: a familiaridade da equipe com o canal anal e com a técnica que ela está propondo a você, somada à disposição de dizer com todas as letras o que aquela técnica cobra.

Há dois encaminhamentos que vale conhecer de antemão. Quando o sangramento pede investigação do intestino grosso, quem faz a colonoscopia é o endoscopista, e o res-

ultado volta para a consulta. Quando o quadro dominante é constipação de anos, o ganho vem de tratar o intestino antes de tratar a almofada.

Existe ainda a decisão de não decidir agora. Adiar é uma escolha legítima em quem tem sintoma leve e nenhum sinal de alerta, desde que o sangramento já tenha sido investigado e que você saiba o que muda o plano. O que não se sustenta é adiar por vergonha.

8.3 O que levar anotado



A Figura 8.2 reúne as perguntas em seis blocos. Imprima. Perguntar não atrapalha a consulta, e quem pergunta antes costuma decidir melhor depois.

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Em que grau está a minha hemorroida, e quanto do que eu sinto vem dela?
- O meu sangramento já foi investigado por dentro, ou ainda precisa ser?
- Qual caminho você indicaria para mim, e o que me faria mudar de caminho?
- Quanto tempo de dor devo esperar, e qual a chance de precisar tratar de novo?

EM UMA FRASE

Conviver com a hemorroida cobra um preço, e tratá-la cobra outro: dor, prazo de recuperação e uma taxa de recidiva que muda com a técnica. Nenhum deles tem resultado garantido. As páginas anteriores existem para que você chegue à consulta sabendo o que perguntar — e saia dela tendo escolhido, e não apenas concordado.

Glossário

Palavras que aparecem no livro e costumam gerar dúvida.

Almofada hemorroidária

Coxim de vasos, músculo e tecido de sustentação que todo mundo tem dentro do canal anal. Ele ajuda a fechar o canal com precisão, para que gases e fezes não escapem.

Hemorroida

O nome que a almofada recebe quando ela incha, sangra ou desce e passa a dar sintoma.

Canal anal

Os últimos três a quatro centímetros do tubo digestivo, envolvidos por dois músculos que mantêm o canal fechado.

Linha pectínea

A fronteira dentro do canal anal que separa a mucosa, quase sem sensação de dor, da pele, que dói.

Hemorroida interna

A que nasce acima da linha pectínea. Costuma sangrar sem doer.

Hemorroida externa

A que nasce abaixo da linha pectínea, em pele com terminações de dor.

Prolapso

A descida do coxim para fora do canal, no esforço ou de forma permanente.

Plicoma

Dobra de pele mole na borda do ânus, que costuma sobrar depois de uma crise e não sangra.

Trombose hemorroidária

Coágulo que se forma dentro de uma veia da almofada e endurece em horas, com dor.

Fissura anal

Rasgo na pele do canal anal, que dói como um corte durante e depois de evacuar.

Anuscópio

Tubo curto usado no consultório para abrir o canal anal e examinar as almofadas por dentro.

Ligadura elástica

Procedimento de consultório em que um anel de borracha é colocado na base do coxim, acima da linha pectínea.

Escleroterapia

Injeção de uma substância que provoca fibrose e endurece a base do coxim.

Hemorroidectomia

A operação que retira o coxim hemorroidário doente.

Grampeamento

Operação em que um grampeador circular retira um anel de mucosa acima da linha pectínea e reposiciona o coxim.

Desarterização

Operação que amarra os ramos arteriais que alimentam o coxim, sem retirar tecido.

Esfíncter anal

O conjunto de dois músculos em volta do canal anal, um involuntário e um voluntário, que dá a continência.

Colonoscopia

Exame que percorre o intestino grosso inteiro por dentro, com câmera, para investigar sangramento e lesões.

Fibra solúvel

Tipo de fibra que retém água dentro do bolo fecal e o deixa macio.

Flebotônico

Comprimido que age sobre a parede do vaso, com a proposta de diminuir o inchaço e o sangramento da crise.

Estenose anal

Estreitamento do canal anal pela cicatriz, que dificulta a passagem das fezes.

Incontinência anal

Perda do controle de gases ou de fezes.

Recidiva

O retorno do sintoma depois de um tratamento que tinha funcionado.

Referências

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

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: 11 set. 2026. PMID: 16405552.

ALONSO-COELLO, P. et al. Laxatives for the treatment of hemorrhoids. **The Cochrane database of systematic reviews**, [S. l.], v. 2005, n. 4, p. CD004649, 2005. DOI: 10.1002/14651858.CD004649.pub2. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004649.pub2>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 16235372.

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: 11 set. 2026. PMID: 21619747.

BHATTI, M. I.; SAJID, M. S.; BAIG, M. K. Milligan–Morgan (Open) Versus Ferguson Haemorrhoidectomy (Closed): A Systematic Review and Meta-Analysis of Published Randomized, Controlled Trials. **World journal of surgery**, [S. l.], v. 40, n. 6, p. 1509–19, 2016. DOI: 10.1007/s00268-016-3419-z. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00268-016-3419-z>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 26813541.

