



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS



Magno Otávio Salgado de Freitas

**TRAJETÓRIA E PERCEPÇÃO DE INDIVÍDUOS SUBMETIDOS À
HEMORROIDECTOMIA**

Montes Claros, MG
2016

Magno Otávio Salgado de Freitas

TRAJETÓRIA E PERCEPÇÃO DE INDIVÍDUOS SUBMETIDOS À HEMORROIDECTOMIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Cuidado Primário em Saúde.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Linha de Pesquisa: Educação em Saúde e Avaliação de Programas e Serviços.

Orientadora: Profa. Dra. Cristina Andrade Sampaio

Montes Claros , MG
2016

F862t

Freitas, Magno Otávio Salgado de.
Trajetória e percepção de indivíduos submetidos à hemorroidectomia
[manuscrito] / Magno Otávio Salgado de Freitas. – 2016.
74 f. : il.

Inclui Bibliografia.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros -
Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em
Saúde/PPGCPS, 2016.

Orientadora: Profa. Dra. Cristina Andrade Sampaio.

1. Hemorroidas. 2. Hemorroidectomia. 3. Cartografia – Pesquisa qualitativa.
I. Sampaio, Cristina Andrade. II. Universidade Estadual de Montes Claros. III.
Título.

Catálogo: Biblioteca Central Professor Antônio Jorge

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Reitor: Professor João dos Reis Canela

Vice-reitor: Professor Antônio Alvimar de Souza

Pró-reitor de Pesquisa: Professor Rômulo Soares Barbosa

Coordenadoria de Acompanhamento de Projetos: Professora Karen Tôrres Corrêa Lafetá de Almeida

Coordenadoria de Iniciação Científica: Professora Vanessa Souto Vieira

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Professor Dario Alves de Almeida

Pró-reitor de Pós-graduação: Professor Hercílio Martelli Júnior

Coordenadoria de Pós-graduação *Lato-sensu*: Karina Gisele Cevalles Viana

Coordenadoria de Pós-graduação *Stricto-sensu*: Professor Ildenílson Meireles Barbosa

PROGRAMA DE PÓS-GRADUACAO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE

Coordenador: Professor Antônio Prates Caldeira

Coordenadora Adjunta: Professora Maísa Tavares de Souza Leite



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE



CANDIDATO: MAGNO OTÁVIO SALGADA DE FREITAS

TÍTULO DO TRABALHO: "Trajetória e percepção de indivíduos submetidos a hemorroidectomia"

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Saúde Coletiva

LINHA DE PESQUISA: Educação em Saúde e Avaliação de Programas e Serviços

BANCA (TITULARES)

PROF^a. DR^a. CRISTINA ANDRADE SAMPAIO (ORIENTADORA/PRESIDENTE)
PROF. DR. ILDENILSON MEIRELES BARBOSA
PROF^a DR^a MAISA TAVARES DE SOUZA LETIE

ASSINATURAS

BANCA (SUPLENTES)

PROF^a DR^a. MARIA APARECIDA VIEIRA
PROF. DR. JOÃO FELÍCIO RODRIGUES NETO

ASSINATURAS

APROVADO

REPROVADO

AGRADECIMENTOS

Muitos são os agradecimentos a serem realizados, visto que, vários foram os passos dados para que este momento se realizasse.

À Deus, que me fez ter a certeza da sua existência, me abençoando, iluminando e empoderando para que pudesse vencer todas as etapas do mestrado.

Aos meus pais, exemplos máximos de vida para mim, que mesmo sem a presença física me abençoaram e me fizeram persistir, e sei que estão felizes e orgulhosos.

À minha esposa, Andrea, aos meus filhos, Otávio e Maria Luiza, e a minha cunhada, Adriana, família verdadeira que entenderam o motivo das minhas ausências e respeitaram este momento, torcendo pelo meu sucesso.

À minha orientadora, Cristina Andrade Sampaio, que nesta trajetória me manteve no caminho certo, com seus conhecimentos e perseverança.

À Maria Fernanda Santos Figueiredo que me auxiliou e incentivou na construção de um dos produtos dessa dissertação.

À acadêmica Jaciara Aparecida Dias Santos pela dedicação e responsabilidade demonstrada.

À todos os amigos e colegas que vivenciaram as dificuldades e souberam superá-las comigo.

Aos professores do curso que por meio de seus ensinamentos me ajudaram a fixar os conceitos.

Aos professores da minha banca, Maísa Tavares e Ildenilson Meireles que deram o toque final para o fechamento da dissertação.

Meu muito obrigado.

RESUMO

As hemorroidas são plexos arteriovenosos que circulam o reto distal e o canal anal. Estão presentes em todos os indivíduos desde o nascimento e tornam-se sintomáticas quando aumentadas de tamanho, inflamadas, trombosadas ou em prolapso. Afligem 4,4% da população mundial. Sobre essa temática, foram conduzidos dois estudos: uma revisão integrativa de literatura com o objetivo de conhecer as técnicas cirúrgicas utilizadas no tratamento da doença hemorroidária grau III e IV e uma pesquisa de campo que teve como objetivo conhecer a trajetória e percepção dos pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico da mesma doença. A revisão integrativa tratou-se de um estudo exploratório da literatura publicada nos anos de 2009 a 2015, das bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Medical Literature Analysis and Retrieval System On-Line* (MEDLINE), *US National Library of Medicine* (PUBMED) e no Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) com os descritores: hemorroidectomia e hemorroidas e foram selecionados 19 artigos. Como resultados, nas quatro técnicas mais descritas, o tempo cirúrgico variou de 19, 58 a 52 minutos e recidivas de 5%, de 17,5 a 35 minutos e as recidivas de 7,5% a 8, 2%, de 23 a 35 minutos e houve de 20% a 22,5% de recidivas, de 12,5 e 13,2 minutos e 3,5% de recidivas. Verificou-se que as técnicas convencionais ainda são as mais realizadas com uma boa aceitação quanto à resolução em longo prazo e, baixo índice de recidivas valendo ressaltar, que essas técnicas são disponibilizadas pelo sistema único de saúde. No estudo de campo realizou-se uma pesquisa, que privilegiou a Cartografia como norteadora da elaboração dos resultados e análise dos dados. A produção dos dados ocorreu por meio de entrevistas gravadas e transcritas na íntegra, no período de março a junho de 2015, em uma Policlínica e em um hospital público do município de Montes Claros, MG e foram realizadas doze entrevistas. Os resultados foram analisados segundo os princípios da Cartografia, e evidenciaram a existência de processos de subjetivação, que por meio de afetamentos, fazem com que os pacientes demonstrem um pensamento transcendente, exemplificado pela sensação de um autoconhecimento da doença, inclusive correlacionando-a com possíveis causas hereditárias, comportamentais e alimentares. Evidenciou-se uma escalada pelos vários níveis de atenção à saúde, normatizados pelo sistema público, deixando transparecer em alguns momentos um pensamento molar, impedindo o surgimento de um acontecimento, reduzindo a potência e deixando de atingir um plano de imanência com a completa resolução do problema. As linhas duras, evidenciadas pela demora em se conseguir um tratamento, pelo medo e pela vergonha, favoreceram a automedicação e o agravamento dos sintomas. Notou-se o surgimento de linhas de fuga, como a decisão em procurar um profissional da saúde incentivado pelos amigos e familiares, que potencializaram a realização de um pensamento imanente, o que propiciou a cura do problema. Percebeu-se pelos discursos, que apesar do incômodo no pós-operatório, os resultados foram compensadores, com alto grau de satisfação, e, assim estes indivíduos recomendam o tratamento cirúrgico.

Palavras-chave: Hemorroidas. Hemorroidectomia. Cartografia. Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

The hemorrhoids are arteriovenous plexus circulating the distal rectum and the anal canal. They are present in all individuals since birth and become symptomatic when increased in size, inflamed, thrombosed or prolapsed. Afflicts 4.4% of the world's population. On this theme, two studies were conducted: a integrative literature review in order to meet the surgical techniques used to treat the hemorrhoidal grade III and IV disease and a field research aimed to know the history and perception of patients submitted to Surgical treatment of the same disease. The integrative review was an exploratory study of literature published in the years of 2009-2015 in the databases LILACS, SciELO, MEDLINE, PUBMED and Portal CAPES with the descriptors: hemorrhoidectomy and hemorrhoids. 19 articles were selected. As a result, the four most described techniques, the surgical time ranged from 19,58 to 52 minutes and relapses of 5%, from 17.5 to 35 minutes and recurrences of 7.5% to 8, 2%, from 23 to 35 minutes, there were 20% and 22.5% of relapse, of 12.5 and 13.2 minutes, and 3, 5% of relapses. To show it up, it was discovered that conventional techniques are still the most commonly performed with a good acceptance on the long-term resolution and low rate of recurrence. The field study, was an exploratory study of qualitative approach, favoring the mapping as the primary methodology for analyzing the results. Data production were collected through recorded and transcribed interviews, in the period of March to June 2015, in a polyclinic and a public hospital in the city of Montes Claros, Minas Gerais. Twelve interviews were done. The results were analyzed according to the principles of cartography and discourse analysis. They demonstrated the existence of subjective processes, that through affectation, make patients demonstrate a transcendent thought, exemplified through the feeling of a self-knowledge of the disease, including correlating it with possible hereditary, behavioral and dietary causes. It was clear a switching in various health care levels, normatized by the public system, making clear at times a molar thought, preventing the rizing of an event, reducing power and failing to reach a plan of immanence with full resolution of the issue. The hardliners, evidenced by the delay in getting treatment, by fear and shame, favored self-medication and the worsening of symptoms. Escape routes were noted, such as the decision to seek a healthcare encouraged by friends and family, which allowed the performance of an immanent thought, resulting in cure. In conclusion, speeches make it clear that despite the postoperatively discomfort, the results have paid off, with a high degree of satisfaction, thus recommending surgery.

Keywords: Hemorrhoids. Hemorrhoidectomy. Cartography. Qualitative research

LISTA DE SIGLAS

CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
DH	Doença Hemorroidária
EVA	Escala Visual Analógica
FEPEG	Fórum de Ensino, Pesquisa, Extensão e Gestão
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System On-Line</i>
<i>PUBMED</i>	<i>US National Library of Medicine</i>
PSF	Programa de Saúde da Família
PPH	Procedimento para Prolapso Hemorroidário
<i>SciELO</i>	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
THD	Desarterialização Hemorroidária Transanal
UNIMONTES	Universidade Estadual de Montes Claros

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Organograma 1.Distribuição dos estudos conforme o tempo cirúrgico, dor, retorno às atividades e recidivas na técnica convencional,2009-2015.	38
FIGURA 2	Organograma 2.Distribuição dos estudos conforme o tempo cirúrgico, dor, retorno às atividades e recidivas na técnica PPH, 2009-2015.	39
FIGURA 3	Organograma 3.Distribuição dos estudos conforme o tempo cirúrgico, dor, retorno às atividades e recidivas na técnicaLigasure,2009-2015.	41
FIGURA 4	Organograma 4.Distribuição dos estudos conforme o tempo cirúrgico, dor, retorno às atividades e recidivas na técnica THD, 2009-2015.	43
FIGURA 5	Linhas duras.	57
FIGURA 6	Linhas flexíveis.	58
FIGURA 7	Percepções dos indivíduos acerca da doença hemorroidária	59
FIGURA 8	Trajetória dos indivíduos submetidos à hemorroidectomia	61
FIGURA 9	Percepções dos indivíduos acerca da hemorroidectomia	62

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 Hemorroidas: anatomia, conceito, classificação e funções.....	12
1.2 Aspectos epidemiológicos.....	13
1.3 Fatores predisponentes e sintomatologia.....	13
1.4 Diagnóstico e tratamento.....	14
1.5 Complicações cirúrgicas.....	15
1.6 Acesso aos serviços de saúde.....	15
1.7 A Cartografia.....	16
1.8 A Micropolítica e a Macropolítica.....	17
2 OBJETIVOS.....	19
2.1 Objetivo Geral.....	19
2.2 Objetivos Específicos.....	19
3 METODOLOGIA.....	20
3.2.1 Cenário da pesquisa.....	21
3.2.2 Estratégia para coleta de dados.....	21
3.2.3 Análise e interpretação de dados.....	22
3.2.4 Preceitos éticos.....	22
4 PRODUTOS CIENTÍFICOS.....	23
Artigo de revisão integrativa submetido ao <i>Journal Of Coloproctology</i> em setembro/2015: “Hemorroidectomia: Análise das Principais Técnicas” e aceito em 2/2016.....	24
Artigo de estudo exploratório e qualitativo submetido ao Periódico Ciência e Saúde Coletiva: "Processos de subjetivação no desenrolar do tratamento cirúrgico de pacientes com doença hemorroidária".....	48
Resumo Expandido apresentado no IX Fórum de Ensino, Pesquisa, Extensão e Gestão (FEPEG) em setembro de 2015 na UNIMONTES, Montes Claros, MG: "Análise das principais técnicas cirúrgicas para Doença Hemorroidária".....	67
Resumo Simples apresentado no IX Fórum de Ensino, Pesquisa, Extensão e Gestão (FEPEG) em setembro de 2015 na UNIMONTES, Montes Claros, MG: "Hemorroidectomia: trajetória e percepção de pacientes".....	68

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
REFERÊNCIAS.....	70
ANEXO A: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	73

1.1 Hemorroidas: anatomia, conceito, classificação e funções

Hemorroidas são plexos arteriovenosos que circulam o reto distal e o canal anal. Estão presentes em todos os indivíduos desde o nascimento e tornam-se sintomáticas quando aumentadas de tamanho, inflamadas, trombosadas ou em prolapso (HALVERSON, 2007).

Elas são verdadeiros coxins de tecido conjuntivo fibroelástico, ricos em plexos vasculares e com múltiplas anastomoses arteriovenosas, situados na região da submucosa anorretal, que se comportam como uma “almofada”, ajudando na continência anal e permitindo a oclusão anal em repouso (CRUZ *et al.*, 2007).

Paralelamente ao fato de ser uma das doenças mais estudadas, é também das mais desconhecidas, sendo seus conhecimentos eivados de credices, atavismos e folclores (HALVERSON, 2007; CRUZ *et al.*, 2007).

O tecido hemorroidário tem três funções principais. Primeiro mantém a continência anal, pois o preenchimento vascular constitui 15 a 20% da pressão anal em repouso. Segundo, protege o mecanismo esfínteriano durante a evacuação ao formar uma almofada esponjosa (ALLAN *et al.*, 2006). Finalmente, forma um revestimento compressível, permitindo o encerramento completo do ânus. A doença hemorroidária requer a presença de alterações patológicas responsáveis pela hemorragia, prolapso ou trombose (ALONSO *et al.*, 2006).

Pela localização anatômica, as doenças hemorroidárias (DH) podem ser classificadas em “internas” (submucosa anorretal acima do ligamento de Parks 36, recobertas por epitélio mucoso), “externas” (abaixo do ligamento de Parks, recobertas por pele modificada do canal anal) e “mistas” (extensões internas e externas) (MISRA; IMLITEMSU, 2005).

As hemorroidas externas surgem do plexo hemorroidário inferior e estão cobertas por epitélio estratificado da anoderme. As hemorroidas internas localizam-se acima da linha dentada ou pectínea, surgem do plexo hemorroidário superior, estão cobertas por epitélio colunar e são compostas por artérias e veias, tecido conjuntivo e músculo liso (DENNISON *et al.*, 1989).

Estas hemorroidas internas são classificadas ainda em graus, sendo o primeiro grau quando sangram, mas não se prolapsam; segundo grau quando prolapsam ao esforço defecatório e retornam espontaneamente para o interior do canal anal; terceiro grau quando prolapsam e tem redução manual e quarto grau quando prolapsam e não se reduzem. As hemorroidas mistas (interno-externas) surgem acima e abaixo da linha pectínea (GREENBERG *et al.*, 2006).

1.2 Aspectos epidemiológicos

Quanto à epidemiologia, há muitas controvérsias sobre a incidência absoluta de DH. Isso se deve a uma série de diferenças entre as metodologias utilizadas nos estudos, que divergem desde a denominação da DH até os critérios diagnósticos. Embora a maioria dos autores admita predominância da DH no homem, há relatos de incidências maiores no sexo feminino (GREENBERG *et al.*, 2006).

Quanto à incidência, a doença hemorroidária pode ocorrer em ambos os sexos sendo mais comum no gênero masculino (2:1). No Brasil não há dados precisos a respeito. Os principais fatores de risco são nível socioeconômico elevado, hereditariedade, obesidade, tabagismo, dieta rica em gorduras, álcool, especiarias e pimenta, bem como baixa ingestão de líquidos (COSTA; SILVA, 2012).

