Cirurgia do Aparelho Digestivo para Leigos

Volume 1036

Viver com ileostomia: a água, o sal, a comida e a rotina

Para quem já está com a bolsa, temporária ou definitiva, e para quem cuida. O que muda sem o intestino grosso, a saída alta, a desidratação, o que beber e comer, os remédios, a pele e o fechamento



Jardim do consultório.

1. Antes de começar
2. O que muda sem o intestino grosso
3. A saída normal e a saída alta
4. A desidratação
5. Beber
6. Comer
7. Remédios que passam inteiros
8. A pele, a troca e a noite
9. Trabalho, viagem, esporte e sexualidade
10. O fechamento
11. Sinais de alerta, quem cuida de quê e o que ler depois

MN **Dr. Mateus Antunes Nogueira**

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

Viver com ileostomia: a água, o sal, a comida e a rotina

Para quem já está com a bolsa, temporária ou definitiva, e para quem cuida. O que muda sem o intestino grosso, a saída alta, a desidratação, o que beber e comer, os remédios, a pele e o fechamento

Autor	Dr. Mateus Antunes Nogueira
Registro	CRM-SP 97.070 · RQE 46345
Especialidade	Cirurgia do Aparelho Digestivo
Série	Cirurgia do Aparelho Digestivo para Leigos · volume 1036
Edição	1ª edição
Ano	2026
Local	São Paulo, SP — Brasil
Idioma	Português (Brasil)

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

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

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

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

Sumário

1. Antes de começar **4**

1.1 Para quem é este guia **4**

1.2 Como usar **5**

2. O que muda sem o intestino grosso **7**

3. A saída normal e a saída alta **10**

4. A desidratação **12**

5. Beber **15**

6. Comer **17**

7. Remédios que passam inteiros **19**

8. A pele, a troca e a noite **22**

9. Trabalho, viagem, esporte e sexualidade **25**

10. O fechamento **27**

11. Sinais de alerta, quem cuida de quê e o que ler depois **30**

11.1 Quem cuida de quê **32**

11.2 O que ler em seguida **34**

Glossário **35**

Referências **37**

Sobre o autor **40**

Transparência e licenças **41**

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

1. Antes de começar

Em uma frase

Para quem já está com a bolsa, e para quem cuida dessa pessoa.

1.1 Para quem é este guia

A bolsa ficou, e as perguntas agora são de todo dia: quanto beber e o que leva de volta ao hospital.

A ileostomia é a saída do fim do intestino delgado, o íleo, pela pele da barriga. Essa saída se chama estoma, e nela se prende a bolsa.

A Figura 1.1 mostra a ileostomia ao lado da colostomia, a saída do intestino grosso.

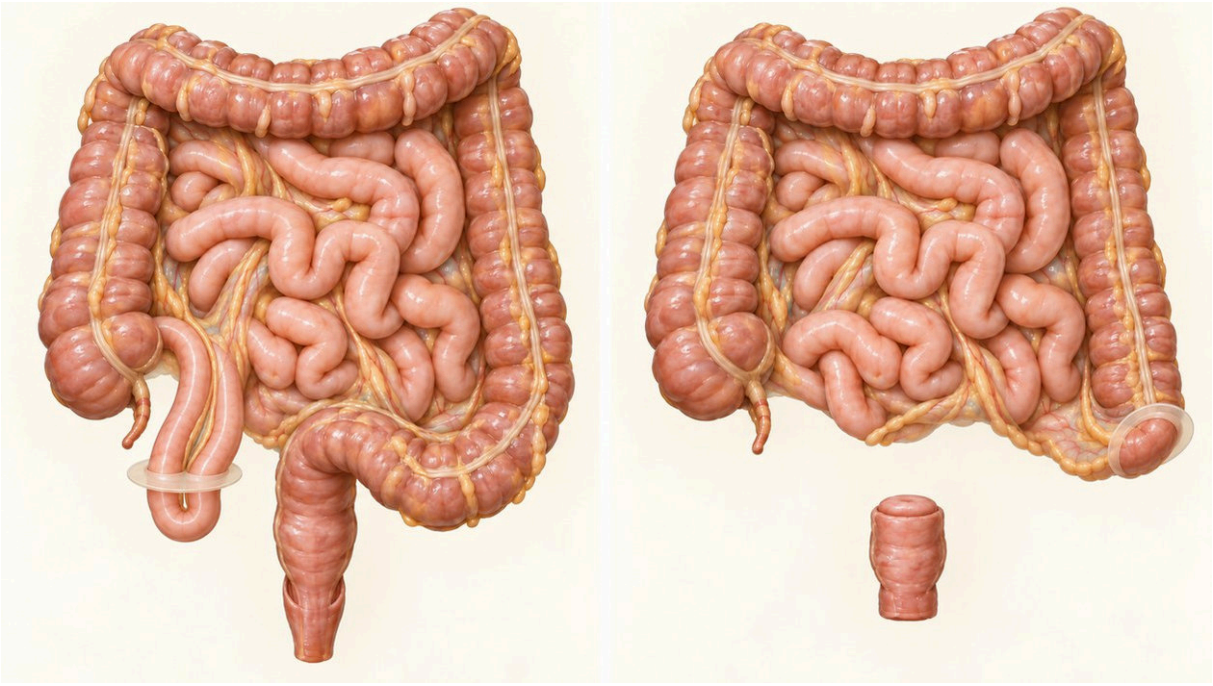


Figura 1.1. Ileostomia e colostomia, lado a lado. À esquerda, uma ileostomia em alça: uma dobra do fim do intestino delgado é trazida à parede da barriga, representada pelo disco claro, do lado direito do corpo. À direita, uma colostomia terminal: a ponta do intestino grosso chega à parede do lado esquerdo, e o reto fica fechado mais abaixo. A ilustração é simplificada e não representa proporções reais.

Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial

A ileostomia pode ser definitiva ou temporária, e a temporária protege uma emenda enquanto cicatriza. Uma ressalva vale para o livro todo: muita fonte olhou quem tinha a temporária, e uma revisão de 18 ensaios por sorteio não achou nenhum com a ileostomia terminal, a ponta do intestino trazida inteira à pele, forma que a definitiva costuma ter.

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

O preparo e os direitos estão no guia Vou fazer um estoma (/ebooks/vou-fazer-um-estoma), com a troca passo a passo.

Aqui fica o que é próprio da saída líquida. Sem pena e sem promessa.

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

1.2 Como usar

A Tabela 1.2 mostra em que capítulo está cada pergunta, e a Tabela 1.3 desenha um dia com a bolsa. Remédio e dose ficam com o seu médico.

Tabela 1.2 — Onde está cada assunto neste guia

Capítulo	A pergunta que ele responde
2. O que muda	Por que a saída é líquida?
3. A saída normal e a alta	Quanto é muito?
4. A desidratação	O que me leva de volta ao hospital?
5. Beber	Só água basta?
6. Comer	O que muda a saída, o que entope?
7. Remédios	Por que o comprimido sai inteiro?
8. A pele, a troca e a noite	Por que a pele arde? Por que acordo?
9. Trabalho, viagem, esporte e sexualidade	O que é próprio da ileostomia?
10. O fechamento	A minha fecha? E a definitiva?
11. Sinais e consulta	Quando ir ao pronto-socorro?