BROWN, S. R. et al. Haemorrhoidal artery ligation versus rubber band ligation for the management of symptomatic second-degree and third-degree haemorrhoids (HubLe): a multicentre, open-label, randomised controlled trial. **Lancet**, [S. l.], v. 388, n. 10042, p. 356–364, 2016. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)30584-0. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30584-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30584-0). Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 27236344.

DAVIS, B. R. et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Hemorrhoids. **Diseases of the colon and rectum**, [S. l.], v. 61, n. 3, p. 284–292, 2018. DOI: 10.1097/DCR.0000000000001030. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000001030>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 29420423.

GREENSPON, J. et al. Thrombosed external hemorrhoids: outcome after conservative or surgical management. **Diseases of the colon and rectum**, [S. l.], v. 47, n. 9, p. 1493–8, 2004. DOI: 10.1007/s10350-004-0607-y. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10350-004-0607-y>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 15486746.

HAWKINS, A. T. et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Hemorrhoids. **Diseases of the colon and rectum**, [S. l.], v. 67, n. 5, p. 614–623, 2024. DOI: 10.1097/DCR.0000000000003276. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000003276>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 38294832.

JEE, J. et al. Conventional Excisional Haemorrhoidectomy versus Transanal Haemorrhoidal Dearterialization for Haemorrhoids: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Digestive surgery**, [S. l.], v. 41, n. 4, p. 204–212, 2024. DOI: 10.1159/000540256. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000540256>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 39084191.

LOHSIRIWAT, V. et al. Recurrence Rates and Pharmacological Treatment for Hemorrhoidal Disease: A Systematic Review. **Advances in therapy**, [S. l.], v. 40, n. 1, p. 117–132, 2023. DOI: 10.1007/s12325-022-02351-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12325-022-02351-7>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 36331754.

MACRAE, H. M.; MCLEOD, R. S. Comparison of hemorrhoidal treatment modalities. A meta-analysis. **Diseases of the colon and rectum**, [S. l.], v. 38, n. 7, p. 687–94, 1995. DOI: 10.1007/BF02048023. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/BF02048023>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 7607026.

RISS, S. et al. The prevalence of hemorrhoids in adults. **International journal of colorectal disease**, [S. l.], v. 27, n. 2, p. 215–20, 2012. DOI: 10.1007/s00384-011-1316-3. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00384-011-1316-3>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 21932016.

SHANMUGAM, V. et al. Rubber band ligation versus excisional haemorrhoidectomy for haemorrhoids. **The Cochrane database of systematic reviews**, [S. l.], v. 2005, n. 3, p. CD005034, 2005. DOI: 10.1002/14651858.CD005034.pub2. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005034.pub2>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 16034963.

VAN TOL, R. R. et al. European Society of ColoProctology: guideline for haemorrhoidal disease. **Colorectal disease**, [S. l.], v. 22, n. 6, p. 650–662, 2020. DOI: 10.1111/codi.14975. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/codi.14975>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 32067353.

WATSON, A. J. et al. Comparison of stapled haemorrhoidopexy with traditional excisional surgery for haemorrhoidal disease (eTHoS): a pragmatic, multicentre, randomised controlled trial. **Lancet**, [S. l.], v. 388, n. 10058, p. 2375–2385, 2016. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)31803-7. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31803-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31803-7). Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 27726951.