1.3 Fatores predisponentes e sintomatologia

O desenvolvimento dos sintomas é devido a uma série de fatores, incluindo ingurgitamento venoso e enfraquecimento do tecido conectivo que suporta essas estruturas vasculares e da mucosa subjacente. Quando esses plexos arteriovenosos passam a ser sintomáticos, denomina-se Doença Hemorroidária (DH) (CRUZ, 2008).

São citados como fatores para o desenvolvimento da patologia: o esforço defecatório excessivo, a pressão intra-abdominal aumentada, a ausência de valvas nos vasos hemorroidários, a posição vertical da espécie humana, a obstipação crônica – à qual é aumentada durante a gravidez - e os fatores genéticos (ALVARENGA *et al.*, 2008).

A sintomatologia varia de acordo com a classificação da doença. A *doença hemorroidária externa* manifesta-se por tumefação perianal dolorosa, na trombose aguda. Raramente

sangram, a não ser quando a trombose causa necrose e ulceração da pele sobrejacente. Em contraste, as *hemorroidas internas* revelam-se, habitualmente, por hemorragia de sangue vermelho vivo, indolor, que pinga no sanitário ou suja o papel, no fim do esforço defecatório. Quando são grandes e prolapsam, pode ocorrer desconforto e prurido associados à escorrência de muco e pequenas partículas de fezes (BLEDAY; BREEN, 2010).

1.4 Diagnóstico e tratamento

O diagnóstico é feito a partir da sintomatologia e do exame proctológico. Os sintomas mais indicativos são o prolapso e o sangramento. Outros sintomas que podem surgir incluem: sensações anorretais fora do ato defecatório (mamilos anais, dermatite irritativa, dor em pontada, latejante, em pressão, sensação de pressão retal, sensação de plenitude retal, secreção fecal, mucosa e sanguinolenta nas roupas), sensações ao ato defecatório (dificuldade, dor, exteriorização com redução espontânea ou manual, sensação de evacuação incompleta) (BLEDAY; BREEN, 2010).

O exame proctológico deve ser completo – inspeção, palpação, toque e retossigmoidoscopia, além de manobras de esforço. Exames complementares não são imprescindíveis, uma vez que o diagnóstico é clínico, mas pode-se usufruir da colonoscopia para diagnósticos diferenciais (BREEN; BLEDAY, 2010).

Os vários tratamentos para DH incluem abordagens clínicas, não-cirúrgicas e cirúrgicas. Dentre os primeiros devem ser salientados, desde medidas higiênicas e dietéticas até medicações que atenuam seus mais variados sintomas, como ardência, dor, prurido, dentre outros. O arsenal de abordagens não-cirúrgicas inclui escleroterapia, crioterapia, ligadura elástica e fotocoagulação (BREEN; BLEDAY, 2010).

O tratamento cirúrgico é indicado para os pacientes cujos sintomas são refratários ao tratamento conservador, e para os pacientes com doença hemorroidária volumosa. O objetivo da hemorroidectomia é a excisão dos componentes internos e externos dos plexos hemorroidários e dos tecidos comprometidos. O tratamento cirúrgico para a doença hemorroidária é necessário em cerca de 10% dos pacientes. Diferentes técnicas cirúrgicas têm sido descritas para os graus III e IV e a escolha da técnica geralmente é a da preferência do cirurgião. Durante o último século, hemorroidectomias abertas e fechadas foram propostas

por Milligan-Morgan e Ferguson, respectivamente, e tornaram-se os métodos mais populares para o tratamento dessa condição (ALVARENGA *et al.*, 2008).

Quanto ao tempo transcorrido entre a indicação cirúrgica e a cirurgia propriamente dita existem diferenças entre pacientes da rede particular e convênios e pacientes da rede pública, que chegam a ser em intervalos de 04 a 06 meses (CARVALHO; GIANINE, 2008).

Tema central no nosso estudo, a técnica de Milligan-Morgan, tem sido bastante discutida quanto à via anestésica adequada. Para uns a anestesia melhor é o bloqueio raquidiano, mas para outros é o bloqueio peridural, a anestesia geral e a anestesia local que melhoram as queixas pós-operatórias (CAPELHUCHINK, 2002).

1.5 Complicações cirúrgicas

As complicações precoces mais comuns das hemorroidectomias são retenção urinária e sangramento. Fatores que podem contribuir para a retenção urinária incluem severidade da doença hemorroidária, uso de opióides e aumento da reposição hídrica endovenosa intra-operatória. Já o sangramento de pouco volume que não necessita de tratamento pode ser encontrado em até 6% dos pacientes após hemorroidectomia. Esse sangramento geralmente ocorre dentro dos três primeiros dias de pós-operatório. Sangramento tardio tende a ocorrer entre o sétimo e o décimo sexto dia de pós-operatório e, aparentemente, os homens são mais propensos a apresentá-lo. Outras complicações comuns são estenose do canal anal e ectopia da mucosa. A estenose anal é mais comum quando a excisão é feita em uma área extensa da circunferência hemorroidária. A ectopia da mucosa é resultado do desalinhamento da linha dentada no momento da hemorroidectomia (CRUZ *et al.*, 2009).

A percepção do paciente sobre a hemorroidectomia ainda é tema pouco abordado no âmbito coloproctológico. Estigmas sobre hemorroidectomia pela técnica aberta ainda precisam ser esclarecidos como: dor pós-operatória considerável e, às vezes, recuperação longa e incômoda (MADOFF; FLESHMAN, 2004).

1.6 Acesso aos serviços de saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da sua rede de Atenção Primária, Estratégia de Saúde da Família ou Unidade Básica disponibiliza o acesso do paciente ao clínico geral que por meio de um sistema de referência o encaminha para avaliação especializada sendo então indicado o melhor tratamento para cada caso. O SUS disponibiliza o tratamento cirúrgico pela técnica convencional, sendo que todas as outras técnicas mais recentemente criadas para tentar atenuar os desconfortos apontados na convencional não são oferecidas pelo sistema.

1.7 A Cartografia

A ciência moderna estava calcada na razão, na consciência, no sujeito soberano, no progresso e na totalidade do mundo. A partir da segunda metade do século XX, surge um movimento filosófico que sustenta a visão de mundo existencial, em que a vivência e a percepção do ser humano sobre suas experiências são essenciais. Inaugura-se a era das pesquisas qualitativas, que visam, ao aprofundamento no mundo dos significados, das ações e das relações humanas. A pesquisa qualitativa persegue o mundo social, buscando as vivências, as experiências e a cotidianidade. Com a evidência da fragilidade do método científico moderno, baseado em testes, questionários padronizados, estatísticas e *softwares* de última geração, para absorver o que ocorre, de fato, na vida, surge então um conhecimento não dualista, que não faz separação entre natureza/cultura, objetivo/subjetivo, quantitativo/qualitativo e insiste na produção de um conhecimento local e transitório, que reconhece a necessidade de uma pluralidade metodológica (ROMAGNOLI, 2009; PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2012).

A Cartografia é apresentada por Gilles Deleuze e Félix Guattari (DELEUZE; GUATTARI, 1995), como um novo método de produzir conhecimento, fundamentado numa crítica ao modo tradicional de conceber as pesquisas. A Cartografia é uma valiosa ferramenta de investigação para abordar a complexidade, colocando problemas, investigando o coletivo de forças em cada situação. É compreendida como método, como outra possibilidade de conhecer; não arte de um modelo pré-estabelecido, mas indaga o objeto de estudo a partir de fundamentação própria, afirmando uma diferença, em uma tentativa de reencontrarmos o conhecimento diante da complexidade. Nesta proposta o papel do pesquisador é central; a produção do conhecimento se dá a partir das percepções, sensações e afetos vividos no encontro com seu campo, seu estudo, que não é neutro nem isento de interferências, e tampouco é centrado nos significados atribuídos por ele (ROMAGNOLI, 2009).

O método Cartográfico envolve a criação, a arte e a implicação do autor, pesquisador cartógrafo. Busca além do qualitativo, romper com a separação sujeito e objeto, contrapor a forma de pensar dicotômica, convocando a imanência, buscando conexões e abrindo-se para o que afeta a subjetividade. Esta subjetividade é constituída por múltiplas linhas e planos de forças que atuam ao mesmo tempo: linhas duras que detém a divisão binária de sexo, profissão, camada social, que classificam, sobrecodificam os sujeitos, e linhas flexíveis que possibilitam o afetamento da subjetividade, permitindo-lhe agenciar; e quando isso acontece criam-se linhas de fuga que convergem em processos coletivos trazendo o novo (ROMAGNOLI, 2009).

A Cartografia é tomada como um mapa, em constante processo de produção, e experimentação contínua capaz de criar novas coordenadas de leitura da realidade. Não é um conjunto de regras prontas para serem aplicadas, requer habitar o território investigado e a implicação do pesquisador no trabalho de campo, tendo pistas como referências de calibragem do caminhar no percurso da pesquisa, o Hodós-Metá. A Cartografia aponta para a construção de saídas e inspirações para quem se propõe a estudar a realidade (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2011).

1.8 A Macropolítica e a Micropolítica em Saúde

A macropolítica em saúde é representada por normas e diretrizes instituídas pelo poder público e que por vezes, vem excessivamente burocratizada e fragmentada. No Sistema Único de Saúde temos o exemplo do Programa Saúde da Família (PSF), que reflete esta diretriz normativa, quando opera sob a lógica de ações programáticas com determinações de horários específicos para atender certos tipos de clientelas , as fichas e senhas, por fim, normas que impõem amarras aos trabalhadores, que ficam constrangidos no objetivo de produzir o cuidado. Entende-se como um aprisionamento do trabalho vivo, que impede as relações positivas com os usuários (FRANCO, 2006).

A micropolítica é entendida como o agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e no cenário em que eles se encontram. Acredita-se que a rede de saúde deva ser caracterizada pelo seu caráter rizomático e operar na micropolítica do processo de trabalho em saúde, tendo o trabalho vivo em ato como o elemento central nessa atividade produtiva. A macropolítica e a

micropolítica não devem se contrapor e sim agir em sinergia nos processos de saúde (FRANCO, 2006).

Neste estudo percebeu-se a forte presença da micropolítica efetuando o seu papel de potencializadora das ações em saúde, resultando em rupturas na rede e criando linhas de fuga que instituíram maior resolutibilidade aos problemas dos usuários.

Nesse sentido, este estudo pretendeu compreender a trajetória e percepção dos indivíduos submetidos a hemorroidectomia e também conhecer a realidade atual sobre quais técnicas cirúrgicas estão sendo mais utilizadas no tratamento da doença hemorroidária, tanto no Brasil como em outros países.

2.1 Objetivo Geral

- Compreender a trajetória e percepção dos indivíduos submetidos à hemorroidectomia.

2.2 Objetivos Específicos

- Mapear a trajetória dos indivíduos submetidos à hemorroidectomia desde os primeiros atendimentos na atenção primária até a cirurgia;
- Descrever a “rede de cuidados” pela qual o indivíduo teve acesso;
- Compreender a experiência vivenciada pelos indivíduos;
- Realizar uma revisão de literatura sobre as técnicas cirúrgicas utilizadas no tratamento da doença hemorroidária grau III e IV.

A pesquisa sobre a temática Doença Hemorroidária foi desenvolvida em duas fases: uma revisão integrativa e uma pesquisa de campo.

3.1 Fase1

Revisão Integrativa: estudo descritivo realizado por meio de uma revisão integrativa acerca das atuais técnicas cirúrgicas utilizadas no tratamento da doença hemorroidária grau III e IV.

Utilizou-se nesta pesquisa, publicações disponíveis de 2009 a 2015 nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *US National Library of Medicine* (PUBMED) e do Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). A busca ocorreu no período de março a maio de 2015. Os descritores utilizados foram: “hemorroidectomia” e “hemorroidas”. O uso desses descritores decorreu do fato de ser possível englobar e permitir um resultado diversificado em relação às técnicas cirúrgicas.

Procedeu-se à leitura dos títulos e resumos dos artigos para identificação dos estudos que contemplavam o objetivo proposto, considerando os seguintes critérios de inclusão: estudos publicados em revistas nacionais e internacionais, escritos em língua inglesa, espanhola e portuguesa; acessados em texto completo e gratuito. Os estudos foram analisados por dois pesquisadores e revisados por um terceiro pesquisador e, as possíveis dúvidas foram dirimidas entre eles.

Para a coleta de dados, elaborou-se uma planilha com sete itens para garantir a transcrição dos aspectos mais significativos dos artigos, foram utilizadas as seguintes: nome da publicação; autoria/ano; local da publicação; objetivo; desenho e conclusão/recomendação. Foram dispostos no instrumento de coleta, na ordem em que foram encontrados e selecionados durante a pesquisa.

Os resultados analisados resultaram no artigo de revisão "Hemorroidectomia: análise das principais técnicas" enviado para o *Journal of Proctology* em setembro/2015 e aceito em fevereiro 2016.

Pesquisa, descritiva qualitativa que privilegiou a Cartografia como método principal na produção de dados.

Fundamentada na obra de Gilles Deleuze e Félix Guattari (DELEUZE; GUATTARI, 1995), a Cartografia objetiva acompanhar processos, visando à investigação de maneira intervencionista e utilizando um reconhecimento atento. É um método importante para avaliar condições subjetivas e complexas (ROMAGNOLI, 2009; PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2012).

Esse tipo de pesquisa traz contribuições importantes para os estudos da subjetividade, contrapondo-se ao paradigma moderno, que concebe o método científico positivista tradicional como um instrumento de excelência para explicitação das verdades dos indivíduos. A pesquisa qualitativa busca interpretar o que os indivíduos dizem sobre o tratamento a que se submeteram e como lidam com isto (PAULON; ROMAGNOLI, 2010).

3.2.1 Cenário da pesquisa

A pesquisa foi realizada em uma unidade de saúde pública do município de Montes Claros-MG onde foram feitos atendimentos da Atenção Básica e a consulta médica, resultando assim no diagnóstico da doença hemorroidária; também em acompanhamentos pós-operatórios em um Hospital universitário, onde foram realizadas as cirurgias.

Os participantes deste estudo foram aqueles submetidos à hemorroidectomia no período de julho de 2014 a janeiro de 2015, os quais aceitaram participar da pesquisa por meio de entrevistas individuais.

3.2.2 Estratégia para coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em três fases:

Fase 1 - Exploratória: nesta fase foi realizado um levantamento dos indivíduos submetidos à hemorroidectomia no período de julho de 2014 e janeiro de 2015. A coleta de dados foi realizada por meio do livro de registros do bloco cirúrgico.

Fase 2 - Foram identificados os indivíduos submetidos à hemorroidectomia e que se encaixaram nos critérios de inclusão. Esses foram contactados para que participassem do estudo. Nessa fase, os prontuários de internação e evolução foram analisados, identificando

Fase 3 - Foram agendadas entrevistas com os participantes, em profundidade e guiadas pela questão norteadora: **qual a sua percepção sobre o tratamento cirúrgico a que se submeteu (hemorroidectomia)?** As entrevistas foram gravadas e transcritas, mediante a autorização dos entrevistados e, ocorreram nas dependências de um hospital universitário e de uma policlínica municipal.

Critérios de inclusão:

- Ter o diagnóstico de doença hemorroidária de grau IV ou mista,
- Ter sido operado sob anestesia local com sedação,
- Ter aceitado participar do estudo,
- Residir em cidades da região do Norte de Minas Gerais.

Critério de exclusão:

- Ter sido submetido a tratamento de outras patologias anorretais no mesmo ato da hemorroidectomia.

3.2.3 Análise e interpretação dos dados

As entrevistas gravadas foram transcritas na íntegra e analisadas segundo o referencial da Cartografia.

3.2.4 Preceitos éticos

Após o consentimento livre e esclarecido com aquiescência e assinatura dos participantes foi entregue aos entrevistados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com a descrição da pesquisa e a informação de que a mesma foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Montes Claros-MG, sob o Parecer 911.381/2014, de acordo com a resolução 466/12/CNS, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012) (ANEXO A).

*Artigo de revisão integrativa submetido ao *Journal Of Coloproctology* em setembro/2015
“Hemorroidectomia: análise das principais técnicas” e aceito em fevereiro/2016.

*Artigo exploratório e qualitativo, submetido ao periódico *Ciência e Saúde Coletiva*:
"Processos de subjetivação no desenrolar do tratamento cirúrgico de indivíduos com doença hemorroidária"

*Resumo expandido: "Análise das principais técnicas cirúrgicas para Doença Hemorroidária"
apresentado em evento científico – IX Fórum de Ensino, Pesquisa, Extensão e Gestão (FEPEG), UNIMONTES, Montes Claros, MG, em setembro de 2015.

*Resumo simples: "Hemorroidectomia: trajetória e percepção de indivíduos " apresentado em
evento científico – IX Fórum de Ensino, Pesquisa, Extensão e Gestão (FEPEG),
UNIMONTES, Montes Claros, MG, em setembro de 2015.