Fonte: elaborado pelo autor; cada capítulo traz as suas fontes. A ressalva sobre a ileostomia terminal vem de (MALIK et al., 2018). A diretriz americana da cirurgia de estoma (DAVIS et al., 2022) entra só por título, ano e escopo, porque não tem resumo público.

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

Tabela 1.3 — O dia de uma ileostomia: o que costuma entrar na rotina

Hora	O que entra na rotina	Onde está
Ao acordar	Olhar a cor da urina e a sede; anotar o que a equipe pediu	Capítulos 3 e 4
Ao longo do dia	Esvaziar a bolsa antes de encher; beber como a equipe orientou	Capítulo 5
Nas refeições	Mastigar bem; trazer de volta os alimentos aos poucos	Capítulo 6
Nos remédios	Tomar como foi prescrito; contar se viu comprimido inteiro na bolsa	Capítulo 7
Na troca	Olhar a pele ao redor; refazer a medida do recorte	Capítulo 8
À noite	Combinar com a estomaterapeuta, a enfermeira dos estomas, um plano para esvaziar e para vazamento	Capítulo 8

Fonte: elaborado pelo autor, sem número de vezes nem de horas, a partir do guia Vou fazer um estoma e de (STROBEL et al., 2026). Quem marca o ritmo é a equipe.

Desde já, guarde uma regra: desmaio, confusão mental, sonolência fora do comum, tontura que não passa mesmo deitado e vômitos que impedem de beber, com a bolsa continuando a encher, pedem pronto-socorro ou 192, sem esperar a consulta. Os outros sinais urgentes estão no capítulo 11.

Vamos ao que muda quando o intestino grosso sai do caminho.

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

2. O que muda sem o intestino grosso

Em uma frase

O que esse trecho segurava, água e sal, agora vai para a bolsa.

A saída líquida do capítulo 1 começa no caminho.

Todo dia, de 1,5 a 2 litros de líquido chegam ao intestino grosso, e ele fica com cerca de nove décimos disso, junto com o sódio, o mineral do sal de cozinha.

Com a ileostomia, esse trecho deixa de receber o conteúdo, como mostra a Figura 2.1: descansa na temporária e, na definitiva, foi retirado.

O conteúdo vai líquido e rico em sal direto para a bolsa. A Figura 2.2 mostra a diferença.

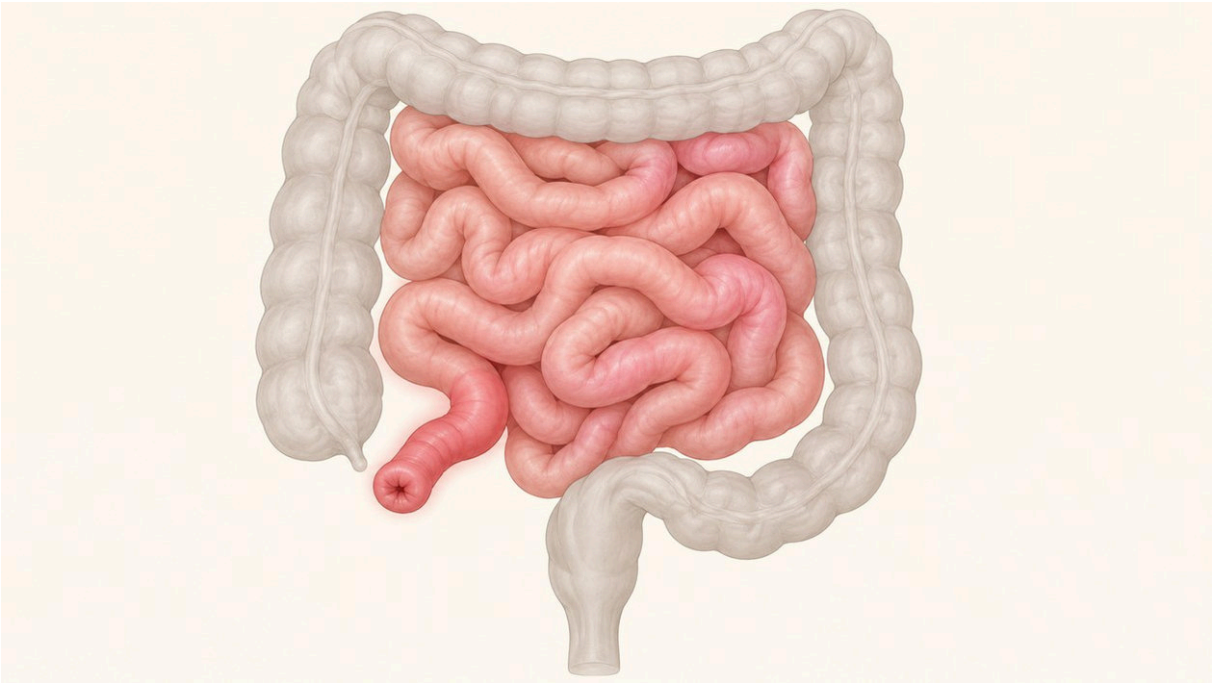


Figura 2.1. Na ileostomia, o intestino delgado termina numa saída. O tom apagado marca o intestino grosso fora do caminho: descansando na ileostomia temporária, retirado na definitiva.

Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial

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

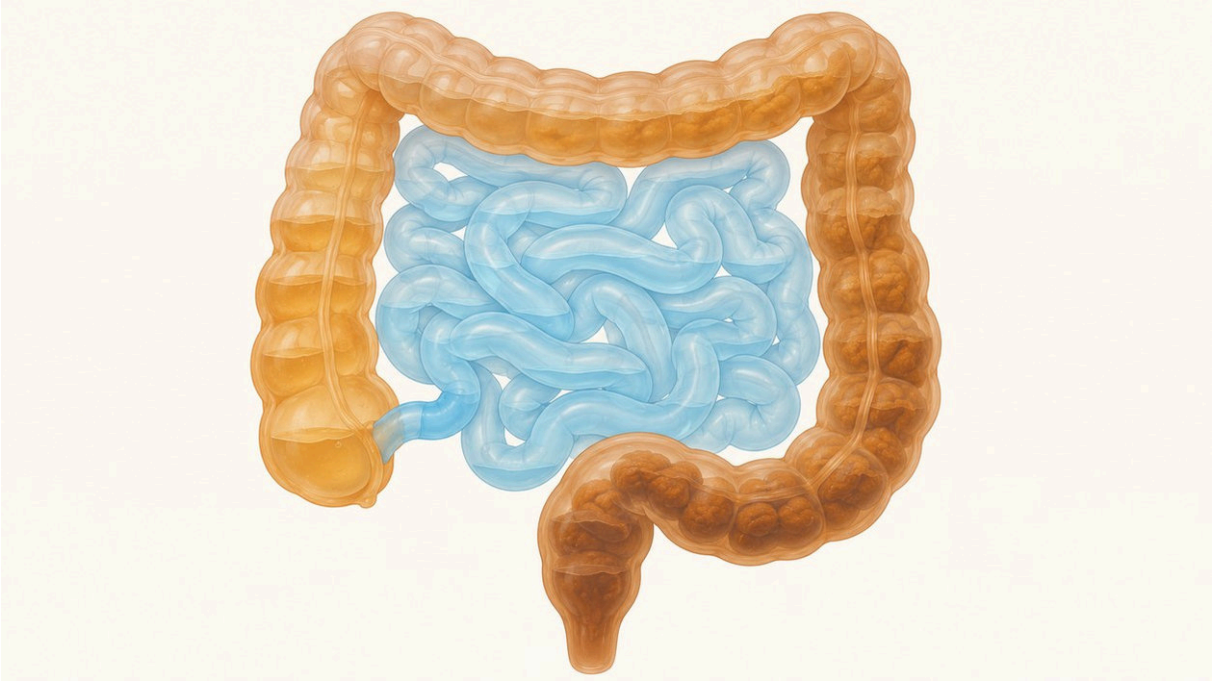


Figura 2.2. O intestino delgado, em azul, e o intestino grosso, em âmbar. No delgado, o conteúdo é líquido; no grosso, vai ficando mais firme até o reto.

Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial

Sem esse trecho, o corpo perde mais água e mais sal.

A saída alta, um volume acima do que o corpo repõe, não tem hora marcada: uma diarreia de outra origem pode desequilibrar um delgado já adaptado, e há quem não chegue a se adaptar bem e a tenha desde a operação. Adaptar-se, aqui, é o delgado aproveitar mais água e mais sal, o que leva de semanas a meses. Beber cobre só parte do que se perde.

O que os estudos mostram

São duas revisões narrativas, sem dado próprio. A de 2023, sobre a ileostomia de proteção, registra que a nutrição dessas pessoas foi pouco estudada (MIGDANIS et al., 2023). A de 2020 olha a ileostomia em geral e trata a saída que dispara como alerta para qualquer pessoa, pela água e pelo sal que vão embora (ROWE; SCHILLER, 2020). O que fazer fica com a equipe.

Fonte: MIGDANIS *et al.*, 2023; ROWE; SCHILLER, 2020

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

Pergunte ao seu médico

- A minha ileostomia é temporária ou definitiva?
- O meu intestino grosso continua no lugar?

Quanto sai por dia separa a saída normal da saída alta.

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

3. A saída normal e a saída alta

Em uma frase

Cada fonte põe o limite num lugar; vale o número combinado com a sua equipe.

A bolsa enche pelo motivo do capítulo 2, e o volume tem percurso esperado.

Quem está nos dois ou três primeiros meses ainda vê a saída mudar: menos volume e mais espessura com o passar das semanas, a partir de um começo aguado, perto de 1,2 litro por dia. Comida e bebida mudam a conta, e um dia pode fechar em meio litro ou em 2 litros.

Quando a bolsa passa, em geral, de 1,5 a 2 litros em 24 horas, o corpo deixa de repor o que ela leva: sódio e água, com o magnésio junto muitas vezes. É a saída alta, ou alto débito nos laudos. A Tabela 3.1 põe os limites das outras fontes lado a lado.

As faixas se encostam. Peça o seu número à equipe, por escrito.

Tabela 3.1 — Saída normal e saída alta, com a fonte de cada número

O que a fonte descreve	O número	Quem a fonte estudou
Ileostomia nova	Perto de 1,2 litro por dia; em dois ou três meses, fica menor e mais espessa	Revisão sobre a temporária (MIGDANIS et al., 2023)
O dia comum	De meio litro a 2 litros, conforme o que se come e se bebe	A mesma revisão
Saída alta	Acima de 1,5 a 2 litros em 24 horas; varia com o que entra pela boca	Revisão sobre estomas do delgado (NIGHTINGALE, 2022)
Saída alta	Acima de 2 litros por dia	456 estomas do delgado (BAKER et al., 2011)
Saída alta	1,5 litro ou mais, por 2 dias seguidos	43 pessoas com estoma novo, num hospital (ARENAS VILLAFRANCA et al., 2015)
Saída alta	Mais de 1 litro de fezes líquidas por dia, por 3 dias seguidos	103 adultos com ileostomia, em Berlim (STROBEL et al., 2026)

Fonte: as citadas em cada linha. Uma revisão de 32 estudos registra que falta consenso sobre a definição (LEDERHUBER et al., 2023). O volume que faz você telefonar é o que a sua equipe combinar.

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

Medir é anotar o que sai e o que entra, pelo método que a equipe ensinar; se a saída sobe de repente, ligue no mesmo dia, porque há motivo a procurar, como infecção ou remédio novo ou suspenso.

O que os estudos mostram

Numa série de 456 estomas feitos no delgado, a saída alta cedo pediu tratamento continuado em pouco mais da metade dos casos, em geral por sobrar pouco delgado; nos 49 de cada 100 restantes, cedeu sozinha. Eram 75 casos, 16 em cada 100 estomas, com mais de 2 litros por dia na internação, nas três primeiras semanas (BAKER et al., 2011). Quase sempre era ileostomia num hospital que seguiu 43 pessoas com estoma novo por quatro meses: a saída alta veio em 7 cedo e em 6 depois (ARENAS VILLAFRANCA et al., 2015).

Fonte: BAKER et al., 2011; ARENAS VILLAFRANCA et al., 2015

Pergunte ao seu médico

- A partir de quantos litros por dia eu telefono?
- Anoto o volume ou as vezes que esvazio?

Perda acima da reposição é desidratação.

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

4. A desidratação

Em uma frase

A sede e a urina escura estão entre os avisos que você aprende a reconhecer.

Com saída alta ou sem ela, a falta de água e de sal no corpo leva gente de volta ao hospital. Num serviço com 603 ileostomias em alça, a forma que a temporária costuma ter, ela foi a causa mais frequente: 44 das 102 voltas em 60 dias, cerca de 7 em cada 100 pessoas operadas.

O Gráfico 4.1 põe esse serviço ao lado de outras contas. Todas olham só os primeiros 30 ou 60 dias. Para quem tem a definitiva há anos, elas não respondem.



Gráfico 4.1. Volta ao hospital depois de uma ileostomia: quantas pessoas em cada 100, em quatro contas, de três fontes. Cada quadradinho é uma pessoa, e as contas não se somam. A segunda junta desidratação e falência dos rins.

Elaborado pelo autor a partir de (LIU et al., 2021), (MESSARIS et al., 2012) e (PAQUETTE et al., 2013)

Quem fez a bolsa em J, o reservatório do guia Câncer de intestino na família, aparece com mais risco.

O corpo avisa. Sede fora do comum, urina escura e escassa, cãibras ou tontura ao levantar pedem contato no mesmo dia, e a Tabela 4.2 põe cada aviso no seu nível.

Quem cuida também olha. Desmaio é emergência, e confusão mental ou sonolência fora do comum, também.