Sobre o autor

Dr. Mateus Antunes Nogueira

MÉDICO · CRM-SP 97.070 · CIRURGIÃO DO APARELHO DIGESTIVO · RQE 46345

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

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 1.1	Hemorroidas internas e externas, no corte do canal anal. As duas nascem das mesmas almofadas; o que as separa é de que lado da linha pectínea elas ficam.	Figura_1.1_hemorroidas-in-ternas-externas.png	Adapted from Servier Medical Art (https://smart.servier.com), licensed under CC BY 4.0
Figura 1.2	Onde fica o canal anal e a linha que divide o que dói. Dois músculos envolvem o canal: um funciona sozinho, e o outro obedece a você.	Figura_1.2_canal-anal.png	Elaborado pelo autor
Figura 1.3	Os quatro graus da hemorroida interna, do que fica dentro do canal ao que já não reduz mais.	Figura_1.3_quatro-graus.png	Elaborado pelo autor a partir de (VAN TOL et al., 2020)
Figura 2.1	Por que a almofada incha, sangra e desce, do esforço diário à mucosa que se rompe no atrito.	Figura_2.1_por-que-desce.png	Elaborado pelo autor a partir de (VAN TOL et al., 2020) e (RISS et al., 2012)
Figura 2.3	O que não aparece entre as causas descritas, e por que cada um desses itens entrou na conversa popular.	Figura_2.3_o-que-nao-esta-na-lista.png	Elaborado pelo autor a partir de (LOHSIRIWAT et al., 2023)
Gráfico 2.2	Quantos adultos têm hemorroida ao exame, e quantos deles sentem alguma coisa.	Grafico_2.2_quem-tem-e-quem-sente.png	Elaborado pelo autor a partir de (RISS et al., 2012)
Figura 3.1	O que a fibra faz, e como começar sem passar mal.	Figura_3.1_fibra-e-agua.png	Elaborado pelo autor a partir de (ALONSO-COELLO et al., 2006) e (ALONSO-COELLO et al., 2005)
Gráfico 3.2	O que a fibra muda, em risco relativo, nos dois desfechos em que a metanálise encontrou efeito.	Grafico_3.2_o-que-a-fibra-muda.png	Elaborado pelo autor a partir de (ALONSO-COELLO et al., 2006)
Figura 3.4	Gravidez e pós-parto: por que a queixa fica mais frequente, quem decide o remédio e o que continua valendo.	Figura_3.4_gravidez-e-pos-parto.png	Elaborado pelo autor a partir de (ALONSO-COELLO et al., 2005)
Figura 4.1	O que muda quando nada é feito, e o que não muda.	Figura_4.1_o-que-muda-com-o-tempo.png	Elaborado pelo autor a partir de (VAN TOL et al., 2020) e (ASTIN et al., 2011)
Figura 4.2	Sangue no papel: o que costuma ser, e o que ninguém presume sem exame.	Figura_4.2_sangue-no-papel.png	Elaborado pelo autor a partir de (ASTIN et al., 2011) e (VAN TOL et al., 2020)
Figura 5.1	O anuscópio, o aparelho do consultório. É um tubo curto,		

	sem câmera e sem preparo intestinal.	Figura_5.1_anuscopio.png	Adapted from Servier Medical Art (https://smart.servier.com), licensed under CC BY 4.0
Figura 5.2	A ligadura elástica, passo a passo, do anuscópio ao tecido que se solta.	Figura_5.2_ligadura-elastica.png	Elaborado pelo autor a partir de (VAN TOL et al., 2020)
Figura 5.4	Quando a ligadura pede uma conversa antes, e o que muda em cada uma dessas situações.	Figura_5.4_quando-a-ligadura-espera.png	Elaborado pelo autor
Gráfico 5.3	Um ano depois: em quantas pessoas a hemorroida voltou, numa sessão de ligadura e na desarterização.	Grafico_5.3_recidiva-em-um-ano.png	Elaborado pelo autor a partir de (BROWN et al., 2016)
Figura 6.1	A hemorroidectomia, passo a passo: por onde se entra, o que sai e como a ferida fica.	Figura_6.1_hemorroidectomia.png	Elaborado pelo autor
Gráfico 6.3	Eventos adversos graves nas duas operações, em pessoas por cem operadas. O ensaio considerou as taxas de complicação semelhantes entre os grupos.	Grafico_6.3_eventos-graves.png	Elaborado pelo autor a partir de (WATSON et al., 2016)
Figura 7.1	A trombose hemorroidária, da crise ao alívio.	Figura_7.1_trombose.png	Elaborado pelo autor a partir de (GREENSPON et al., 2004)
Gráfico 7.2	Trombose: quantos dias em média até o sintoma passar, em cada conduta.	Grafico_7.2_dias-ate-o-alivio.png	Elaborado pelo autor a partir de (GREENSPON et al., 2004)
Figura 7.3	As seis semanas depois da hemorroidectomia, do dia da operação à alta para o esforço.	Figura_7.3_seis-semanas.png	Elaborado pelo autor
Figura 8.1	Sinais de alerta em três níveis, do pronto-socorro à próxima consulta.	Figura_8.1_alerta-tres-niveis.png	Elaborado pelo autor a partir de (VAN TOL et al., 2020) e (ASTIN et al., 2011)
Figura 8.2	O que levar anotado para a consulta, agrupado por momento da decisão.	Figura_8.2_o-que-perguntar.png	Elaborado pelo autor

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 declara não ter recebido patrocínio, amostra de cortesia, honorário de palestra ou qualquer outra contrapartida de fabricantes de equipamentos, instrumentais, próteses ou medicamentos citados nesta obra. Nenhum hospital, operadora, indústria ou fabricante patrocinou esta obra.

A ilustração da capa e as duas pranchas anatômicas do interior (Figuras 1.1 e 5.1) são adaptações do acervo Servier Medical Art, usadas sob licença CC BY 4.0, com este crédito: Adapted from Servier Medical Art (<https://smart.servier.com>), licensed under CC BY 4.0. Foram removidas as legendas em inglês, trocado o fundo e acrescentados os rótulos em português; o logotipo não é reproduzido.

A tabela desta página lista as figuras e os gráficos do livro. As três tabelas — 1.4, 3.3 e 6.2 — foram elaboradas pelo autor, e cada uma traz a sua fonte impressa logo abaixo dela, no capítulo em que aparece.

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.

Colofão. Composto em Crimson Pro (títulos) e DM Sans (texto), da identidade visual do autor. Paginado com CSS Paged Media e gerado em 2026. Formato A4 retrato.