Artigo de revisão integrativa submetido ao *Journal Of Coloproctology* em setembro/2015:"Hemorroidectomia: Análise das Principais Técnicas" e aceito em fevereiro de 2016.

Magno Otávio Salgado de Freitas^a, Jaciara Aparecida Dias Santos^b, Maria Fernanda Santos Figueiredo^c, Cristina Andrade Sampaio^d

^aColoproctologista, Pós-graduando do Programa de Pós Graduação em Cuidado Primário em Saúde, Departamento de Clínica Cirúrgica da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), Montes Claros, MG, Brasil

^bAcadêmica de Medicina da Universidade Estadual de Montes Claros(Unimontes), Montes Claros, MG, Brasil. Bolsista do Programa de Iniciação Científica da Fapemig

^cDoutora em Ciências da Saúde, Professora do Programa de Pós Graduação em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), Montes Claros, MG, Brasil

^dDoutora em Saúde Coletiva, Professora do Programa de Pós Graduação em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), Montes Claros, MG, Brasil

Autor para correspondência

E-mail:freitasmagno49@gmail.com (M. O. S. Freitas)

Introdução: O tratamento cirúrgico da doença hemorroidária é utilizado para cerca de 5 a 10% dos casos em que os tratamentos conservadores não surtiram efeito.

Objetivo: Descrever as técnicas cirúrgicas mais utilizadas no tratamento da doença hemorroidária grau III e IV à luz da literatura.

Métodos: Trata-se de um estudo descritivo, com revisão integrativa da literatura publicada nos anos de 2009 a 2015, das bases de dados LILACS, SciELO, MEDLINE, PUBMED e no Portal da CAPES; a partir dos seguintes descritores: hemorroidectomia e hemorroidas, no período de março a maio de 2015.

Resultados: Foram selecionados 19 artigos. Nas quatro técnicas mais descritas, o tempo cirúrgico variou de 19, 58 a 52 minutos e recidivas de 5%, de 17,5 a 35 minutos e as recidivas de 7,5% a 8, 2%, de 23 a 35 minutos e houve de 20% a 22,5% de recidivas, de 12,5 e 13,2 minutos e 3,5% de recidivas.

Conclusão: As técnicas convencionais ainda são as mais realizadas com uma boa aceitação quanto à resolução em longo prazo e, baixo índice de recidivas.

Descritores: Hemorroidectomia; Hemorroidas.

ABSTRACT

Introduction: Surgical treatment of hemorrhoidal disease is used in about 5-10% of cases where conservative treatments have not been effective.

Objective: To know the surgical techniques used in the treatment of hemorrhoidal grades III and IV disease in the light of literature.

Methods: This is an exploratory study, with integrative literature review published in the years of 2009 to 2015, in the databases LILACS, SciELO, MEDLINE, PUBMED and the Portal of CAPES; under the following descriptors: hemorrhoidectomy and hemorrhoids, from March to May 2015.

Results: 19 articles were selected. In the four most described techniques, the surgical time ranged from 19, 58 to 52 minutes and relapses of 5%, from 17.5 to 35 minutes and recurrences of 7.5% to 8, 2%, 23-35 minutes, there were 20% and 22.5% of relapse, 12.5 and 13.2 minutes, and 3, 5% of relapses.

Conclusion: Conventional techniques are still the most commonly performed with a good acceptance on the long-term resolution and low rate of recurrence.

Key words: Hemorrhoidectomy; Hemorrhoids.

A doença hemorroidária (DH) é uma patologia que aflige cerca de 4,4% da população mundial, sendo o distúrbio anal mais comum. A distribuição por idade demonstra uma incidência maior entre pacientes de 45 a 65 anos, com diminuição do acometimento após os 65 anos, bem como o fato de os homens serem mais frequentemente afetados do que as mulheres.^{1,2} A causa provável do surgimento das hemorroidas, conforme a teoria de Thompson, de 1975, seria o prolapso dos coxins vasculares anais, que são constituídos por fibras musculares - tecido de consistência fibroelástico e plexos vasculares com anastomoses arteriovenosas.³

A DH pode ser interna ou externa, em função da sua relação com a linha denteada. É ainda classificada em graus que variam de um a quatro, sendo que os graus três e quatro são os mais graves. As possíveis etiologias dessa enfermidade incluem esforço prolongado, gravidez, constipação, hereditariedade, aumento da pressão intra-abdominal com a obstrução do retorno venoso e, provavelmente o envelhecimento. Assim, os pacientes com hemorroidas podem relatar sangramento vermelho brilhante no reto, dor anal, massas protrusas, prurido, ardência e incômodo.⁴

Atualmente, há várias possibilidades terapêuticas para o tratamento das hemorroidas sendo que as opções variam desde mudanças nos hábitos alimentares, medicações que amenizam os sintomas, o uso de técnicas ambulatoriais como a crioterapia, escleroterapia, fotocoagulação e ligadura elástica, até técnicas cirúrgicas de excisão dos mamilos hemorroidários afetados pela doença.^{5,6}

O tratamento cirúrgico é utilizado para cerca de 5 a 10% dos casos em que os tratamentos conservadores não surtiram efeito; sendo eleitos para o procedimento os pacientes com hemorroidas grau três e quatro, sintomáticos, ou com quadro agudo que não melhoraram com outros tipos de tratamentos.³

As técnicas cirúrgicas são frequentemente descritas como de cinco tipos básicos: aberta e fechada, propostas por Milligan-Morgan e Ferguson, respectivamente, além da semifechada, amputativa e com hemorroidopexia grampeada (PPH).⁵ Em relação às taxas de complicações, a hemorroidectomia apresenta índices que variam de 3% a 12%, sendo as mais comuns: retenção urinária, dor local, hemorragia, estenose anal, fístula perianal, incontinência anal e recidivas.⁷

Diante disso, a reflexão acerca das principais técnicas cirúrgicas utilizadas no tratamento da doença hemorroidária grau III e IV, bem como dos aspectos inerentes a cada técnica que interfiram no melhor prognóstico para o paciente - considerando a dor pós-operatória, recidivas, tempo cirúrgico e o retorno as atividades habituais -, faz-se necessária. No entanto, pouco se tem discutido na literatura internacional e menos ainda, na nacional. Dessa forma, esta pesquisa tem como objetivo conhecer as técnicas cirúrgicas utilizadas no tratamento da doença hemorroidária grau III e IV, à luz da literatura.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo que se delineou a partir de uma revisão integrativa da literatura científica acerca das atuais técnicas cirúrgicas utilizadas no tratamento da doença hemorroidária grau III e IV. A opção por esse método decorreu da possibilidade de agrupar, avaliar e sintetizar o resultado de pesquisas sobre um determinado assunto de forma organizada e sistemática, sendo utilizada para uma compreensão mais abrangente dos estudos a respeito do tema proposto e, funcionando como ferramenta de síntese de trabalhos publicados e consagrados cientificamente.⁸

Utilizou-se nesta pesquisa, publicações disponíveis de 2009 a 2015 nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System On-Line), PUBMED e do Portal da CAPES. A busca ocorreu no período de março a maio de 2015. Os descritores utilizados foram: “hemorroidectomia” e “hemorroidas”. O uso destes descritores decorreu do fato de ser possível englobar e permitir um resultado diversificado em relação às técnicas cirúrgicas.

Procedeu-se à leitura dos títulos e resumos dos artigos para identificação dos estudos que contemplavam o objetivo proposto, considerando os seguintes critérios de inclusão: estudos publicados em revistas nacionais e internacionais, escritos em língua inglesa, espanhola e portuguesa; acessados em texto completo e gratuito. Foram excluídos artigos de revisão, teses, editoriais, cartas ao editor e estudos em que o foco principal não fosse a análise das técnicas cirúrgicas utilizadas na doença hemorroidária grau III e IV. Os estudos foram analisados por dois pesquisadores e revisados por um terceiro pesquisador e, as possíveis dúvidas foram dirimidas entre estes.

Para a coleta de dados, elaborou-se uma planilha com sete itens para garantir a transcrição dos aspectos mais significativos dos artigos, sendo essas variáveis: nome da publicação, autoria/ano, local da publicação, objetivo, desenho e conclusão/recomendação. Foram dispostos no instrumento de coleta na ordem em que foram encontrados e selecionados durante a pesquisa.

A partir da estratégia definida, a busca bibliográfica resultou em 202 artigos, sendo que 70 foram encontrados na base de dados da MEDLINE, 63 no PUBMED, 17 na LILACS, 38 no portal da CAPES e 14 no SciELO. Destes, após a leitura dos títulos e resumos, foram identificados 47 estudos potencialmente relevantes, que em seguida foram lidos, criteriosamente, na íntegra. Destes artigos, 19 foram selecionados por atender rigorosamente aos critérios de inclusão.

A análise do material selecionado foi realizada por meio da leitura crítica e qualitativa que permitiu identificar convergências, possibilitando o seguinte agrupamento por eixos temáticos: técnicas convencionais (Ferguson e Milligan-Morgan), PPH (Procedimento para prolapso hemorroidário), THD (desarterialização transanal das hemorroidas) e LigaSure que também foram delimitados de acordo com os principais assuntos presentes nas discussões e resultados dos estudos: tempo cirúrgico, recidivas, dor pós-operatória e retorno às atividades. Após a interpretação dos resultados, realizou-se a síntese do conhecimento.

Os resultados obtidos são visualizados no quadro 1, no qual são identificados: o nome da publicação, autoria, local de publicação, objetivo da publicação, desenho da publicação e conclusão/recomendação.

Quadro 1. Distribuição dos artigos selecionados, segundo nome da publicação, autoria, local de publicação, objetivo da publicação, desenho da publicação e conclusão/recomendação, 2009-2015.

Nome da publicação	Autoria	Local da publicação	Objetivo da publicação	Desenho da publicação	Conclusão/ Recomendação
Evaluación funcional y encuesta de satisfacción de los pacientes operados de hemorroides con técnica de PPH	Heine, Cápona, López, Larach, Larach, Kronberg, <i>et al.</i> (2010)	Revista Chilena de Cirugía	Conhecer a evolução e percepção dos pacientes operados de hemorroidas com a técnica de PPH a médio prazo.	Estudo de Investigação	A maioria dos pacientes avaliaram favoravelmente a hemorroidectomia por PPH em termos de resolução dos sintomas pós-operatório, estado funcional e satisfação geral a médio prazo.
Surgical complications in 2, 840 cases of hemorrhoidectomy by Milligan-Morgan, Ferguson and combined techniques	Santos, Coutinho, Meyer, Sampaio e Cruz (2012)	Journal of Coloproctology	Analisar e atualizar 87 casos de complicações cirúrgicas decorrentes de uma série de 2.840 pacientes submetidos à hemorroidectomia usando Milligan-Morgan, Ferguson e técnicas mistas ao longo do período de 46 anos de atividade profissional desta especialidade (1965 a 2011).	Artigo original	A aceitação da indicação cirúrgica para hemorroidectomia foi de 25,7%, sendo mais comum e melhor aceita em mulheres do que em homens. Foi realizada com mais frequência em pacientes nas quarta, quinta e terceira décadas de vida e a incidência global de complicações cirúrgicas foi de 3,0%. As complicações mais comuns foram: estenose anal e sangramento grave, não havendo diferença entre as técnicas cirúrgicas empregadas.
Hemorroidectomia convencional versus Hemorroidopexia Mecânica (PPH). Estudo retrospectivo de 253 casos	Marianelli, Machado, Almeida, Baraviera, Falleiros, Lolli, <i>et al.</i> (2009)	Revista Brasileira de Coloproctologia	Rever a experiência do serviço de coloproctologia do HSPM-SP no tratamento cirúrgico da doença hemorroidária.	Estudo Documental	O método mais utilizado para o tratamento cirúrgico das hemorroidas foi a hemorroidectomia convencional. Observou-se ainda que a hemorroidopexia mecânica (PPH) apresentou tempo operatório mais curto e recuperação pós-operatória mais rápida. Além disso, houve maior tendência a complicações tardias e recidivas, com necessidade de uma nova intervenção cirúrgica, no grupo de hemorroidectomia convencional.
Hemorroidectomía cerrada y semicerrada: Estudio prospectivo aleatorizado	Azolas, Villalón, Danilla, Hasbún, Gatica e Salamanca (2010)	Revista Chilena de Cirugía	Comparar os resultados da hemorroidectomia cerrada versus a semicerrada em termos de dor, complicações, tempo operatório e cicatrização.	Estudo de Investigação	O estudo não revelou diferenças significativas para a hemorroidectomia fechada e semifechada em relação à dor, complicações pós-operatórias, cicatrizes e tempo cirúrgico.
Estudio comparativo entre hemorroidectomía cerrada de	Jaramillo, Beltrán, Bozzo,	Revista Colombiana de	Comparar a hemorroidectomia convencional, representada pela técnica	Artigo Original	A hemorroidectomia com LigaSure reduz significativamente o tempo cirúrgico, sendo comparável

Ferguson y hemorroidectomía com LigaSure	Larracheae González (2011)	Cirurgia	de Ferguson e a hemorroidectomia com a LigaSure.		em termos de dor pós-operatória e complicações a hemorroidectomia de Ferguson.
Nueva técnica quirúrgica para el tratamiento de la enfermedad hemorroidal	Roldós (2010)	Revista Cubana de Cirurgia	Diminuir a morbidade do tratamento cirúrgico da enfermidade.	Artigo Original	A técnica proposta fornece uma nova opção para melhorar a morbidade no pós-operatório do tratamento cirúrgico em pacientes com doença hemorroidária. É necessário realizar estudos randomizados controlados com técnicas de hemorroidectomia.
Análisis y Resultados de la Operación de Ferguson em el Tratamiento de la Enfermedad Hemorroidal	Ferrari, Jamier, Barrionuevo e Andrada (2013)	Revista Argentina deColoproctología	Avaliar prospectivamente os resultados obtidos a partir de uma serie de hemorroidectomias efetuadas com a técnica de Ferguson.	Artigo Original	A hemorroidectomia com a técnica de Ferguson resultou em um procedimento adequado e eficaz para o tratamento de hemorroidárias grau II ou III, com uma baixa taxa de complicações pós-operatórias.
Procedimiento para hemorroidescon prolapso de mucosa: Técnica de Longo. Reporte preliminar.	Mederos, Pinto e Manzaneda (2009)	Revista Medica Herediana	Avaliar a eficácia e segurança da PPH em pacientes portadores de hemorroidas grau III e IV com prolapso de mucosa retal.	Artigo Original	A hemorroidectomia por PPH é eficaz no tratamento de sintomas de hemorroidas grau III e IV com prolapso da mucosa, pelo menos a curto e médio prazo.
Hemorroidectomía com Ligasure vs diatermia convencional: Análisis retrospectivo monocéntrico	Papis, Parodi, Herrerías, Sánchez, Gómez, Sierra, <i>et al.</i> (2013)	Acta gastroenterologica Latinoamericana	Comparar os resultados cirúrgicos entre a hemorroidectomía realizada segundo a técnica de Milligan-Morgan com utilização De Ligasure™ e a realizada com diatermia convencional.	Artigo Original	A hemorroidectomia realizada com Ligasure se mostrou ser uma técnica segura, com baixo índice de dor pós-operatória e menos complicações.
Milligan-Morgan hemorrhoidectomy with anal cushion suspension and partial internal sphincter resection for circumferential mixed hemorrhoids	Lu, Shi, Wang, Wu, Liu e Wen (2013)	World Journal Gastroenterology	Identificar um protocolo de tratamento mais eficaz para hemorroidas mistas circunferenciais.	Artigo Original	A hemorroidectomia pela técnica Milligan-Morgan é o melhor tratamento para hemorroidas mistas circunferenciais e pode ser amplamente utilizada em ambientes clínicos.
Clinical observations on the treatment of prolapsing hemorrhoids with is sue selectingtherapy	Wang, Zhang,Zeng, Zhang, Zhu, Liu, <i>et al.</i> (2015)	World Journal Gastro enterology	Comparar os efeitos e as complicações pós-operatórias entre o tecido da terapêutica por grampeador e Milligan-Morgan hemorroidectomia.	Artigo Original	A terapêutica por grampeador para prolapso hemorroidário grave é uma técnica satisfatória para uma recuperação mais rápida, menores taxas de complicações e maior segurança de operação.
Laser Hemorrhoidoplasty Procedure vs Open Surgical Hemorrhoidectomy: a Trial Comparing 2 Treatments for Hemorrhoids of Third and Fourth Degree	Maloku, Gashi, Lazovic, Islami e Juniku-Shkololli (2014)	Acta Informatica Medica	Comparar o procedimento a laser para hemorroidas sintomáticas com o procedimento cirúrgico aberto em tratamento ambulatorial	Artigo Original	O procedimento a laser para hemorroidas foi mais eficaz do que a hemorroidectomia cirúrgica aberta. A dor pós-operatória e o tempo de duração da cirurgia são apenas dois indicadores para esta diferença.