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

Tabela 4.2 — Sinais da desidratação, com as palavras do capítulo 11

O que você nota	Em que nível entra
Desmaio, confusão mental ou sonolência fora do comum.	Emergência agora — pronto-socorro ou 192
Tontura que não passa mesmo deitado.	Emergência agora — pronto-socorro ou 192
Vômitos que impedem de beber, com a bolsa continuando a encher.	Emergência agora — pronto-socorro ou 192
Saída muito líquida e frequente, ou acima do volume combinado com a equipe.	No mesmo dia — ligue para a equipe e procure atendimento
Saída muito líquida e frequente pela ileostomia, com sede, boca seca ou pouca urina.	No mesmo dia — ligue para a equipe e procure atendimento
Sede fora do comum, urina escura e escassa, cãibras ou tontura ao levantar.	No mesmo dia — ligue para a equipe e procure atendimento
Saída mais líquida do que antes, sem nenhum dos sinais acima.	Na próxima consulta — anote e leve

Fonte: elaborado pelo autor, com as palavras do capítulo 11, onde estão os outros sinais.

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

O que os estudos mostram

No serviço das 603 ileostomias, metade das pessoas tinha doença inflamatória do intestino, como a doença de Crohn, e 16 em cada 100, câncer de reto (MESSARIS et al., 2012). Num grupo de quatro cirurgiões, 17 de cada 100 entre 201 pessoas voltaram em até 30 dias por desidratação ou falência dos rins (PAQUETTE et al., 2013). Em dez estudos somados, foram 5 em cada 100 aos 30 dias, de 2 a 13 conforme o estudo; aos 60 dias, cerca de 10. Eram 27.089 pessoas (LIU et al., 2021).

Fonte: MESSARIS et al., 2012; PAQUETTE et al., 2013; LIU et al., 2021

Pergunte ao seu médico

- Com sede e urina escura, para quem ligo?
- Que sinal olho primeiro?

Agora, o copo: o que beber.

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

5. Beber

Em uma frase

Com a saída alta, mais água pura pode aumentar a perda; quem ajusta é a equipe.

Diante da desidratação, repor com água parece o certo. Parte da perda se compensa mesmo bebendo. A conta muda quando a saída sobe.

Água, chá, café e suco pouco doce têm menos sal que o sangue: são os líquidos hipotônicos, na Tabela 5.1. Para quem já perde muito, uma revisão de 2023 desaconselha responder com mais desses líquidos: com pouco sal, eles podem baixar o sódio que havia dentro do intestino, e o corpo acaba perdendo mais.

Na saída alta, as fontes falam em trocar o que vai no copo.

A solução de reidratação oral, de água e sódio com glicose, entra em goles, e o líquido hipotônico diminui.

Com sede fora do comum, ligue no mesmo dia: reidratar vem antes. Limitar líquido é prescrição: nunca comece por conta própria.

Tabela 5.1 — O que beber, e de quem cada fonte fala

Bebida	O que a fonte diz	De quem a fonte fala
Água, chá, café, suco pouco doce	Em excesso, diluem o sódio no intestino; na saída alta, são limitados	Saída alta (MIGDANIS et al., 2023; HARBAUGH et al., 2026)
Refrigerante de cola, suco muito doce	A revisão sugere limitar também	Saída alta (MIGDANIS et al., 2023)
Solução de reidratação oral	Pesa a favor, sem protocolo padrão. Costuma ter gosto ruim, e isso atrapalha o uso: se não descer, avise	Saída alta com pouco delgado restante (NIGHTINGALE, 2022); saída alta em geral (MAGEE et al., 2026); ileostomia sem saída alta, em 6 estudos de desenhos diferentes (HOEG et al., 2026)
Álcool e cafeína	O álcool é citado como desfavorável; a cafeína também, mais por opinião do que por estudo	Ileostomia em geral (MITCHELL et al., 2021)
Líquido junto da refeição	Separar, quando couber	Um programa em Berlim (STROBEL et al., 2026) e um protocolo de saída alta (ARENAS VILLAFRANCA et al., 2015)

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

Fonte: as citadas em cada linha. A solução entra aqui sem marca e sem dose. A equipe orienta o que beber e quanto.

Sem saída alta, vale o combinado na alta. Num programa em Berlim, com adultos operados de forma planejada, a orientação foi chegar a cerca de 1,5 a 2 litros por dia, longe das refeições quando coubesse, aos poucos e sem exagerar só nos líquidos hipotônicos. O número é do programa; o seu pode ser outro.

Abaixo de 1,2 litro de perda por dia, a revisão de 2023 fica no prato: um pouco mais de sal ou um petisco salgado costumam dar conta do sódio. Com pressão alta ou doença dos rins, pergunte antes.

Para calor e exercício, não achamos estudo com números sobre a ileostomia: a equipe orienta.

O que os estudos mostram

No programa de Berlim, com 103 adultos operados de forma planejada, a saída alta depois da alta atingiu 13; num grupo anterior, 41 de 296. A diferença não apareceu, e igualdade esse desenho não prova (STROBEL et al., 2026).

Fonte: STROBEL et al., 2026

Pergunte ao seu médico

- O que bebo, e quanto?
- Se a solução não descer, o que faço?

O copo é metade da conta; a outra metade é comer.

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

6. Comer

Em uma frase

A maior parte das listas de alimentos nasce da experiência, e a tolerância muda de pessoa para pessoa.

Depois de beber, vem o prato. As primeiras semanas estão no guia Vou fazer um estoma. Aqui importa o peso do que se escuta. Quem mapeou 31 estudos e 44 textos de opinião aponta a experiência de quem atende como a base provável da maior parte do que se recomenda, com pouca pesquisa por trás.

Com essa ressalva, leia a Tabela 6.1. A revisão de 2023 desconfia de muita restrição e se apoia num teste pequeno, de 7 pessoas: entre 37 alimentos, só 7 aumentaram bem a saída.

Tabela 6.1 — O que pode aumentar a saída, o que pode ajudar e o que pode entupir

Efeito citado	Alimento ou bebida	Força da fonte
Pode aumentar a saída	Banana, morango, uva, uva-passa, pêssego, suco de ameixa, feijão cozido	Teste com 7 pessoas e 37 alimentos, citado por (MIGDANIS et al., 2023)
Pode aumentar a saída	Mais fibra; mais calorias	36 voluntários com ileostomia antiga, citados pela mesma revisão
Pode aumentar a saída	Álcool	Apontado no mapeamento (MITCHELL et al., 2021) e na revisão (MIGDANIS et al., 2023)
Pode ajudar	Pouca fibra e pouca gordura	Sugerido no mapeamento (MITCHELL et al., 2021)
Pode ajudar	Carboidratos brancos, ricos em amido	Mais opinião do que estudo (MITCHELL et al., 2021)
Pode entupir	Pipoca, castanhas, repolho cru, fruta seca, cereal integral	Revisão, sem número de casos (MIGDANIS et al., 2023)

Fonte: as citadas em cada linha. Nenhuma delas dá uma lista segura do que engrossa a saída. A tolerância muda de pessoa para pessoa, e a equipe orienta.

A obstrução por alimento é o pedaço mal digerido que tranca a passagem. Mastigar bem é a orientação.

A saída para ou vira só líquido, com dor na barriga. Em geral é passageira.

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

Se não sai nada, nada pela boca, diz a revisão; se ainda sai alguma coisa, líquidos sim, sólidos não. Ligue para a equipe no mesmo dia. Pronto-socorro ou 192 se parar de eliminar gases e fezes, com a barriga inchada e vômitos, ou diante de dor forte e contínua na barriga, que ficou dura.

O que os estudos mostram

No Reino Unido, entre 53 pessoas com ileostomia recente, antiga ou já fechada, mais de 85 em cada 100 deixavam comida de fora, fruta e verdura à frente. Só o que der problema ao voltar deveria sair do prato, e isso depois da cicatrização, pedem os autores (ENGLAND et al., 2023). Num serviço de Juiz de Fora, evitavam comida por vazamento 8 de 40 pessoas com ileostomia e 3 de 63 com colostomia (DE OLIVEIRA et al., 2018).

Fonte: ENGLAND et al., 2023; DE OLIVEIRA et al., 2018

Pergunte ao seu médico

- Que alimentos testo primeiro, e em que ordem?
- Se a saída parar, o que faço?

O que se engole inclui os remédios, e alguns passam inteiros.

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

7. Remédios que passam inteiros

Em uma frase

Com o caminho mais curto, alguns comprimidos saem antes de agir; quem ajusta é quem prescreve.

Além de comer, muita gente toma remédio todo dia. O caminho é curto: com a ileostomia, o remédio tem menos tempo e menos área para ser absorvido.

Os autores de uma pesquisa na Áustria, apoiados em outros trabalhos, suspeitam de quatro formas: a cápsula mole; o comprimido de revestimento que só abre adiante; o de liberação retardada, que demora a soltar; e o de liberação prolongada, feito para soltar o remédio aos poucos. Quando cabe, o médico avalia outra forma, como líquido ou adesivo.

Os mesmos autores pedem uma olhada na bolsa de tempos em tempos: comprimido inteiro ali é assunto para quem prescreve. Um remédio que pareça render menos também é, ainda que nada apareça na bolsa. E todo profissional que atender você precisa saber da ileostomia.

Outros remédios mexem na saída, e a Tabela 7.1 os separa.

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

Tabela 7.1 — Remédios, por classe ou por forma

Classe ou forma	O que a fonte diz	O que fazer
Liberação prolongada ou retardada, revestimento que abre adiante, cápsula mole	Podem sair sem soltar todo o remédio (HEHENBERGER et al., 2026)	Perguntar a quem prescreve
Diurético, o remédio que faz urinar mais	Quem usa voltou mais ao hospital por desidratação (MESSARIS et al., 2012; LIU et al., 2021)	Nunca suspender sozinho
Corticoide, contra inflamação, e opioide, para dor forte	A parada brusca está entre as causas de saída alta (MIGDANIS et al., 2023)	Nunca parar de repente por conta própria
Remédio que acelera o intestino	Está entre as causas de saída alta (MIGDANIS et al., 2023)	Contar a quem prescreve
Magnésio por via oral	O mais citado pelas 6 de 46 pessoas que deixaram de tolerar ou de tomar algum remédio, por diarreia (HEHENBERGER et al., 2026)	Contar a quem prescreve
Antidiarreico e redutor do ácido do estômago	Podem ajudar a segurar a saída (NIGHTINGALE, 2022), com evidência fraca (LEDERHUBER et al., 2023)	Só com prescrição

Fonte: as citadas em cada linha. Quem prescreve é o seu médico.

Nunca pare nem troque remédio por conta própria. Abrir ou amassar cápsula e comprimido também pede pergunta antes. Quem prescreve é o seu médico.

O que os estudos mostram

Só cerca de 1 em cada 4 tinha recebido orientação, num questionário on-line feito na Áustria em 2025, respondido uma vez só e com poucos participantes. Viram remédio inteiro na bolsa 16 de 29 com ileostomia e 3 de 21 com colostomia (HEHENBERGER et al., 2026). É relato pessoal, e o desenho não prova causa. Contra um grupo de controle, três remédios muito usados para segurar a saída não mostraram diferença clara no volume, numa revisão de 32 estudos (LEDERHUBER et al., 2023).

Fonte: HEHENBERGER et al., 2026; LEDERHUBER et al., 2023

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

Pergunte ao seu médico

- Algum dos meus remédios é de liberação prolongada?
- Se eu vir comprimido inteiro na bolsa, a quem aviso?

A saída líquida também pede atenção à pele e à troca.

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

8. A pele, a troca e a noite

Em uma frase

Na ileostomia, a pele sofre mais, e muita gente não percebe.

Os remédios passam por dentro; por fora, o ponto sensível é a pele. A dermatite ao redor do estoma é a pele irritada pelo contato com o que sai. O Gráfico 8.2 compara a lesão da pele em geral na ileostomia e na colostomia, em dois estudos. O risco sobe com o tempo. As consultas seguem depois das primeiras semanas.



Figura 8.1. Na consulta, a enfermeira estomaterapeuta mostra a bolsa de colostomia; sobre a mesa, outras bolsas e as placas adesivas. O modelo muda com o tipo de estoma.

Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial

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

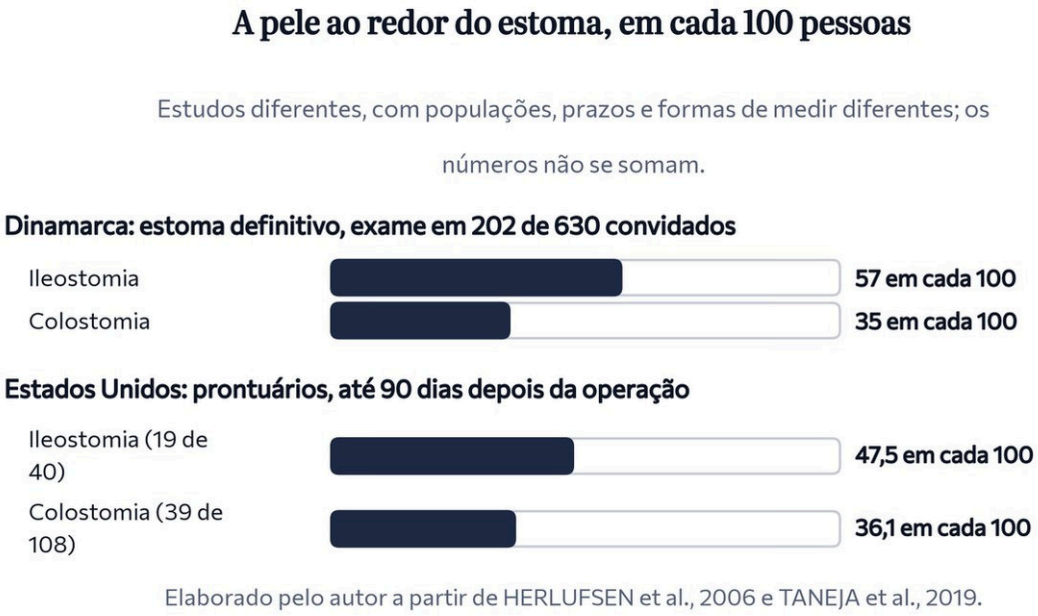


Gráfico 8.2. Lesão da pele ao redor do estoma, em cada 100 pessoas, na ileostomia e na colostomia. São estudos diferentes, com populações, prazos e formas de medir diferentes, e os números não se somam.