Comparison of Ligasure Hemorrhoidectomy with Conventional Ferguson's Hemorrhoidectomy	Khanna, Khanna, Bhadani, Singh e Khanna (2010)	Indian Journal Surgery	Comparar Ligasure TM com hemorroidectomia convencional 'fechado' de Ferguson para o tratamento de grau III e IV hemorroidas.	Artigo Original	A hemorroidectomia Ligasure é segura e eficaz, com menos perda de sangue, dor pós-operatória e complicações em comparação com hemorroidectomia convencional. Tecnicamente, é muito mais simples, porque não é necessária sutura e hemóstase.
Milligan-Morgan Hemorrhoidectomy vs Stapled Hemorrhoidopexy.	Kashani, Mehrvarz, Nzeini e Erfanian (2012)	Trauma Monthly	Avaliar e comparar os resultados desses dois procedimentos cirúrgicos em termos de recuperação, melhora dos sintomas e incidência de complicações	Artigo original	Ambas as técnicas são métodos eficazes para o tratamento de grau III e IV hemorroidas e estão associados com mais do que 95% da taxa de recuperação. No geral, os resultados são os mesmos em ambas as técnicas. Baixa dor pós-operatória foi a única vantagem da técnica de grampeamento sobre a técnica Milligan-Morgan.
Como o Coloproctologista Brasileiro Vê a Doença Hemorroidária – Análise de Dados Colhidos de Questionário Dirigido aos Especialistas Filiados à Sociedade Brasileira de Coloproctologia	Cruz, Alvarenga, Constantino, Andrade, Gomes, Faria, <i>et al.</i> (2009)	Revista Brasileira de Coloproctologia	Analisar as respostas a um amplo questionário com 52 perguntas sobre doença hemorroidária (DH)	Artigo Original	A principal indicação cirúrgica da Doença Hemorroidária foi a intensidade de sintomas (64,47%), com preferência pela técnica aberta de Milligan-Morgan (65,79%).
Transanal haemorrhoidal dearterialisation with mucopexy versus stapler haemorrhoidopexy: a randomised trial with long-term follow-up	Lucarelli, Picchio, Caporossi, De Angelis, Di Filippo, <i>et al.</i> (2013)	Annals of the Royal College of Surgeons England	Comparar os resultados a longo prazo da desarterialização hemorroidária transanal (THD) com mucopexy e grampeador haemorrhoidopexy (SH) em tratamento de grau III e IV hemorroidas.	Artigo Original	A taxa de recorrência após THD com mucopexy é significativamente maior do que após o SH a longo prazo, embora os resultados são semelhantes em relação ao controle dos sintomas e satisfação do paciente.

Resultados a um ano após desarterialização hemorroidal guiada por doppler	Gomez-Rosado, Sanchez-Ramirez, Capitan-Morales, Valdes-Hernandez, Reyes-Diaz, Cintas-Catena, <i>et al.</i> (2012)	Cirurgia Espanola	Avaliar a segurança e eficácia desta técnica (desarterialização hemorroidal guiada por Doppler) após acompanhamento de um ano.	Artigo Original	A desarterialização hemorroidária guiada por doppler parece ser eficaz após um ano, com baixo índice de complicações.
Stapled hemorrhoidectomy; results of a prospective clinical trial in Saudi Arabia	Guraya e Khairy (2013)	Journal of Clinical and Diagnostic Research	Avaliar a eficácia da hemorroidectomia grampeada (SH), em termos de cura dos sintomas e o controlo da dor pós-operatória.	Artigo Original	A SH é um remédio cirúrgico seguro, rápido e conveniente para hemorroidas grau III e grau IV com baixo índice de complicações, dor pós-operatória mínima, e alta precoce do hospital.
Stapled hemorrhoidopexy e Initial experience from a general surgery center	Jaiswal, Gupta e Davera (2013)	Medical Journal Armed forces India	Conhecer a experiência inicial de um serviço hospitalar com relação à técnica de grampeamento.	Artigo Original	O método do PPH é associado com menos dor pós-operatória e rápida retomada da atividade da vida diária. Embora o procedimento pareça simples de executar, pode estar associado a complicações graves e ainda não pode ser considerado o padrão de cuidado no tratamento operatório de hemorroidas internas.

Na análise dos artigos selecionados, foram encontrados quatro estudos que compararam as técnicas convencionais (aberta e fechada) com a técnica PPH ; quatro avaliaram a técnica PPH; duas publicações analisaram o PPH com a THD; quatro artigos abordaram apenas as técnicas convencionais; quatro estudos também analisaram as técnicas convencionais com o LigaSure e um estudo analisou, isoladamente, a técnica THD. O número e a porcentagem de artigos em relação ao ano de publicação também foi considerado neste estudo, como descritos na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição da amostra segundo o ano de publicação: 2009-2015.

Ano	N	%
2009	3	15,8
2010	4	21
2011	1	5,3
2012	3	15,8
2013	6	31,5
2014	1	5,3
2015	1	5,3
Total	19	100

Observou-se que o período com a maior quantidade de publicações foi o ano de 2013 com 6 (31,5%) artigos. Os anos de 2011, 2014 e 2015 apresentaram 1 artigo cada (5,3%). O menor número de publicações de artigos originais no último ano, deveu-se ao fato de que muitas das publicações foram através de revisões de literatura, que neste estudo não foram computados por estarem nos critérios de exclusão. Quanto ao país de origem das publicações foi perceptível, conforme tabela 2, que o Brasil e o Chile apresentaram o maior número de publicações, 3 (15,7%) cada um.

Tabela 2. Distribuição da amostra segundo o país de origem das publicações: 2009-2015.

País	N	%
Arábia Saudita	1	5,3
Argentina	1	5,3
Brasil	3	15,7
Chile	3	15,7
China	2	10,52
Cuba	1	5,3
Espanha	2	10,5
Índia	2	10,5
Iran	1	5,3
Itália	1	5,3
Kosovo	1	5,3
Peru	1	5,3
Total	19	100

Foi verificado que as quatro técnicas mais utilizadas foram as convencionais, PPH, THD e LigaSure.

3.1 Técnicas cirúrgicas convencionais

As técnicas convencionais mais utilizadas foram a aberta (Milligan-Morgan) e a fechada (Ferguson). A técnica aberta é considerada o padrão-ouro para o tratamento cirúrgico da doença hemorroidária grau IV. Inicialmente, esta técnica foi proposta por Salmon em 1830 e popularizada, desde 1937, por Milligan e Morgan e, consiste, basicamente, na excisão do tecido hemorroidário com ligadura do pedículo vascular e dissecação do mesmo deixando a ferida aberta para cicatrização por segunda intenção. Já a técnica fechada é considerada clássica, foi descrita na literatura por Ferguson, em 1931 e publicada em 1959, por James

Ferguson e Richard Heaton. É caracterizada por uma excisão do tecido hemorroidário com ligadura do pedículo vascular, mas com sutura das áreas dissecadas e ressecadas. O procedimento cirúrgico apresenta tempo operatório reduzido, além de proporcionar ao paciente uma menor formação de cicatrizes e a preservação da sensibilidade anal.⁶

3.1.1 Tempo cirúrgico e retorno às atividades habituais

Conforme dados descritos no organograma 1, o tempo cirúrgico da técnica convencional varia entre 24,8 a +/- 5,1 minutos. Assim, o estudo comparativo entre a LigaSure e a Ferguson de Jaramillo *et al.*⁹ conduzido no setor de cirurgia do Hospital Regional de Rancagua, no Chile, demonstrou que a técnica fechada apresentou tempo cirúrgico de 24,3 min +/- 7 min. Em contrapartida, a comparação entre estas mesmas técnicas descritas na publicação de Khanna *et al.*¹⁰ do Departamento de Cirurgia da Universidade Banaras Hindu da Índia evidenciou que a técnica de Ferguson obteve 29 minutos de duração.

Já a pesquisa comparativa de Maloku *et al.*² entre a técnica de hemorroidectomia a laser e a convencional aberta que foi realizada em Aloka, hospital em Kosovo, apresentou tempo cirúrgico de 26,74 minutos. A investigação desenvolvida por Lu *et al.*¹¹, na China, com a técnica aberta (Milligan-Morgan) obteve o menor tempo operatório que foi de 19,58 min +/- 2,71 minutos. O maior tempo cirúrgico foi descrito em um estudo brasileiro de Marianelli *et al.*⁷ que comparou a técnica convencional e a PPH em um hospital de São Paulo, sendo que a técnica convencional durou cerca de 52 minutos e a PPH 31 minutos, aspecto este que apresentou significância estatística. Um tempo longo de cirurgia pode expor o paciente a um maior risco de infecção, já que o mesmo perde a primeira barreira de proteção, a pele contra os microorganismos, podendo ocorrer sepse perianal e perineal como complicação.¹²

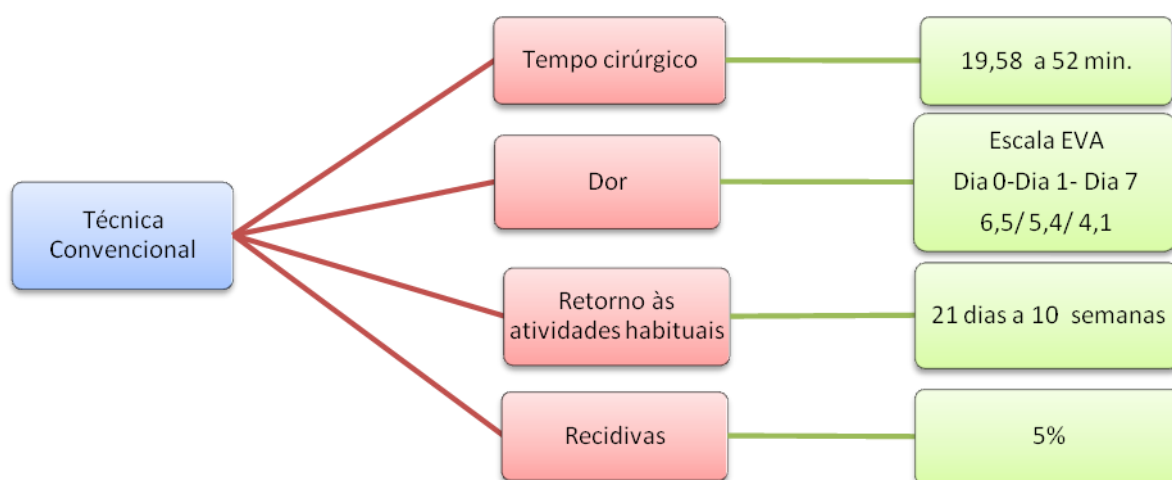
No que diz respeito ao retorno às atividades, ocorreu entre 21 dias e 10 semanas. Na pesquisa de Khanna *et al.*¹⁰ foi de 21 dias. Azolas *et al.*¹² salientam em seu estudo comparativo entre a técnica fechada e semifechada realizado no departamento de Cirurgia Ambulatorial do Hospital Barros LucoTrudeau no Chile que o retorno ocorreu por volta de 30 dias. A publicação de Roldós¹³ descreve que o regresso à vida habitual pelos pacientes ocorreu antes dos 29 dias. Marianelli *et al.*⁷ descreveram em seu estudo que o regresso às atividades ocorreu em 10 semanas. Um estudo de metanálise que analisou os resultados de comparações da hemorroidectomia convencional com a LigaSure®, em 10 artigos, demonstrou que a utilização de Ligasure foi estatisticamente superior em vários aspectos, incluindo menor tempo de operação, dor pós-operatória, retorno mais rápido às atividades e menor taxa de complicações.¹

3.1.2 Dor e recidivas

A dor pós-operatória avaliada neste estudo seguiu a escala EVA (Escala Visual Analógica) presente na maioria das pesquisas selecionadas. A EVA é uma ferramenta que auxilia na mensuração da intensidade da dor, bem como a eficácia e efetividade do tratamento destinado ao paciente. Quanto ao grau de dor, varia de 0 a 10, sendo que 0 está relacionado à ausência total de dor e 10 ao nível de dor máxima suportável.¹⁴

Em média, a dor no dia zero obteve grau 6,5 (moderada); no primeiro dia 5,4 (moderada) e no sétimo dia, 4,1 (leve) e a recidiva foi de 5%. Jaramillo *et al.*⁹ observaram em seu estudo que a dor no dia 0 foi 6,1 no dia 1 de 4,8 e no dia 7 de 6,3, sem nenhuma recidiva encontrada. Na pesquisa de Khanna *et al.*¹⁰ evidenciaram dor na escala EVA no dia 0 de 8,6 e no dia 1 de 6,4 e no dia 7 de 1,6 com 5% de recidivas. A porcentagem de recidivas foi

corroborada pelo estudo de Kashani *et al.*¹⁵ - que comparou a PPH com a Milligan-Morgan em um hospital no Iran - e, no entanto, a dor foi de 4,6 no dia zero e 2,3 no sétimo dia. Lu *et al.*¹¹ apenas classificaram a dor como leve, moderada e severa e a porcentagem de recidivas não foi avaliada. Um dado importante em relação à técnica convencional é a menor taxa de recidivas, que conforme descrito na literatura varia de 3,1% a 31%⁷. Neste estudo a taxa de recidivas também foi menor quando comparada às técnicas PPH e THD, o que sugere uma melhor eficiência e eficácia da técnica para Cerato *et al.*¹, que corroboram, ao salientar que metanálises e estudos de coorte atuais comparando a PPH com a operação convencional, demonstraram recorrência maior dos pacientes que foram submetidos ao PPH.



Organograma 1. Distribuição dos estudos conforme o tempo cirúrgico, dor, retorno às atividades e recidivas na técnica convencional, 2009-2015.

3.2 Procedimento para prolapso hemorroidário (PPH)

Essa técnica foi descrita por Antônio Longo, em 1993, como sendo uma nova opção cirúrgica para o tratamento da doença hemorroidária; consiste em remover um anel circular de mucosa e submucosa por meio de um grampeador circular acima da linha pectínea com fixação do coxim hemorroidário corrigindo o prolapso.¹⁶

A PPH apresentou uma variação de tempo cirúrgico entre 17,5 a 35 minutos. A dor não foi avaliada em todos os estudos pela escala EVA, mas foi descrita como de tolerável a leve, sendo que a média nos que seguiram a EVA foi no dia zero obteve grau 5 (moderada); no primeiro dia 3 (leve) e no sétimo dia 2,4 (leve). O retorno as atividades se deu de 7 dias a 6 semanas e as recidivas de 7,5% a 8,2% (organograma 2).



Organograma 2. Distribuição dos estudos conforme o tempo cirúrgico, dor, retorno às atividades e recidivas na técnica PPH, 2009-2015.

3.2.1 Tempo cirúrgico e retorno às atividades habituais

O tempo cirúrgico no estudo de Khasani *et al.*¹⁵ e a investigação de Lucarelli *et al.*¹⁷, realizada na Itália, evidenciaram que a duração da cirurgia foi de 35 min. em ambos os estudos e o tempo de retorno às atividades de acordo com as descrições das pesquisas

ocorreram em 7 e 12 dias respectivamente. Marianelli *et al.*⁷ encontraram um tempo cirúrgico de 31 minutos e o retorno às atividades de 6 semanas. Wang *et al.*¹⁸ em sua pesquisa comparativa da Milligan-Morgan e PPH, conduzida em um hospital da China, evidenciaram um tempo cirúrgico de 18,3 min, no entanto, não avaliaram o regresso às atividades. O estudo isolado da técnica PPH de Mederos *et al.*¹⁶ em um hospital no Peru obteve o menor tempo cirúrgico 17,5 minutos e no de Guraya, Khairy¹⁹ a duração do procedimento operatório foi de 21,7 minutos e, conforme os estudos anteriores, o retorno às atividades não foi avaliado.

3.2.2 Dor e recidivas

A média nos que seguiram a escala EVA de dor no dia zero obteve grau 5, no primeiro dia, 3 e no sétimo dia, 2,4 e as recidivas de 7,5% a 8, 2%. Assim, Kashani *et al.*¹⁵, demonstraram que a maior dor foi de 4 no dia 0 e 1,7 no sétimo dia e recidiva de 7, 5%. Wang *et al.*¹⁸ obtiveram o grau de dor no dia 0 de 5, no dia 1 de 3 e nos dias subsequentes de 2,4 em média e a recidiva não foi avaliada. No estudo de Lucarelli *et al.*¹⁷, a média das três situações de avaliação da dor na escala EVA foi de 3 e a recidiva foi de 8, 2%.

Conforme a EVA a dor pós-operatória foi menor, principalmente no sétimo dia, em comparação com a técnica convencional. O que pode também estar associado a um retorno mais precoce às atividades habituais e a um melhor bem-estar para o paciente também no pós-operatório imediato. Entretanto, embora a PPH apresente um elevado número de complicações, de forma geral, o índice global é semelhante à técnica convencional. Além disso, a PPH “não é efetiva para hemorroidas externas muito volumosas nem trombosadas”.¹

3.3 LigaSure

Esta técnica foi descrita por Joel Sayfan em 2001 onde se utiliza um instrumento selador de vasos sanguíneos conhecido pelo nome de LigaSure™²⁰.

A LigaSure demonstrou um tempo cirúrgico de 12,5 e 13,2 minutos. A escala EVA, conforme média, do dia zero apresentou grau 5,5 (moderado), no primeiro dia 3,9 (leve) e sétimo 2,1 (leve). Os pacientes retornaram às atividades com 7 dias e 3,5% apresentaram recidivas (organograma 3).



Organograma 3. Distribuição dos estudos conforme o tempo cirúrgico, dor, retorno às atividades e recidivas na técnica LigaSure, 2009-2015.

3.3.1 Tempo cirúrgico e retorno às atividades habituais

A pesquisa de Khanna *et al.*¹⁰ demonstrou um tempo cirúrgico de 12,5 minutos e retorno às atividades em 7 dias. No estudo de Jaramillo *et al.*⁹ o tempo cirúrgico foi de 13,2 minutos com retorno às atividades também em 7 dias. A técnica de LigaSure apresentou a menor variação de tempo cirúrgico sendo, por isso, uma ótima opção cirúrgica no que diz respeito ao controle de infecções pós-operatória, além de favorecer um retorno mais rápido a rotina de antes da cirurgia.

3.3.2 Dor e recidivas

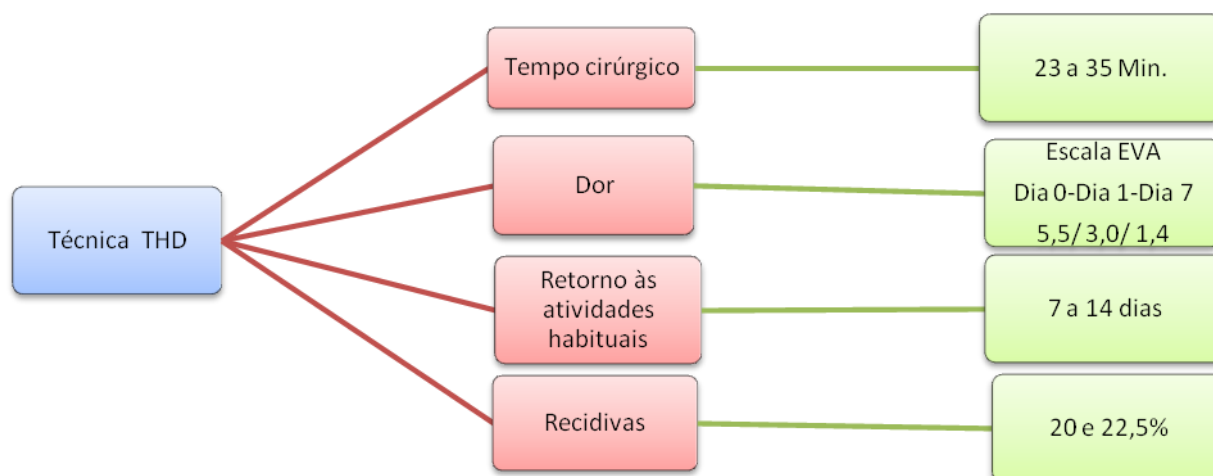
Khanna *et al.*¹⁰ referem em seu trabalho que a dor na escala EVA no dia 0 foi de 4,9 no dia 1 de 3,8 e no dia 7 de 1,4 e recidiva ocorreram em 3,5 % dos casos. Jaramillo *et al.*⁹ descreve que na pesquisa a dor na escala EVA no dia 0 teve grau de 6,1 e no dia 1 de 4,1 e no dia 7 de 2,8 e recidivas não foram descritas.

A ressecção hemorroidária com Ligasure™ representa uma ótima alternativa por permitir uma redução do tempo operatório, da necessidade de analgésicos nas primeiras 24 horas e da dor pós-operatória.²⁰

3.4 Desarterialização hemorroidária transanal (THD)

Descrita por Morinaga e colaboradores em 1995 com o intuito de ser uma nova abordagem cirúrgica no tratamento das hemorroidas, “utiliza um kit com anuscópio que chega até a porção superior do reto distal onde com um aparelho de Doppler localiza os ramos terminais das artérias hemorroidárias nas posições 1,3,5,7,9 e 11 horas na circunferência retal. Estes vasos são ligados crânio-caudalmente [...]”, às porções inferior e superior da ligadura e são unidos reduzindo o prolapso e fazendo a fixação.³

A quarta técnica abordada nas publicações, a THD, demonstrou tempo cirúrgico de 23 a 35 minutos. A escala EVA do dia zero apresentou grau 5,5 (moderado), no primeiro dia 3,0 (leve) e no dia sete 1, 4 (leve). O retorno às atividades ocorreu em 8 a 14 dias e houve de 20% e 22,5% de recidivas (organograma 4).



Organograma 4. Distribuição dos estudos conforme o tempo cirúrgico, dor, retorno às atividades e recidivas na técnica THD, 2009-2015.

3.4.1 Tempo cirúrgico e retorno às atividades habituais

Segundo o estudo de Lucarelli *et al.*¹⁷ o tempo cirúrgico foi de 35 min e o retorno às atividades em 14 dias. Já no estudo de Gomez-Rosado *et al.*²² que avaliou apenas a THD, realizado em uma clínica da Espanha, a duração cirúrgica foi de 23 min e o retorno às atividades em 8 dias. A THD apresentou um tempo operatório relativamente maior ao da técnica LigaSure, no entanto este foi similar ao do PPH e menor que o da técnica convencional, sugerindo ser uma boa opção. O retorno às atividades foi em menor tempo quando comparado à técnica convencional e PPH.

3.4.2 Dor e recidivas

A variação de dor encontrada foi similar ao do estudo de Gomez-Rosado *et al.*²², sendo a taxa de recidiva em torno de 22,5%, já a pesquisa de Lucarelli *et al.*¹⁷ demonstrou média de dor nos dias avaliados por volta de 4 (leve) e recidiva de 20%. Pesquisa comparando THD com PPH para o tratamento da doença hemorroidária de terceiro grau concluiu que as duas técnicas são comparáveis. O THD apresenta melhor custo e efetividade, além de menor

dor em relação à PPH. A recidiva foi similar¹. Em contrapartida o estudo demonstra taxas de recidivas maiores na THD.

Foi possível observar que após os estudos de Thompson, em 1975, sobre a fisiopatologia desta doença, várias opções cirúrgicas surgiram na tentativa de corrigir as alterações nos coxins vasculares e no tecido de sustentação dos mesmos. Portanto, o tratamento cirúrgico deve basear-se nos sintomas, na classificação da doença e na seleção dos pacientes de forma individual para poder ofertar a melhor técnica cirúrgica para cada caso. Assim, um aspecto que extrema importância a ser analisado pelo cirurgião é a condução adequada da dor no pós-operatório, já que a dor pode ser um empecilho para o uso de determinada técnica, mesmo que a mais moderna e eficiente.

4 CONCLUSÃO

As técnicas convencionais ainda são as mais realizadas, com uma boa aceitação quanto à resolução a longo prazo e baixo índice de recidivas; apesar de ter um período de recuperação mais lento e causar mais dor. As técnicas mais recentes como THD e LigaSure™ demonstram bons resultados na doença de grau III com menor tempo cirúrgico e menos dor, porém com resultados a longo prazo pouco satisfatórios, necessitando de maiores estudos para uma avaliação mais segura.

A técnica de PPH, apesar de alguns estudos mostrarem ser também uma boa opção, com menor tempo cirúrgico e retorno precoce às atividades habituais em relação às técnicas convencionais, apresenta uso mais reduzido devido às complicações que podem surgir. Nesse contexto, o presente estudo poderá contribuir para que o público acadêmico e os profissionais da saúde possam encontrar uma síntese de estudos atuais e significativos no meio científico, determinantes para o conhecimento acerca das hemorroidectomias.

REFERÊNCIAS

1. Imbelloni LE, Viera EM, Carneiro AF. Postoperative analgesia for hemorrhoidectomy with bilateral pudendal blockade on an ambulatory patient: a controlled clinical study. *J Coloproctol.* 2012; 32(3):291-296.
2. Maloku H, Gashi Z, Lazovic R, Islami H, Juniku-Shkololli A. Laser Hemorrhoidoplasty Procedure vs Open Surgical Hemorrhoidectomy: a Trial Comparing 2 Treatments for Hemorrhoids of Third and Fourth Degree. *Acta InformMed.* 2014;22(6): 365-367.
3. Cerato MM, Cerato NL, Passos P, Treiguer A, Damin DC. Tratamento cirúrgico das hemorroidas: análise crítica das atuais opções. *ABCD Arq. Bras. Cir. Dig.* 2014; 27(1):66-70.
4. Chen JS, You JF. Current Status of Surgical Treatment for Hemorrhoids Systematic Review and Meta-analysis. *Chang Gung Med J.* 2010; 33(5):488-500.
5. Motta MM, Silva Júnior JB, Santana LO, Fernandes IL, Moura AR, Prudente ACL, et al. Tratamento da doença hemorroidária com ligadura elástica: estudo prospectivo com 59 pacientes. *Rev. Bras. Coloproct.* 2011;31(2):139-146.
6. Ferrari LC, Jamier L, Borriónuevo M, Andrada DG. Análisis y Resultados de la Operación de Ferguson em el Tratamiento de la Enfermedad Hemorroidal. *Rev. Argent. Coloproct.* 2013;24(2):85-89.
7. Marianelli R, Machado SPG, Almeida MG, Baraviera AC, Falleiros V, Lolli RJ, et al. Hemorroidectomia Convencional Versus Hemorroidopexia Mecânica (PPH). Estudo Retrospectivo de 253 Casos. *Rev. Bras Coloproct.* 2009;29(1):30-37.
8. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein.* 2010; 8(1 Pt 1):102-6.

9. Jaramillo LI, Beltrán MA, Bozzo I, Larrachea P, González F. Estudio comparativo entre hemorroidectomía cerrada de Ferguson y hemorroidectomía com LigaSure™. *Rev. Colomb. Cir.* 2011;26:171-179.
10. Khanna R, Khanna S, Bhadani S, Singh S, Khanna AK. Comparison of Ligasure Hemorrhoidectomy with Conventional Ferguson's Hemorrhoidectomy. *Indian J Surg.* 2010; 72(4):294–297.
11. Lu M, Shi GY, Wang GQ, Wu Y, Liu Y, Wen H. Milligan-Morgan hemorrhoidectomy with anal cushion suspension and partial internal sphincter resection for circumferential mixed hemorrhoids. *World J Gastroenterol.* 2013;19(30):5011-5015.
12. Azolas R, Villalón R, Danilla E, Hasbún A, Gatica F, Salamanca J. Hemorroidectomía cerrada y semicerrada: Estudio prospectivo aleatorizado. *Rev Chilena Cir.* 2010;62(4):382-386.
13. Roldós LEV. Nueva técnica quirúrgica para el tratamiento de la enfermedad hemorroidal. *Rev Cubana Cir.* 2010;49(1).
14. Silva FC, Deliberato PCP. Análise das escalas de dor: revisão de literatura. *Rev. Bras. Ciên Saúde.* 2009; 7(19): 86-89.
15. Kashani SMT, Mehrvarz S, Naeini SMM, Reza E. Milligan-Morgan Hemorrhoidectomy vs Stapled Hemorrhoidopexy. *Trauma Mon.* 2012;16(4):175-177.
16. Mederos LAB, Elera JOAP, Pineda AJM. Procedimiento para hemorroides con prolapso de mucosa: Técnica de Longo. Reporte preliminar. *Rev MedHered.* 2009;20(4):190-194.
17. Lucarelli P, Picchio M, Caporossi M, De Angelis F, Di Filippo A, Stipa F, et al. Transanal haemorrhoidal dearterialisation with mucopexy versus stapler

- haemorrhoidopexy: a randomised trial with long-term follow-up. *Ann R Coll Surg Engl.* 2013; 95: 246–251.
18. Wang ZG, Zhang Y, Zeng XD, Zhang TH, Zhu QD, Liu DL, et al. Clinical observations on the treatment of prolapsing hemorrhoids with tissue selecting therapy. *World J Gastroenterol.* 2015; 21(8): 2490-2496.
19. Guraya SY, Khairy G. Stapled Hemorrhoidectomy; Results of a Prospective Clinical Trial in Saudi Arabia. *Journal of Clinical and Diagnostic Research.* 2013;7(9):1949-1952.
20. Papis D, Parodi M; Herrerías F, Sánchez A, Gómez L, Sierra, JE, et al. Hemorroidectomía com Ligasure vs diatermia convencional: Análisis retrospectivo monocéntrico. *Acta Gastroenterológica Latinoamericana.* 2013;43(4):284-287.
21. Nahas SC, Pinto RA, Dias AR, Chow B, Nahas CSR, Marques CFS, et al. Médicos residentes podem realizar com segurança e eficiência técnicas de Milligan-Morgan, Ferguson e grampeadores no tratamento cirúrgico das hemorroidas?. *ABCD Arq Bras CirDig.* 2011;24(3): 210-214.
22. Gomez-Rosado JC, Sanchez-Ramirez M, Capitan-Morales LC, Valdes-Hernandez L, Reyes-Diaz ML, Cintas-Catena J, et al. Resultados a um año transdesarterialización hemorroidal guiada por Doppler. *Cir Esp.*2012;90(8):513-517.

Artigo de estudo descritivo qualitativo submetido ao Periódico Ciência e Saúde Coletiva:

"Processos de subjetivação no desenrolar do tratamento cirúrgico de indivíduos com doença hemorroidária"

**Subjective processes surgical treatment in patients with stages of the disease
hemorrhoidal**

Magno Otávio Salgado de Freitas¹, Jaciara Aparecida Dias Santos², Cristina Andrade Sampaio³

RESUMO

As hemorroidas são plexos arteriovenosos que circulam o reto distal e o canal anal. Estão presentes em todos os indivíduos desde o nascimento e tornam-se sintomáticas quando aumentadas de tamanho, inflamadas, trombosadas ou em prolapso. Afligem 4,4% da população mundial. Este estudo teve como objetivo compreender a trajetória e percepção dos indivíduos submetidos ao tratamento cirúrgico da doença hemorroidária. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, que privilegiou a Cartografia como método principal na análise dos resultados. A produção dos dados ocorreu por meio de entrevistas individuais gravadas e transcritas na íntegra, no período de março a junho de 2015, em uma Policlínica e em um hospital público do município de Montes Claros-MG. Foram realizadas 12 entrevistas. Os resultados foram analisados segundo os princípios da Cartografia, e evidenciaram a existência de processos de subjetivação, que por meio de afetamentos, fazem com que os indivíduos demonstrem um pensamento transcendente, exemplificado pela sensação de um autoconhecimento da doença, inclusive correlacionando-a com possíveis causas hereditárias, comportamentais e alimentares. Evidenciou-se uma escalada pelos vários níveis de atenção a saúde, normatizados pelo sistema público, deixando transparecer em alguns momentos um pensamento molar, impedindo o surgimento de um acontecimento, reduzindo a potência e deixando de atingir um plano de imanência com a completa resolução do problema. As linhas duras, evidenciadas pela demora em se conseguir um tratamento, pelo medo e pela vergonha, favoreceram a automedicação e o agravamento dos sintomas. Notou-se o surgimento de linhas de fuga, como a decisão em procurar um profissional da saúde incentivado por amigos e familiares, que potencializaram a realização de um pensamento imanente, resultando na cura do problema. Evidenciou-se que apesar do incomodo no pós-operatório, os resultados foram compensadores, com alto grau de satisfação, o que recomendou o tratamento cirúrgico.

Palavras-chave: Hemorroidas. Hemorroidectomia. Cartografia. Pesquisa qualitativa

ABSTRACT

The hemorrhoids are arteriovenous plexus circulating the distal rectum and the anal canal. They are present in all individuals since birth and become symptomatic when increased in size, inflamed, thrombosed or prolapsed. Afflicts 4.4% of the world's population. This work aims to know the history and perception of patients undergoing surgical treatment of hemorrhoidal disease. It is an exploratory study of qualitative approach, favoring the mapping as the primary methodology for analyzing the results. Data production were collected through recorded and transcribed interviews, in the period from March to June 2015, in a polyclinic and a public hospital in the city of Montes Claros, Minas Gerais. Twelve interviews were done. The results were analyzed according to the principles of cartography, complemented by the speech analysis. They demonstrated the existence of subjective processes, that through affectation, meant that the patients demonstrated a transcendent thought, exemplified through the feeling of a self-knowledge of the disease, including correlating it with possible hereditary, behavioral and dietary causes. It was clear a switching in various health care levels, normatized by the public system, making clear at times molar thought, preventing the rizing of an event, reducing the power and failing to reach a plan of immanence with complete resolution of the issue. The hardliners, evidenced by the delay in getting treatment, by fear and shame, favored self-medication and the worsening of symptoms. Escape routes were noted, such as the decision to seek a healthcare encouraged by friends and family, which allowed the performance of an immanent thought, resulting in cure. The reports make it clear that despite the post operatively discomfort, the results have paid off, with a high degree of satisfaction, Thus recommending the surgical treatment.