Elaborado pelo autor a partir de (HERLUFSEN et al., 2006) e (TANEJA et al., 2019)

A troca e o recorte da placa estão no guia Vou fazer um estoma. Com saída líquida, ardência, vermelhidão ou vazamento repetido vão à estomaterapeuta, a enfermeira dos estomas, da Figura 8.1, sem pomada por conta própria.

A bolsa também interrompe o sono à noite. Quem tem ileostomia relata isso mais do que quem tem colostomia. A fonte descreve o problema, sem testar solução. O plano se combina com a estomaterapeuta.

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

O que os estudos mostram

Mais de 80 em cada 100 dos que tinham lesão de pele não buscaram ajuda, numa região da Dinamarca. Lá, com estoma definitivo, 57 de cada 100 pessoas com ileostomia tinham a lesão, contra 35 com colostomia, entre as 202 de 630 que aceitaram questionário e exame (HERLUFSEN et al., 2006). Num sistema de saúde americano, os prontuários mostraram sinal de lesão em 90 dias em 19 de 40 ileostomias e 39 de 108 colostomias (TANEJA et al., 2019). Numa nova leitura de um ensaio com 153 pessoas, a lesão grave pesou mais na ileostomia, e a chance de ter alguma lesão subiu com o tempo, ainda que mais branda (SALVADALENA et al., 2020).

Esvaziar e vazar foram os motivos mais citados entre os 47 em cada 100 de 5.648 pessoas com estoma, nos Estados Unidos, que perderam sono no último mês. O questionário circulou também por um programa patrocinado pela indústria (SKOUNTRIANOS et al., 2026).

Fonte: HERLUFSEN et al., 2006; TANEJA et al., 2019; SALVADALENA et al., 2020; SKOUNTRIANOS et al., 2026

Pergunte ao seu médico

- Quando a estomaterapeuta olha a minha pele?
- O que muda no meu plano para a noite?

Sono e pele contam no trabalho.

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

9. Trabalho, viagem, esporte e sexualidade

Em uma frase

Há rotina para refazer, e o peso muda de pessoa para pessoa.

Da noite, o assunto muda para a rotina fora de casa. A qualidade de vida ficou abaixo da população geral num levantamento alemão com 783 pessoas de ileostomia definitiva, ligadas a uma associação de pacientes, e 72 em cada 100 relataram efeitos ruins do estoma no dia a dia. O retrato é de um momento, com muita doença inflamatória do intestino e pouco câncer.

O que é comum a todo estoma, e os direitos, está no guia Vou fazer um estoma. A Tabela 9.1 traz o próprio.

Tabela 9.1 — O que é próprio da ileostomia, e onde está o resto

Assunto	O que é próprio da ileostomia	Onde está o resto
Trabalho	Vazamento e medo dele atrapalham, em estoma de qualquer tipo; nada só da saída líquida nas fontes lidas	Guia Vou fazer um estoma
Viagem	A água: mais líquido em lugar quente, com o sal e a solução que a equipe indicou	Guia Vou fazer um estoma
Esporte	Hérnia ao lado do estoma relatada por cerca de 24 de cada 100 pessoas com ileostomia definitiva, sem prova de que o exercício proteja	A equipe orienta
Sexualidade	As fontes lidas não trazem nada próprio da saída líquida	Guia Vou fazer um estoma
Direitos	Os mesmos de quem tem estoma	Guia Vou fazer um estoma

Fonte: (SCHIERGENS et al., 2017), (JEPPESEN et al., 2022), (PARK et al., 2023) e (ALBAUGH et al., 2017). Direitos e material pelo SUS ficam só no guia.

No trabalho, o vazamento e o medo dele atrapalham 65 em cada 100 das que trabalhavam, numa pesquisa de 2019 com pessoas com estoma de qualquer tipo.

Na viagem, o próprio é a água: aquele guia pede mais líquido em lugar quente, com o sal e a solução que a equipe indicou.

No esporte, há uma pesquisa em estomas definitivos, inclusive de urina, num centro acadêmico, com 443 respostas: quem se exercitava menos tinha mais hérnia ao lado do

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

estoma. A obesidade ou a própria hérnia podem explicar a ligação, e ela não prova que o exercício proteja. Combine a volta com a equipe.

Os nervos e os tratamentos do câncer pesam na sexualidade junto com o estoma. Há tratamentos a discutir, sem garantia.

Pergunte ao seu médico

- Quando volto ao trabalho e ao esporte?
- Com quem falo sobre a vida sexual?

Falta falar do fechamento.

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

10. O fechamento

Em uma frase

Para quem tem a temporária, fechar é outra operação, e nem toda chega a ela.

Quando a bolsa tem prazo, a rotina do trabalho também tem. A data e o exame da emenda estão nos guias Vou fazer um estoma, Câncer do reto alto e médio e Câncer do reto baixo. A Tabela 10.1 separa a temporária da definitiva, e a Figura 10.2 desenha o caminho.

Tabela 10.1 — Temporária e definitiva, lado a lado

	Temporária	Definitiva
Para que serve	Proteger uma emenda enquanto cicatriza	Dar saída quando o caminho até o ânus se perdeu
Forma mais comum	Em alça, com duas bocas vizinhas	Terminal, com a ponta trazida inteira à pele
O intestino grosso	Em geral fica no lugar, sem receber o conteúdo	Em geral foi retirado
O que vem depois	O fechamento, se a equipe confirmar as condições	Acompanhamento seguido, sem fechamento
Onde ler mais	Guias do reto: o baixo e o alto e médio	Guia Câncer de intestino na família, para quem tirou o intestino grosso inteiro

Fonte: elaborado pelo autor a partir do guia Vou fazer um estoma e de (MIGDANIS et al., 2023). Os rins, no texto: 5.286 operados na Suécia (SANDÉN et al., 2025) e 533 no Japão (OTA et al., 2026). A equipe diz qual é o seu caso.