Keywords: Hemorrhoids. Hemorrhoidectomy. Cartography. Qualitative research

1 INTRODUÇÃO

A doença hemorroidária de grau IV tem no tratamento cirúrgico uma forma de obter a cura, sendo objeto de estudo de muitas pesquisas quantitativas, que se preocupavam com os aspectos estatísticos e não focavam no indivíduo portador da doença e nas suas percepções, dessa forma, este estudo tem como objetivo compreender a trajetória e percepção dos pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico da doença hemorroidária; buscando, assim, por meio da filosofia rizomática de Deleuze e Guattari investigar os processos de subjetivação que ocorreram com esses pacientes, cartografando as linhas de segmentaridade que os atravessam¹.

Inicialmente introduziremos os conceitos sobre o que é a doença hemorroidária, em que consiste o tratamento clínico e cirúrgico, e como ocorre o acesso ao tratamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, a trajetória. Em segundo lugar apresentaremos os conceitos utilizados para a nossa análise dos processos de subjetivação, extraídos da filosofia de Deleuze e Guattari, esclarecendo sobre a Cartografia como método.

As hemorroidas são plexos arteriovenosos que circulam o reto distal e o canal anal. Estão presentes em todos os indivíduos desde o nascimento e tornam-se sintomáticas quando aumentadas de tamanho, inflamadas, trombosadas ou em prolapso². Assim, a doença hemorroidária (DH) pode ocorrer em ambos os sexos sendo mais comum no gênero masculino (2:1). Aflige 4,4% da população mundial, no entanto, no Brasil não há dados precisos a respeito. Os principais fatores de risco são nível socioeconômico elevado, hereditariedade, gravidez, obesidade, tabagismo, dieta rica em gorduras, álcool, especiarias e pimenta, bem como baixa ingestão de líquidos³.

Pela localização anatômica, a DH pode ser classificada em “interna” (submucosa anorretal acima do ligamento de Parks, recoberta por epitélio mucoso), “externa” (abaixo do ligamento de Parks, recoberta por pele modificada do canal anal) e “mista” (extensões internas e externas)⁴.

As hemorroidas internas são classificadas ainda em graus, sendo o primeiro grau quando sangram, mas não ocorre prolapso, no segundo grau há prolapso ao esforço defecatório e retornam espontaneamente para o interior do canal anal; no terceiro grau prolapsam e ocorre

redução manual; e por fim, o quarto grau quando prolapsam e não se reduzem. As hemorroidas mistas (interno-externas) surgem acima e abaixo da linha pectínea⁵.

O diagnóstico é feito a partir da sintomatologia e do exame proctológico. Os sintomas mais indicativos são o prolapso e o sangramento⁶. A terapêutica para a DH inclui abordagens clínicas não-cirúrgicas e cirúrgicas. Dentre as primeiras devem ser salientados desde medidas higiênicas e dietéticas até medicações que atenuam seus mais variados sintomas, como ardência, dor, prurido, dentre outros. O arsenal de abordagens não-cirúrgicas inclui escleroterapia, crioterapia, ligadura elástica e fotocoagulação⁷.

O tratamento cirúrgico é necessário em cerca de 10% dos pacientes, sendo indicado para aqueles cujos sintomas são refratários ao tratamento conservador, e para os pacientes com doença hemorroidária volumosa. O objetivo da hemorroidectomia é a excisão dos componentes internos e externos dos plexos hemorroidários e dos tecidos comprometidos. Diferentes técnicas cirúrgicas têm sido descritas para os graus III e IV e a escolha da técnica geralmente é a da preferência do cirurgião. Durante o último século, hemorroidectomias abertas e fechadas foram propostos por Milligan-Morgan e Ferguson, respectivamente, e tornaram-se os métodos mais populares para o tratamento desta condição⁸.

O período transcorrido entre a indicação cirúrgica e a cirurgia propriamente dita varia entre pacientes da rede particular e convênios e pacientes da rede pública que chegam a ser em intervalos de 4 a 6 meses ou por período superior^{9,10}. O Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da sua rede de Atenção Primária, Estratégia de Saúde da Família ou Unidade Básica disponibiliza o acesso do paciente ao clínico geral que, por meio de um sistema de referência o encaminha para avaliação especializada, sendo então indicado o melhor tratamento para cada caso. O SUS oferece apenas o tratamento cirúrgico pela técnica convencional.

Observou-se que transcorreu-se muito tempo entre o surgimento dos sintomas e dos incômodos da doença hemorroidária queixados pelos indivíduos, até a decisão por um tratamento que possibilitasse a melhora destes sintomas e incômodos. Desta forma, para se conhecer os processos que levaram estes indivíduos a protelar este tratamento, seria necessário um estudo cuja metodologia fosse capaz de analisar os processos de subjetivações que atravessavam estes indivíduos e suas interrelações no plano das forças (linhas duras, flexíveis e de fuga); Esta metodologia então é a Cartografia que procura acompanhar os

percursos sem se preocupar em realizar decalques ou representações, estando totalmente voltada para uma experimentação ancorada no real.

A Cartografia propõe uma reversão metodológica: transformar o metá-hódos em hódos-metá, não mais um caminhar para alcançar metas prefixadas (metá-hódos), e sim um caminhar que traça, no percurso, suas metas (hódos-metá). É um método não para ser aplicado, mas para ser experimentado. Sendo assim, mesmo não abrindo mão do rigor das informações, fica mais próximo dos movimentos da vida. Este mapa é capaz de cartografar as movimentações micropolíticas e acompanhar os processos de ações das minorias que ocorrem durante o seu percurso na tentativa de conseguir um tratamento para aquilo que os incomoda.

Nesse sentido, este estudo teve por objetivo compreender a trajetória e a percepção de pacientes que se submeteram a técnica cirúrgica convencional de Milligan-Morgan. Ressalta-se que a percepção do paciente acerca da hemorroidectomia ainda é um tema pouco abordado e discutido no âmbito da especialidade coloproctológica, tornando-se necessária essa reflexão.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, que privilegiou a Cartografia como método principal na produção de dados¹¹.

Fundamentada na obra dos filósofos franceses Gilles Deleuze e Félix Guattari¹, a Cartografia é considerada um dos princípios do rizoma, que é definido como: o que está enraizado, um sistema complexo, com formas muito diversificadas desde a superfície ramificada em todos os sentidos até suas concreções em bulbos e tubérculos, tendo como características os princípios de conexão e heterogeneidade, de multiplicidade, de ruptura a-significante com suas linhas de segmentaridade (duras, flexíveis e de fuga), de Cartografia e decalcomania. Cartografar é acompanhar processos, visando a investigação de maneira intervencionista e utilizando um reconhecimento atento¹².

A Cartografia é um método importante para avaliar condições subjetivas e complexas, que visa trazer contribuições importantes para os estudos da subjetividade e para a explicitação das verdades dos indivíduos^{11,12}. Como pesquisa qualitativa, busca interpretar o que os indivíduos dizem sobre o tratamento a que submeteram e como lidam com isso¹³.

O estudo foi realizado em uma unidade de saúde Pública do município de Montes Claros, MG onde são feitos atendimentos da Atenção Básica e a consulta médica, resultando, assim, no diagnóstico da doença hemorroidária e também os acompanhamentos pós-operatórios em um Hospital Universitário, onde foram realizadas as cirurgias.

Para seleção dos sujeitos, estabeleceram-se os seguintes critérios de inclusão: ter o diagnóstico de doença hemorroidária de grau IV, residir em cidades da região do Norte de Minas Gerais, ser submetidos à hemorroidectomia no período de julho de 2014 a janeiro de 2015 e aceitarem participar da pesquisa por meio de entrevistas individuais, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Pacientes tratados de outras patologias anorretais no mesmo ato da hemorroidectomia foram excluídos da pesquisa.

Todos os preceitos éticos foram seguidos, conforme a resolução 466/12/CNS, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos¹⁴. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros, sendo aprovado pelo parecer 911.381/2014.

A produção de dados foi conduzida entre março e junho de 2015 em três fases:

Fase 1 - Exploratória: nessa fase foi realizado o levantamento dos indivíduos submetidos a hemorroidectomia no período de julho de 2014 e janeiro de 2015. A produção de dados foi realizada por meio do livro dos registros do bloco cirúrgico do hospital pesquisado.

Fase 2 - Foram identificados os indivíduos submetidos à hemorroidectomia e que se enquadraram nos critérios de inclusão. Esses foram contactados por telefone e convidados a participar deste estudo. Nesta fase, os prontuários de internação e evolução foram analisados, identificando quaisquer intercorrências cirúrgicas.

Fase 3 -Foram agendadas entrevistas com os participantes, em profundidade, guiadas pela questão norteadora: **qual a sua percepção sobre o tratamento cirúrgico a que se submeteu**

(hemorroidectomia)? As entrevistas foram gravadas, mediante a autorização dos entrevistados e ocorreram nas dependências do Centro de Atendimento de Especialidades Tancredo Neves (CAETAN) e da Policlínica do Alto São João.

Foram 12 os entrevistados, sete homens e cinco mulheres, com idade entre 25 a 58 anos. As entrevistas foram realizadas em locais discretos e silenciosos, garantindo a privacidade dos entrevistados e permitindo que os diálogos fossem gravados e, posteriormente transcritos na íntegra para análise e interpretação, por meio do referencial teórico da Cartografia. Os discursos foram transcritos e organizados no programa Atlas.ti, versão 6.0, possibilitando a codificação dos temas apresentados, que resultou em três categorias: trajetória, percepções dos pacientes sobre a doença hemorroidária e percepções relacionadas ao tratamento cirúrgico. No programa, foi possível reunir as informações, obtidas nos momentos da construção do campo de pesquisa, em memorandos que possibilitaram a descrição dessa fase, com uma maior riqueza de detalhes. A partir de então, a Cartografia pode ser construída.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para interpretar os resultados utilizou-se os conceitos advindos da Cartografia¹¹. O interesse pelo tema, objeto deste estudo, surgiu devido aos mais de vinte anos de trabalho nesta área, surgindo então alguns questionamentos que precisavam de respostas. Durante a realização de tratamentos de pacientes portadores da doença hemorroidária, despertou-nos a vontade de conhecer a percepção do paciente frente à doença e ao seu tratamento. Dessa forma, pretendeu-se evitar reproduzir outro modelo de trabalho já pronto e em consonância com a sistematização de conhecimentos; chamados de “científicos”, valorizando com esta forma de abordagem elementos como a invenção e a criatividade.

Quando foi decidido pela Cartografia para investigar esse tema, houve indagações: como fazer? Serei parte integrante no processo? Isso poderia mudar os caminhos a ser percorridos? As respostas só viriam com o transcorrer dos trabalhos. Dessa forma, dei início ao projeto proposto, marcando entrevistas com os pacientes para indagar sobre o que poderiam relatar do tratamento a que foram submetidos. A princípio, houve dificuldades, pois era necessário

desterritorializar a posição de médico e reterritorializar o cartógrafo, e nesse momento, havia as perguntas e a forma de fazê-las¹⁵.

Foram realizadas 12 entrevistas, uma a uma, e nesse processo, foi possível a reterritorialização; os processos de subjetivação foram atravessados pelas linhas de segmentarização e, atenta e tranquilamente, os pacientes relataram as suas impressões sobre a doença e o seu tratamento. As falas destes percorriam caminhos parecidos, mas não idênticos, demonstrando detalhes próprios de cada indivíduo. Surgiram dúvidas quanto a saber se foram seguidas as pistas cartográficas de maneira adequada; certamente devido à inexperiência do primeiro trabalho como cartógrafo¹⁶.

Neste estudo, os conceitos utilizados na análise da percepção e trajetória dos pacientes submetidos à hemorroidectomia, são os seguintes: Subjetividade – aqui entendida como multiplicidade; coletivo - em conectividade com o mundo, formas de se compor com a vida¹⁷. O processo de subjetivação aponta três tipos de linhas que compõem nossas relações: as de segmentaridade dura, características dos conjuntos molares (estratos) como classes sociais e gênero; as de segmentaridade maleável (flexível) caracterizadas por relações moleculares (desestratificações) e, as linhas de fuga que se caracterizam por uma ruptura com os estratos (desestratificação absoluta). As linhas duras estipulam as dualidades como rico-pobre; patrão-operário; casado-solteiro e assim por diante; as linhas maleáveis, apresentam maior fluidez e funcionamento rizomático, relacionados à multiplicidade, à conectividade - pontos que se comunicam traçando novas linhas; não existem eixos ou centros onde os acontecimentos destroem as estratificações e formam novos fluxos¹⁸.

A micropolítica¹⁹ é comparada ao instrumento óptico – telescópio - que é capaz de ver os movimentos e não se permitir codificar-se pelos sistemas duais; as linhas de fuga são linhas de ruptura - que produzem mudanças bruscas, mas muitas vezes imperceptíveis, não sendo sobre-codificadas; são linhas por vezes inventadas. As três linhas se misturam constantemente. O termo imanência é descrito como vertente marginal que trilha caminhos nômades, inventados; é o encontro entre o desejo e o pensamento e, dessa forma valoriza o plano experimental. A transcendência é a forma de pensar da filosofia tradicional, hierarquizada, estratificada, representativa²⁰.

Após uma leitura criteriosa e atenta, passou-se à análise dos discursos, identificando, assim, as três categorias que surgiram após a interpretação desses discursos pelo pesquisador.

Percepção dos indivíduos sobre a doença hemorroidária

3.1.1 Pensamento Transcendente

Na análise dos discursos, percebe-se o que Deleuze e Guatarri nomearam como um pensamento transcendente, em relação à doença, onde já se tem um conhecimento sobre ela; quando os participantes informaram que é um problema muito comum entre as pessoas; que ocorre de forma crônica, em crises, sem maiores riscos e, portanto o tratamento não necessita de um rigor maior²⁰.

3.1.2 As linhas duras (molares)

Percebe-se ainda uma condição molar que é atravessada por linhas duras como o acostumar-se com os sintomas, aceitar a doença como consequência natural surgida devido ao trabalho, a ingestão de certos alimentos ou bebidas, a automedicação, a escuta de opiniões de amigos e parentes sobre tratamentos empíricos, dificultando a efetivação de um acontecimento ou afetamento que possa mudar o fluxo destas linhas duras para linhas flexíveis ou de fuga^{21,22}.

“Há muito tempo, quando eu trabalhava na central, na rede ferroviária, a gente pegava muito peso lá. Então, com esse tempo de trabalho, sol, poeira, peso, eu comecei sentir que tava expondo a hemorroida para fora, às vezes sangrava;”(E7)

A automedicação também fica demonstrada como uma linha dura na fala:

“O povo falava da babosa; a gente usava, minhas tias aconselhavam; remédios caseiros fiz muito, mas não resolveu.”(E8)

“Remédio caseiro que a gente toma e tal, foi amenizando.”(E7)

Foram observados também outros fluxos interpretados como linhas duras que dificultaram o surgimento de um pensamento criativo e inventivo, impossibilitando, assim, a quebra do ciclo de sofrimento com a doença; como o fato de ser um local íntimo, a vergonha e o medo foram presentes²².

“Em relação ao problema de hemorroida é um local um pouco complexo, pois trata-se de um local íntimo demais, então acabamos adiando a ida ao médico. Começamos a perceber um sangramento local e depois começamos a ver uma protuberância no local, só que, por vergonha, e por ser um local íntimo a gente acaba empurrando o problema.”(E12)



Figura 1: Linhas duras

3.1.3 As linhas flexíveis (moleculares)

Ao mesmo tempo que os fatores - acostumar-se com a doença, opiniões de terceiros, automedicação, vergonha e medo -, aqui apontados como linhas duras por estratificar e

codificar os pacientes, esses mesmos fatores - com a progressão da doença -, são entendidos como afetamento e potencializam um acontecimento que muda a direção do fluxo de forças. Surgem então, linhas flexíveis, que se traduzem pelo desejo de procurar um tratamento mais eficaz e, nesse momento, decide-se pela procura do profissional da saúde. Neste sentido, as linhas duras não são, necessariamente, ruins desde que não exista uma fixação no seu fluxo²³.



Figura 2: Linhas flexíveis

“Chegou uma hora que realmente precisei ir ao médico para tentar amenizar a situação, foi então que procurei o posto de saúde.”(E12)

Em outra fala percebe-se o surgimento de um afetamento, potencializando um fluxo de forças e transformando as linhas duras em flexíveis, que objetivam atingir um plano de imanência; possibilitando vivenciar os prazeres da vida²³.

“Se eu fizesse uma caminhada [eu gosto sempre de fazer caminhada à tarde]; quando eu forçava a caminhada muito, sentia incômodo, sangrava e sentia muita dor. Então foi esse motivo que me levou a fazer o tratamento.”(E7)



Figura 3: Percepção do paciente acerca da doença hemorroidária

3.2 Trajetória e linhas de fuga

Todos os pacientes participantes deste estudo realizaram o tratamento pelo Sistema Único de Saúde, sistema público que garante a saúde como direito de todos e dever do Estado e tem como princípios a universalidade e a integralidade na prestação de serviços de saúde. Analisando os discursos, percebeu-se um tempo prolongado para se conseguir, efetivamente, o tratamento; fazendo com que os pacientes o recebam fragmentado²⁴ e estratificado, notando-se traços molares, transcendentais e linhas duras que atravessam todos os níveis normatizados pelo SUS, fazendo com que os pacientes percam o foco no tratamento e na cura da doença^{20,21}. Esse modelo, hegemônico, baseado na molaridade e na transcendência

estratificada e binária, - valorizando mais o trabalho morto que o trabalho vivo em ato -, não admite ser afetado por formas mais criativas, tornando-se assim, uma causa limitante para se atingir um plano de imanência, libertando os pacientes da doença; diminuindo-se a sua potência^{19,20}.

A trajetória perpassa por vários níveis, segundo os discursos dos entrevistados, iniciando no nível da Atenção Primária com a consulta médica no PSF; encaminhamento ao nível secundário com o parecer do especialista e realização de exames laboratoriais; e, por fim, ao nível terciário que é o hospital onde se finaliza com a realização da cirurgia. Apesar de o SUS ter esta estruturação, isso nos remete novamente às linhas duras e ao plano de transcendência, de forma que existe um atraso no tratamento de vários meses até anos^{21,23}.

“Ficou três anos pra me operar, chegar operar.”(E4)

“Demorou um pouco, isso aí demorou, mesmo depois que pediu a cirurgia, demorou uns 4 anos.”(E6)

Encontramos em alguns discursos dos pacientes, a presença de uma micropolítica, onde os discursos proferidos uns com os outros nos corredores, na sala de espera da consulta, objetivavam a troca de informações sobre a doença que os acometem e, como cada um procurou uma solução, promovendo desta forma rupturas, ou seja, linhas de fuga, possibilitando uma desterritorialização e o surgimento de acontecimentos que encurtam os caminhos para a sonhada solução do problema, que os aprisionam no plano transcendente^{19,21}.

“Então eu conhecia a moça do Bloco, e ela me mandou procurar a moça lá da Secretaria, porque eu já tinha ido um tanto de vez e não tinha conseguido.”(E2)

“Aí, desde então fui tentando desistência na policlínica do Alto São João. Aí, toda desistência, eu conseguia.”(E5)

“Eu dei sorte porque parece que teve uma desistência, aí me encaminhou no lugar dessa pessoa.”(E9)

Esses discursos demonstram alguns dos deslocamentos moleculares utilizados para romper os estratos hierárquicos constituídos pelo sistema de saúde. A figura 4 exemplifica como é a

trajetória usual dos indivíduos por meio dos diversos estratos normatizadores do sistema público de saúde.



Figura 4. Trajetória de pacientes submetidos à hemorroidectomia

3.3 Percepções relacionadas ao tratamento cirúrgico

O tratamento cirúrgico realizado nos pacientes participantes foi o convencional, ou seja, a hemorroidectomia aberta, com anestesia local e sedação. Esse procedimento foi realizado no hospital Universitário, mas com características de cirurgia ambulatorial. Após a cirurgia, o paciente permaneceu em observação por algumas horas e após recebeu alta seguida de

acompanhamento ambulatorial. Pelos discursos transcritos, existe a concordância de que os resultados foram satisfatórios.

Percebeu-se que com a realização da cirurgia e o sucesso dos resultados, todos os pacientes foram afetados e atravessados por um aumento na potência, permitindo assim aproximar-se de um plano de imanência que os tornou aptos a viver a vida. Todos relataram que a dor após a cirurgia é recompensada pela certeza de obter a cura do problema e, recomendam o tratamento. Observou-se também que por meio da micropolítica em todos os níveis percorridos no sistema de saúde, este tratamento será divulgado e cada vez mais pessoas terão acesso a ele^{19,20}.

“Fiz a cirurgia [...] tá bacana mesmo, num tô sentido nem um probleminha. Num teve mais nada. Tô sentindo bem! Num tem problema nenhum! Ahhh esse tratamento é o recurso de quem tem, tinha meu problema. Quem tinha esse problema que eu tenho, que eu tive, é a solução, né?! É o único recurso da pessoa sarar é essa cirurgia.” (E8)

“Sim! Hoje eu não sinto mais nada! E evacuo normalmente! Não tenho mais os sintomas da coceira e não me incomoda mais nada, até relação; mudou, melhorou também... porque quando a gente tava, quando eu tinha os sintomas, incomodava, ficava inseguro com a própria parceira. Eu sou casado, mas hoje, graças a Deus, tá tudo ótimo.”(E10)

Percebeu-se então que, os processos de subjetivação surgidos com o tratamento cirúrgico, foram atravessados pelas linhas duras e de fuga, permitindo atingir alto grau de satisfação com a obtenção da solução do problema. A figura 5 resume esses processos.



Figura 5. Percepção do paciente acerca da hemorroidectomia

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo compreendeu a trajetória e os processos de subjetivação dos indivíduos submetidos ao tratamento cirúrgico da doença hemorroidária, ancorados na abordagem cartográfica, segundo os pressupostos epistemológicos e filosóficos de Gilles Deleuze e Félix Guattari. Esta metodologia permitiu acompanhar os caminhos percorridos pelos pacientes na rede do SUS, descobrindo o surgimento de linhas duras que atravessam essa trajetória, sendo estas, responsáveis pelo menos em parte, pelos longos períodos onde os pacientes permaneceram com seus incômodos sintomas, sem conseguir o tratamento cirúrgico. Os entraves ocorreram em todos os níveis da rede: primário, secundário e terciário. Observaram-se também outras linhas duras que contribuíram para a demora em se decidir pela cirurgia, como a vergonha e o medo e a percepção de que trata-se de uma doença muito comum e de evolução benigna, com baixo risco para complicações graves.

Os entrevistados conseguiram por meio da micropolítica, de relações moleculares e das linhas de fuga chegar ao tratamento que consideraram como curativo, e, apesar do incômodo pós-

operatório, principalmente a dor, os resultados foram compensadores, potencializando assim o fluxo de forças, transformando a trajetória transcendente em um plano de imanência com alto grau de satisfação pelos resultados obtidos, recomendando assim o tratamento cirúrgico.

O tratamento cirúrgico da doença hemorroidária, por envolver questões complexas como os processos de subjetivação percebidos, necessita de uma abordagem mais flexível e rizomática por parte dos gestores do sistema público de saúde, de forma que sejam consideradas múltiplas maneiras de se ter o acesso a esse tratamento, sem as estratificações percebidas nos seus vários níveis.

REFERÊNCIAS

1. Deleuze, G.; Guattari, F. Introdução: Rizoma. In: _____.Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia. vol.1. Rio de Janeiro: Ed. 1995.p.10-36.
2. Halverson A. Hemorrhoids, Clinics in colon and rectal surgery. 2007;20(2):77-84.
3. Costa LMP, Silva TB. Doença Hemorroidária: Incidência, Etiopatogenia e Aspectos Clínicos. In: Campos FGCM, Regadas FSP, Pinho M. Tratado de Coloproctologia. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 53:749.
4. Misra MC, Imlitems U. Drug treatment of haemorrhoids. Drugs. 2005; 65(14):81-91.
5. Greenberg R, Karin E, Avital S, Skornicky werbin N. First 100 cases with Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation. Dis Colon Rectum. 2006, 49(48):5-9.
6. Bleday R, Breen E. Treatment of hemorrhoids. Up to date (last updated: 14 April, 2010).
7. Breen E, Bleday R. Anal abscesses and fistulas. Up to date (last updated: 15 September, 2009).
8. American gastroenterological association medical position statement: Diagnosis and care of patients with anal fissure. Gastroenterology 2003;124:233.
9. Carvalho TC, Gianini RJ. Equidade no tempo de espera para determinadas cirurgias eletivas segundo o tipo de hospital em Sorocaba, SP. Rev Bras Epidemiol. 2008; 11(3): 473-83
10. Ribeiro ML, Cunha MI. Trajetórias da docência universitária em um programa de pós-graduação em saúde coletiva. Interface - Comun Sau, Educ. 2010;14(32):55-58.
11. Martines WRV, Machado AL, Colvero LA. A cartografia como inovação metodológica na pesquisa em saúde. Tempus – Actas de Sau colet. 2013;7(2):203-211
12. Romagnoli RC. A cartografia e a relação pesquisa e vida. Psicol Social. 2009;21(2)
13. Turato ER. Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa. Petrópolis:Vozes, 2013.
14. Brasil. Conselho Nacional De Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Trata de pesquisa em seres humanos. Brasília, 2012.
15. Haesbaert R, Bruce G.A desterritorialização na obra de Deleuze e Guattari Departamento de Geografia Universidade Federal Fluminense
16. Kastrup V, Escóssia L. Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2012. p.52-75
17. Peres RS, Borsonelo EC, Peres WS. A esquizoanálise e a produção da subjetividade: considerações práticas e teóricas. Psicol em estudo. 2000;5(1):35-43.
18. Ferreira FT. Rizoma: um método para as redes.Liinc em revista,RJ. 2008; p.28-40
19. Merhy EE.Cadernos de Saúde Pública,RJ.2009;25(4): 898-906
20. Fuganti LA. Saúde, desejo e pensamento. Saudeloucura, São Paulo: Hucitec, n. 2, p. 19-82, 1990
21. Schopke R. O pensamento como ultrapassamento da razão clássica. In: _____. Por uma filosofia da diferença: Gilles Deleuze, o pensador nômade. Rio de Janeiro/São Paulo: Contraponto/EDUSP, 2004, p.19-42.
22. Paulon SM, Romagnoli RC. Pesquisa intervenção e cartografia:melindres e meandros metodológicos. Estudos e pesquisas em psicologia. 2010;10(1):85-102

23. Cassiano M, Furlan R. O processo de subjetivação segundo a esquizoanálise. *Psicol e Sociol*. 2013;25(2);372-378.
24. Mendes EV. As redes de atenção a saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. 2011

Resumo Expandido apresentado no Fórum de Ensino, Pesquisa e Extensão (FEPEG) em setembro de 2015 na UNIMONTES, Montes Claros, MG: "Análise das principais técnicas cirúrgicas para Doença Hemorroidária"



ANÁLISE DAS PRINCIPAIS TÉCNICAS CIRÚRGICAS PARA DOENÇA HEMORROIDÁRIA

JACIARA APARECIDA DIAS SANTOS¹; PEDRO HENRIQUE GONÇALVES MENDES²; MAGNO OTÁVIO SALGADO DE FREITAS³; CRISTINA ANDRADE SAMPAIO⁴

¹Acadêmica do curso de Medicina da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). Bolsista do Programa de Iniciação Científica da Fapemig. E-mail: jaciarapds@gmail.com

²Acadêmico do curso de Medicina da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). E-mail: pedrohgm07@yahoo.com.br

³Coloproctologista, Prof. Depto. de Clínica Cirúrgica, Pós-graduando do Programa de Pós Graduação em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). E-mail: freitasmagno49@gmail.com

⁴Doutora em Saúde Coletiva, profa. Depto Saúde Mental e Saúde Coletiva e do Programa de Pós Graduação em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). E-mail: cristina.sampaio@unimontes.br

INTRODUÇÃO

A doença hemorroidária (DH) é uma patologia que aflige cerca de 4,4% da população mundial, sendo o distúrbio anal mais comum¹. Atualmente, há várias possibilidades terapêuticas para o tratamento das hemorroidas, tais opções variam desde mudanças nos hábitos alimentares, medicações que amenizam os sintomas, o uso de técnicas ambulatoriais como a ligadura elástica, até técnicas cirúrgicas. O tratamento cirúrgico é utilizado para cerca de 5 a 10% dos casos em que os tratamentos conservadores não surtiram efeito, os pacientes com hemorroidas grau três e quatro.²⁻³

Diante disso, a reflexão acerca das principais técnicas cirúrgicas utilizadas no tratamento da doença hemorroidária grau III e IV, bem como dos aspectos inerentes a cada técnica que interferem no melhor prognóstico para o paciente, considerando a dor pós-operatória, recidivas, tempo cirúrgico e o retorno às atividades habituais, faz-se necessária. No entanto, pouco se tem discutido na literatura internacional e menos ainda, na nacional.

OBJETIVO

Conhecer as técnicas cirúrgicas utilizadas no tratamento da doença hemorroidária grau III e IV à luz da literatura.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório que se delineou a partir de uma revisão integrativa da literatura científica acerca das atuais técnicas cirúrgicas utilizadas no tratamento da doença hemorroidária grau III e IV. Utilizou-se nesta pesquisa, publicações disponíveis de 2009 a 2015 das bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System On-Line), PUBMED e do Portal da CAPES. A busca ocorreu no período de março a maio de 2015. Os descritores de assunto utilizados foram: "hemorroidectomia" e "hemorroidas".

Procedeu-se a leitura dos títulos e resumos dos artigos para identificação dos estudos que contemplavam o objetivo proposto, considerando os seguintes critérios de inclusão: estudos publicados em revistas nacionais e internacionais; escritos em língua inglesa, espanhola e portuguesa e acessados em texto completo e gratuito e dos últimos 5 anos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da estratégia definida, a busca bibliográfica resultou em 19 artigos. Na análise dos artigos selecionados, foi verificado que as quatro técnicas mais utilizadas foram as convencionais, PPH, THD e LigaSure™. A técnica convencional mais utilizada foi a aberta (Milligan-Morgan) e a fechada (Ferguson) e o tempo operatório variou de 19,58 a 52 minutos. O maior tempo cirúrgico foi descrito em um estudo brasileiro de Marianelli *et al.*³ que comparou a técnica convencional e a PPH em um hospital de São Paulo, sendo que a técnica convencional durou cerca de 52 minutos. Um tempo longo de cirurgia pode expor o paciente a um maior risco de infecção, já que o mesmo perde a primeira barreira de proteção, a pele, contra os microorganismos. No que diz respeito ao retorno às atividades, ocorreu entre 21 dias e 10 semanas. Na pesquisa de Marianelli *et al.*³ o regresso às atividades ocorreu em 10 semanas. Fato, talvez associado ao tempo cirúrgico longo. Com relação a dor pós-operatória, em média, foi no sétimo dia de 4,1 (leve), segundo a escala Visual Analógica (0 a 10), e a recidiva foi de 5%. Na pesquisa de Khanna *et al.*⁴ a dor no 7 foi de 1,6 com 5% de recidivas. Um dado importante em relação a técnica convencional é a menor taxa de recidivas, conforme descrito na literatura varia de 3,1% a 31%⁷.

Neste estudo a taxa de recidivas também foi menor quando comparada as técnicas PPH e THD. O que sugere uma melhor eficiência e eficácia da técnica. Já a técnica PPH, o tempo cirúrgico, variou de 17,5 a 35 min e o retorno às atividades de 7 dias a 6 semanas. Assim, a investigação de Lucarelli *et al.*⁹, realizada na Itália, evidenciou que a duração da cirurgia foi de 35 minutos e o tempo de retorno às atividades ocorreu em 12 dias. Marianelli *et al.*³ encontraram um tempo cirúrgico de 31 minutos e o retorno às atividades de 6 semanas. A dor, em média, no sétimo dia, 2,4 e as recidivas de 7,5% a 8,2%. Assim, Kashani *et al.*⁵, demonstraram que a dor foi de 1,7 no sétimo dia e recidiva de 7,5%. Conforme a EVA a dor pós-operatória foi menor, principalmente no sétimo dia, em comparação com a técnica convencional. O que pode também estar associado a um retorno mais precoce as atividades habituais e a um melhor bem-estar para o paciente também no pós-operatório imediato. Entretanto, embora a PPH apresente um elevado número de complicações, de forma geral, o índice global é semelhante a técnica convencional.¹ A técnica LigaSure, demonstrou um tempo cirúrgico de 12,5 e 13,2 minutos. A escala EVA, conforme média, do sétimo de 2,1 (leve). Os pacientes retornaram às atividades com 7 dias e 3,5% apresentaram recidivas. A pesquisa de Khanna *et al.*⁴ demonstrou um tempo cirúrgico de 12,5 minutos e retorno às atividades em 7 dias e a dor na escala EVA no dia 7 de 1,4 e recidiva ocorreram em 3,5% dos casos. A quarta técnica abordada nas publicações, a THD, essa técnica apresentou tempo cirúrgico de 23 a 35 minutos. A escala EVA no dia sete de 1,4 (leve). O retorno às atividades ocorreu em 8 a 14 dias e houve de 20% e 22,5% de recidivas. O estudo de Gomez-Rosado *et al.*⁶ que avaliou apenas a THD, realizado em uma clínica da Espanha, a duração cirúrgica foi de 23 minutos e o retorno às atividades em 8 dias. A escala EVA no dia sete foi de 1,4 (leve). Houve 20 e 22,5% de recidivas. Tais dados corroboram com o estudo de Gomez-Rosado *et al.*⁶ que obtiveram os mesmos valores em relação a dor e 22,5% de recidiva, já a pesquisa de Lucarelli *et al.*⁷ demonstrou média de dor nos dias avaliados por volta de 4 (leve) e recidiva de 20%. Pesquisa comparando THD com PPH para o tratamento da doença hemorroidária de terceiro grau concluiu que as duas técnicas são comparáveis. O THD apresenta melhor custo e efetividade, além de menor dor em relação a PPH. A recidiva foi similar¹. Em contrapartida este estudo demonstra taxas de recidivas maiores da THD.