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

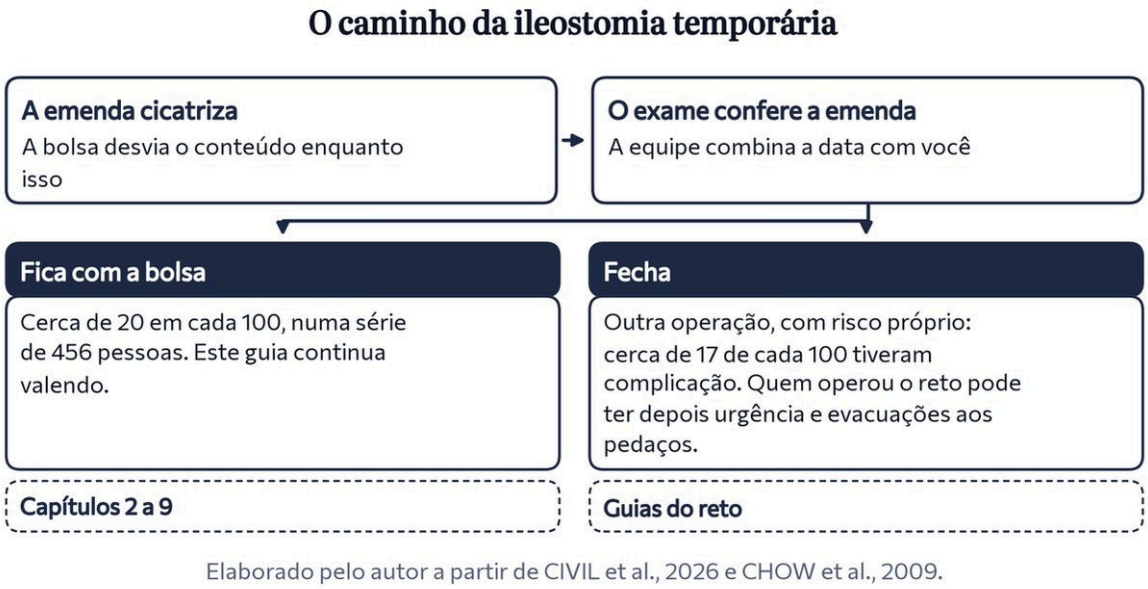


Figura 10.2. O caminho da ileostomia temporária, na ordem deste capítulo: o exame da emenda, os dois ramos, ficar com a bolsa ou fechar, e o que vem depois de cada um. O seu percurso é definido pela equipe.

Elaborado pelo autor a partir de (CIVIL et al., 2026) e (CHOW et al., 2009)

Nem toda fecha. Numa série de 456 pessoas, cerca de 20 em cada 100 ficaram com a bolsa.

Fechar também tem risco próprio: somados 48 estudos, cerca de 17 de cada 100 tiveram complicação, e o guia Vou fazer um estoma traz o detalhe.

Quem operou o reto pode ter depois a síndrome da ressecção anterior baixa: urgência e evacuações aos pedaços, nos guias do reto.

Nos rins, as fontes divergem. Num registro sueco de operados de câncer de reto, o risco de lesão aguda caiu depois do fechamento, e a ileostomia não se ligou com clareza à doença crônica dos rins; numa série japonesa, os exames ainda pioravam até três anos depois.

Com a definitiva, o caminho é outro. O levantamento alemão do capítulo 9 ligou falta de vitamina B12, ferro e zinco a pior qualidade de vida: pergunte se cabe medi-los no exame de sangue. Quem tirou o intestino grosso inteiro vai ao guia Câncer de intestino na família.

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

O que os estudos mostram

Na série de 456, 97 em cada 100 tinham doença maligna, e complicação da emenda, câncer espalhado e morte antes do fechamento foram as razões mais citadas para não fechar (CIVIL et al., 2026). Num hospital universitário de Tóquio, ficaram com a bolsa 25 de 116 operados de câncer de reto (ABE et al., 2017). Nas 6.107 pessoas dos 48 estudos, a infecção da ferida, em 5 de cada 100, e o entupimento do delgado, em 7, vieram à frente (CHOW et al., 2009).

Fonte: CIVIL et al., 2026; ABE et al., 2017; CHOW et al., 2009

Pergunte ao seu médico

- A minha ileostomia tem data para fechar?
- Devo repetir exames dos rins depois do fechamento?

Resta juntar os sinais de alerta.

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

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

Em uma frase

Os avisos do livro inteiro, em três níveis.

Antes ou depois do fechamento, valem os três níveis abaixo, repetidos na Figura 11.1 e na Figura 11.2. Quem foi operado há pouco segue também os sinais do guia da operação, na Tabela 11.4.

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

Sinais de alerta

Emergência agora — pronto-socorro ou 192:

- Desmaio, confusão mental ou sonolência fora do comum.
- Tontura que não passa mesmo deitado.
- Vômitos que impedem de beber, com a bolsa continuando a encher.
- Parar de eliminar gases e fezes, com a barriga inchada e vômitos.
- Dor forte e contínua na barriga, que ficou dura.
- Sangramento vivo e abundante pelo ânus ou pelo estoma.
- Vômito com sangue ou fezes pretas.
- Febre durante a quimioterapia, sobretudo com calafrio ou mal-estar.
- Febre alta com calafrio, confusão mental ou sonolência.
- Falta de ar súbita, dor no peito ou desmaio.
- Estoma que ficou preto.
- Volume ao lado do estoma que endureceu e dói, com a bolsa parada.

No mesmo dia — ligue para a equipe e procure atendimento:

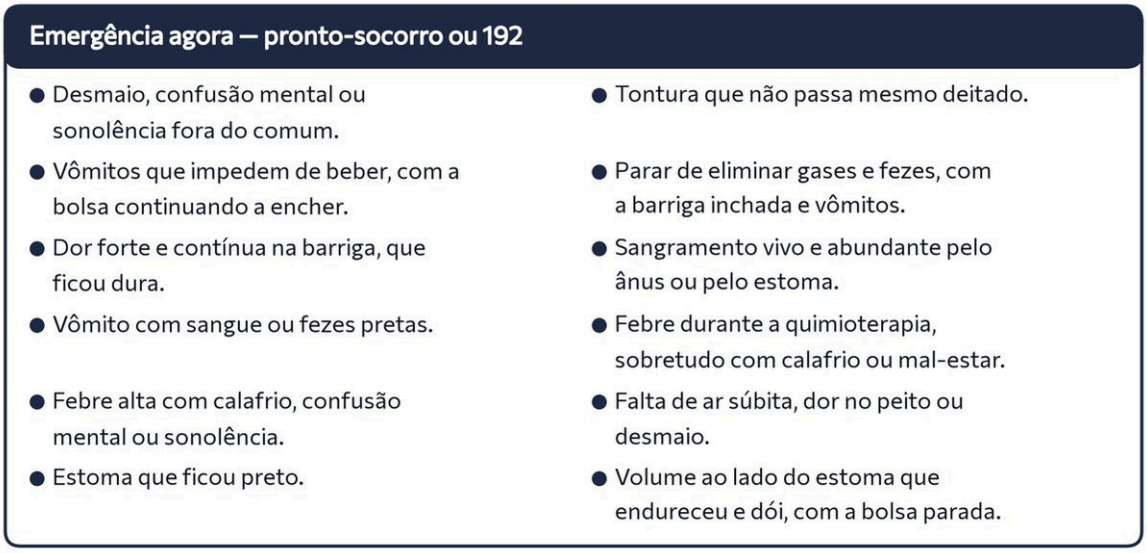
- Saída muito líquida e frequente, ou acima do volume combinado com a equipe.
- Saída muito líquida e frequente pela ileostomia, com sede, boca seca ou pouca urina.
- Sede fora do comum, urina escura e escassa, cãibras ou tontura ao levantar.
- Vômitos repetidos, barriga inchada e parada de saída pelo estoma por mais de 12 horas.
- Estoma que escureceu ou ficou arroxeado.
- Febre acima de 38 graus, fora da quimioterapia e sem outro sinal grave.