CONCLUSÃO

As técnicas convencionais ainda são as mais realizadas com uma boa aceitação quanto a resolução a longo prazo e baixo índice de recidivas, apesar de ter um período de recuperação mais lento e causar mais dor. As técnicas mais recentes como THD e LigaSure™ mostram bons resultados na doença de grau III com menor tempo cirúrgico e menos dor, mas com resultados a longo prazo ainda menos satisfatórios necessitando de maiores estudos para uma avaliação mais segura. A técnica de PPH apesar de alguns estudos mostrarem ser também uma boa opção, com menor tempo cirúrgico, e retorno precoce às atividades habituais em relação às técnicas convencionais, apresenta uso mais reduzido devido às complicações que podem surgir.

REFERÊNCIAS

- [1] Cerato M.M., Cerato N.L., Passos P., Treiguer A., Damin D.C. Tratamento cirúrgico das hemorroidas: análise crítica das atuais opções. *ABCD Arq Bras Cir Dig*. 2014;27(1):66-70.
- [2] Chen JS, You JF. Current Status of Surgical Treatment for Hemorrhoids Systematic Review and Meta-analysis. *Chang Gung Med J*. 2010; 33(5):488-500.
- [3] Marianelli R, Machado SPG, Almeida MG, Baraviera AC, Falleiros V, Loli RJ, et al. Hemorroidectomia Convencional Versus Hemorroidopexia Mecânica (PPH). Estudo Retrospectivo de 253 Casos. *Rev Bras Coloproct*. 2009;29(1):30-37.
- [4] Khanna R, Khanna S, Bhadani S, Singh S, Khanna AK. Comparison of Ligasure Hemorrhoidectomy with Conventional Ferguson's Hemorrhoidectomy. *Indian J Surg*. 2010;72(4):294-297.
- [5] Kashani SMT, Mehrvarz S, Naeini SMM, Reza E. Milligan-Morgan Hemorrhoidectomy vs Stapled Hemorrhoidopexy. *Trauma Mon*. 2012;16(4):175-177.
- [6] Gomez-Rosado JC, Sanchez-Ramirez M, Capitan-Morales LC, Valdes-Hernandez L, Reyes-Diaz ML, Cintas-Catena J, et al. Resultados a un año tras desarterialización hemorroidal guiada por doppler. *Cir Esp*. 2012;90(8):513-517.
- [7] Lucarelli P, Picchio M, Caporossi M, De Angelis F, Di Filippo A, Stipa F, et al. Transanal haemorrhoidal dearterialisation with mucopexy versus stapler haemorrhoidopexy: a randomised trial with long-term follow-up. *Ann R Coll Surg Engl*. 2013; 95: 246-251.

APOIO:



Resumo simples apresentado no Fórum de Ensino, Pesquisa e Extensão(FEPEG) em setembro de 2015 na UNIMONTES, Montes Claros, MG: "Hemorroidectomia: trajetória e percepção de pacientes"



HEMORROIDECTOMIA: TRAJETÓRIA E PERCEPÇÃO DE PACIENTES

MAGNO OTÁVIO SALGADO DE FREITAS¹; JACIARA APARECIDA DIAS SANTOS²; CRISTINA ANDRADE SAMPAIO³

¹Coloproctologista, Prof. Depto. de Clínica Cirúrgica, Pós-graduando do Programa de Pós Graduação em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). E-mail:freitasmagno49@gmail.com

²Acadêmica de Medicina da Universidade Estadual de Montes Claros(Unimontes). Bolsista do Programa de Iniciação Científica da Fapemig.. E-mail:jaciarapds@gmail.com

³Doutora em Saúde Coletiva, profa. Depto Saúde Mental e Saúde Coletiva e do Programa de Pós Graduação em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). E-mail: cristina.sampaio@unimontes.br

OBJETIVO

Compreender a percepção e trajetória de pacientes submetidos à hemorroidectomia.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório e qualitativo, que privilegiou a Cartografia como método principal na produção de dados. A pesquisa foi realizada em uma unidade de saúde e em um hospital público. Os participantes foram pacientes submetidos à hemorroidectomia no período de julho de 2014 à março de 2015, que aceitaram participar e assinaram o termo de Consentimento livre e esclarecido. Foram realizadas entrevistas gravadas e de forma individual. Os critérios de inclusão foram os seguintes: ter o diagnóstico de doença hemorroidária de grau IV e residir em cidades da região do Norte de Minas Gerais. A análise e interpretação, em andamento, privilegia a análise de discurso, e a filosofia rizomática de Deleuze e Guattari, na busca por realizar um mapeamento cartográfico da trajetória desse paciente. Aprovação Comitê de Ética: CEP/UNIMONTES 911.381.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados doze pacientes, que, em geral, conviveram com a doença por muitos anos e o incômodo era tolerável, por isso não houve procura por tratamento especializado. Foram citados como fatores agravantes ou causadores da doença: o tipo de trabalho, hábito intestinal, fator genético, ingestão de pimenta. E as situações que dificultaram a procura por assistência médica foram a vergonha, e o difícil acesso ao especialista. Somente após a piora dos sintomas como, por exemplo, o sangramento e aumento do incômodo, fizeram com que buscassem o tratamento adequado, já que anteriormente faziam uso de pomadas e remédios caseiros. A demora em marcar a consulta com o especialista chegou a ser de um ano e o procedimento cirúrgico ocorreu em um período maior que um ano.

Assim, a trajetória iniciou pelo atendimento na atenção primária, posteriormente foram encaminhados ao especialista, à Secretaria Municipal de Saúde e, por fim, à um hospital público. A religiosidade e a confiança destinada ao médico estiveram presentes em todos os relatos. Não houve referência às recidivas ou complicações e a dor pós-operatória, mesmo permeada por receios, foi descrita como tolerável.

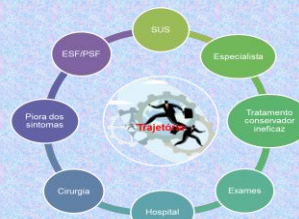


FIGURA 1: Trajetória de pacientes submetidos à hemorroidectomia

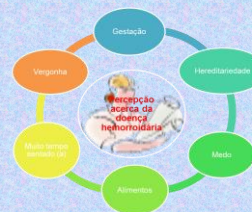


FIGURA 2: Percepção dos pacientes acerca da hemorroidectomia

CONSIDERAÇÕES PARCIAIS

A técnica cirúrgica convencional, utilizada em todos os pacientes é a única disponível para pacientes do SUS portadores de hemorróidas grau IV, sendo também considerada o padrão-ouro. Apesar de ocasionar dor, os pacientes se consideraram satisfeitos com a cirurgia e com o pós-operatório, sendo que a dor nos primeiros dias era compensada pela certeza de se estar sanando os desconfortos ocasionados pela doença.

APOIO:



5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo, foi compreender a trajetória e a percepção dos pacientes sobre o tratamento cirúrgico ao qual se submeteram, procurando rastrear os processos de subjetivação que surgiram nesta trajetória. Inicialmente, elaborou-se uma revisão integrativa com a análise das principais técnicas cirúrgicas para o tratamento da doença hemorroidária onde se demonstrou que as técnicas mais realizadas e bem aceitas pelos pacientes são as convencionais; acessíveis pelo SUS. Conhecemos ainda a trajetória dos pacientes, por meio da Cartografia, em três níveis deste sistema de saúde, possibilitando compreender os entraves que se traduzem em linhas duras e molares, impedindo a inventividade, reduzindo a potência e dificultando atingir um plano de imanência com a cura da doença hemorroidária por meio da cirurgia.

Durante o estudo, nota-se o surgimento de processos de subjetivação por meio de linhas duras que estão em constante transformação em linhas flexíveis e de fuga, com a ruptura da rede rizomática e introduzindo agenciamentos que aumentam a potência; atingindo um plano de imanência com a solução do problema.

Este estudo demonstrou a importância de se dar atenção aos processos de subjetivação que atravessam a doença e o doente, propiciando assim, por meio de agenciamentos, um aumento de potência de cada um, e finalmente chegando ao melhor tratamento para a doença hemorroidária com boa aceitação dos pacientes que ficaram satisfeitos com os resultados.

Nossas limitações consistiram na pouca experiência do olhar do cartógrafo em capturar os processos de subjetivação, e portanto novos estudos abordando essa temática poderão contribuir para ampliar as reflexões aqui realizadas.

REFERÊNCIAS

- ALLAN, A.; SAMAD, A. J.; MELLON, A.; MARSHALL, T. Prospectiverandomised study of urgent haemorrhoidectomy compared with non-operative treatment in the management of prolapsed thrombosed internal haemorrhoids. **Colorectal Dis.** v.8, p. 41-45, 2006.
- ALONSO COELLO, P.; MILLS, E.; HEELS ANSDELL, D.; LOPEZ YARTO, M.; ZHOU, Q.; JOHANSON, J. F.; GUYATT, G. Fiber for the treatment of hemorrhoids complications: a systematic review and meta-analysis. **Am J Gastroenterol.**v. 101, p. 181-8, 2006.
- ALVARENGA, I. M.*et al.* Como o Coloproctologista Brasileiro Vê a Doença Hemorroidária. In: CRUZ G. M. G. **Doença Hemorroidária.** 4. ed. São Paulo: Yendis, 2008, p. 422- 440.
- MADOFF, R.D.; FLESHMAN, J.W. American Gastroenterological Association technical review on the diagnosis and treatment of hemorrhoids.**Gastroenterology.**v. 126, n. 4, p. 1463-73, 2004.
- BLEDAY, R.; BREEN, E. Treatment of hemorrhoids. **Up to date** (last updated: 14 April, 2010).
- BRASIL. Conselho Nacional De Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Trata de pesquisa em seres humanos. Brasília, 2012.
- BREEN, E.; BLEDAY, R. Anal abscesses and fistulas. **Up to date** (last updated: 15 September, 2009).
- CARVALHO, T.C.; GIANINE, R.J. Equidade no tempo de espera para determinadas cirurgias eletivas segundo o tipo de hospital em Sorocaba, SP. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 11, n.3, p. 473-83, 2008.
- CASSIANO, M.; FURLAN, R. O processo de subjetivação segundo a esquizoanálise. **Psicol e Sociol.**, v. 25, n. 2, p.372-378, 2013.
- CAPELHUCHINK, P.; JU, L.; CARVALHO, F.; OJEDA, C.V.; BIN, F.C.; KLUG, W. A. Hemorroidectomia ambulatorial com bloqueio da fossa isquiorretal com lidocaína e/ou morfina. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, v.22, n. 2, p. 77-81, 2002.
- COSTA, L.M.P.; SILVA, T.B. Doença Hemorroidária: Incidência, Etiopatogenia e Aspectos Clínicos. In: CAMPOS, F.G.C.M; REGADAS, F.S.P; PINHO, M. **Tratado de Coloproctologia.** São Paulo: Atheneu; 2012. p.749-753.
- CRUZ, G. M. G.*et al.*Complicações Pós-Operatórias Cirúrgicas da Hemorroidectomia:Revisão de 76 Casos de Complicações. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, v.27, n.1, p. 42-57.jan./mar. 2007.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Introdução: Rizoma. In: _____. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. vol.1. Rio de Janeiro: Ed. 1995.p.10-36.

DENNISON, A.R.; WHISTON, R.J.; ROONEY, S.; MORRIS, D.L. The management of hemorrhoids. **Am J Gastroenterol**, v.84, p. 475-81, 1989.

FERREIRA, F.T. Rizoma: um método para as redes. **Liinc em revista**, p.28-40, 2008.

FRANCO, T.B.As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde.In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Gestão em redes**.Rio de Janeiro: Cepesc-IMS/Uerg-Lappis, 2006.p.459-474.

FUGANTI, L.A.Saúde, desejo e pensamento. In: LANCETTI, A. **Saúde e Loucura**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 19-82.

GREENBERG, R.; *et al.* First 100 cases with Doppler-guided hemorrhoidal artery ligation. **Dis Colon Rectum.**, v. 49, n. 48, p. 5-9, 2006.

HALVERSON, A. **Hemorrhoids, Clinics in colon and rectal surgery**. 2007, p.77-84.

MARTINES, W.R.V.; MACHADO, A.L.; COLVERO, L.A. A Cartografia como inovação metodológica na pesquisa em saúde. **Tempus – Actas de Sau colet.**, v.7, n. 2, p.203-211, 2013.

MENDES, E.V. **As redes de atenção a saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. 2011.

MERHY, E.E. **Cadernos de Saude Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.4, p.898-906, 2009.

MISRA, M.C.;IMLITEMS, U. Drug treatment of haemorrhoids. **Drugs**, v. 65, n. 14, p. 81-91, 2005.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da Cartografia**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2012.

PAULON, S.M.; ROMAGNOLI, R.C. Pesquisa intervenção e Cartografia: melindres e meandros metodológicos. **Estud. Pesqui. Psicol.**, v.10, n.1. p.85-102, 2010.

PERES, R.S.; BORSONELO, E.C.; PERES, W.S. A esquizoanálise e a produção da subjetividade: considerações práticas e teóricas. **Psicol em estudo**, v. 5, n. 1, p. 35-43, 2000.

RIBEIRO, M.L.; CUNHA, M.I. Trajetórias da docência universitária em um programa de pós-graduação em saúde coletiva. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação.**, v. 14, n. 32, p. 55-58, 2010.

ROMAGNOLI, R.C. A Cartografia e a relação pesquisa e vida. **Psicol Social.**, v.21, n.2, 2009.

SCHOPKE, R. O pensamento como ultrapassamento da razão clássica. In: _____. **Por uma filosofia da diferença**: Gilles Deleuze, o pensador nômade. Rio de Janeiro/São Paulo: Contraponto/EDUSP, 2004, p.19-42.

TURATO, E.R. **Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2013.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R.A.N. Cartografia e genealogia: aproximações possíveis para a pesquisa em psicologia social. **Psicologia e Sociedade**, v. 23, n. 3, set./dez., 2011.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Trajetória e percepção de pacientes submetidos a hemorroidectomia

Pesquisador: Magno Otavio Salgado de Freitas

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 39208614.4.0000.5146

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 911.381

Data da Relatoria: 27/11/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa exploratória e qualitativa, que privilegiará a cartografia como método principal na produção de dados

Objetivo da Pesquisa:

Compreender a trajetória de pacientes submetidos a hemorroidectomia. E ainda, Mapear a trajetória dos pacientes submetidos a hemorroidectomia desde os primeiros atendimentos na atenção primária até a cirurgia; Conhecer a "rede de cuidados" pela qual o paciente teve acesso; Compreender a experiência vivenciada pelo paciente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os resultados da pesquisa poderão proporcionar melhoria na assistência a saúde e alterações na abordagem cirúrgica atual de indivíduos com hemorroidas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo relevante para área médica, de saúde e cirurgia. Justifica-se pelo fato de ser a doença hemorroidária

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



Continuação do Parecer: 911.381

Recomendações:

Apresentação de relatório final por meio da plataforma Brasil, em "enviar notificação".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto respeita os preceitos éticos da pesquisa em seres humanos, sendo assim somos favoráveis à aprovação do mesmo.

MONTES CLAROS, 12 de Dezembro de 2014

Assinado por:
Ana Augusta Maciel de Souza
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Rui Braga s/n-Camp Univers Profº Darcy Rib
Bairro: Vila Mauricéia CEP: 39.401-089
UF: MG Município: MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 Fax: (38)3229-8103 E-mail: smelocosta@gmail.com