Na próxima consulta — anote e leve:

- Saída mais líquida do que antes, sem nenhum dos sinais acima.
- Dúvida sobre o que beber e em que quantidade.

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

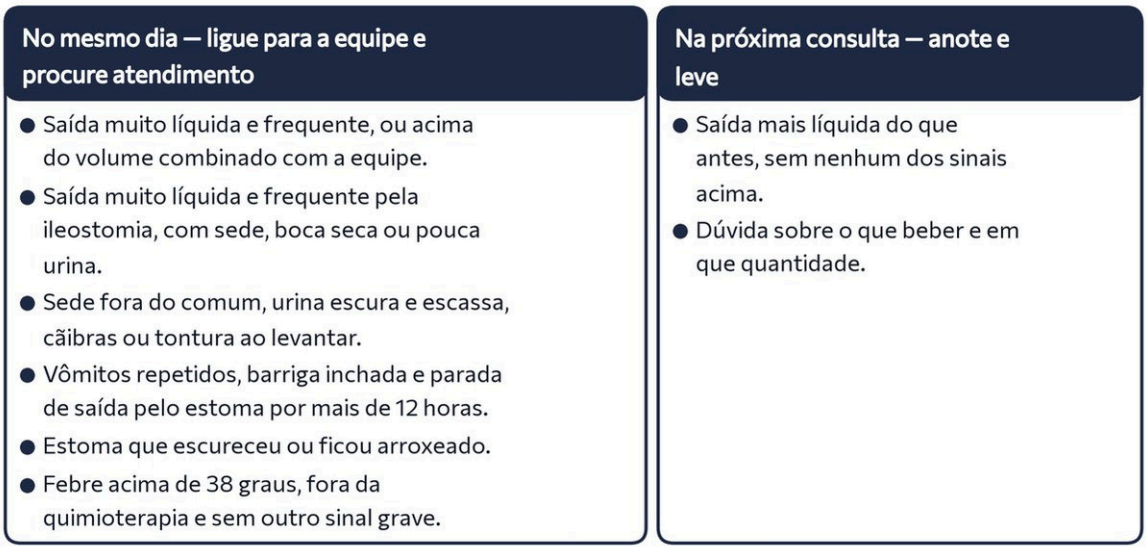
exemplar de leitura pessoal, reprodução não autorizada, CRM-SP 97.070, RQE 46345



Elaborado pelo autor.

Figura 11.1. Emergência agora — pronto-socorro ou 192: as mesmas doze linhas do bloco deste capítulo.

Elaborado pelo autor



Elaborado pelo autor.

Figura 11.2. No mesmo dia e na próxima consulta: as mesmas linhas do bloco deste capítulo. Diante de dúvida entre dois níveis, escolha o mais urgente dos dois.

Elaborado pelo autor

11.1 Quem cuida de quê

A Figura 11.3 mostra quem é quem.

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



Figura 11.3. Quem cuida em casa, médico que prescreve, nutricionista, farmacêutico, estomaterapeuta e cirurgião: o papel de cada um, na ordem dos capítulos. A composição muda conforme o caso e o hospital.

Elaborado pelo autor a partir de (ARENAS VILLAFRANCA et al., 2015)

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

11.2 O que ler em seguida

Tabela 11.4 — Se você está aqui, leia este guia

Se você está aqui	Leia este guia	Endereço no site
Quer o preparo, a troca passo a passo e os direitos	Vou fazer um estoma	/ebooks/vou-fazer-um-estoma
Tem a temporária depois de operar o reto alto ou médio	Câncer do reto alto e médio	/ebooks/cancer-de-reto-ressecao-anterior
Tem a temporária depois de operar o reto baixo	Câncer do reto baixo	/ebooks/cancer-de-reto-baixo-abaixamento
Tirou o intestino grosso inteiro	Câncer de intestino na família	/ebooks/cancer-de-intestino-na-familia
Vai fazer quimioterapia	Quimio e radio antes ou depois da cirurgia	/ebooks/quimio-e-radio-na-cirurgia

Fonte: elaborado pelo autor; guias desta série.

Pergunte ao seu médico

- Para quem eu ligo fora do horário da consulta?
- Qual volume da bolsa me faz telefonar?

Deixe esta lista à vista de todos em casa.

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

Glossário

Palavras que aparecem no livro e costumam gerar dúvida.

Adaptação

O ajuste do intestino delgado, em semanas a meses, para aproveitar mais água e mais sal.

Alto débito

O nome que os laudos dão à saída alta.

Bolsa

O saco preso à pele da barriga que recebe o que sai do estoma.

Bolsa em J

O reservatório feito com o fim do intestino delgado e ligado ao ânus, depois da retirada do intestino grosso inteiro.

Colostomia

A saída feita com o intestino grosso, pela pele da barriga.

Comprimido de liberação prolongada

O comprimido feito para soltar o remédio aos poucos.

Corticoide

O remédio usado contra inflamação.

Dermatite ao redor do estoma

A pele irritada pelo contato com o que sai da bolsa.

Desidratação

A falta de água e de sal no corpo.

Diurético

O remédio que faz urinar mais.

Doença inflamatória do intestino

A inflamação de longa duração do intestino, como a colite ulcerativa e a doença de Crohn.

Emenda

A costura que liga duas pontas do intestino.

Ensaio por sorteio

O estudo que sorteia as pessoas entre os tratamentos comparados.

Estoma

A abertura do intestino na pele da barriga.

Estomaterapeuta

A enfermeira que cuida do estoma, da pele e da bolsa.

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

Hérnia ao lado do estoma

O volume que aparece quando a parede da barriga cede junto do estoma.

Íleo

O fim do intestino delgado.

Ileostomia

A saída do fim do intestino delgado pela pele da barriga.

Ileostomia em alça

A dobra do intestino trazida à pele e aberta de lado; é a forma que a temporária costuma ter.

Ileostomia terminal

A ponta do intestino trazida inteira à pele; é a forma que a definitiva costuma ter.

Intestino delgado

O trecho longo e fino do intestino, entre o estômago e o intestino grosso.

Intestino grosso

O último trecho do intestino, que retira água e sal e forma as fezes.

Líquido hipotônico

A bebida com menos sal que o sangue, como água, chá, café e suco pouco doce.

Obstrução por alimento

O pedaço mal digerido que tranca a passagem no fim do intestino delgado.

Opioide

O remédio usado para dor forte.

Placa

A parte adesiva da bolsa, colada à pele.

Quimioterapia

O tratamento do câncer com remédios.

Registro

A base de dados que reúne pessoas tratadas, sem sorteio.

Saída alta

O volume da bolsa que já leva embora mais água e sal do que o corpo repõe.

Síndrome da ressecção anterior baixa

A urgência e as evacuações aos pedaços depois de uma cirurgia do reto.

Sódio

O mineral do sal de cozinha.

Solução de reidratação oral

A mistura de água, sódio e glicose indicada pela equipe.

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

Referências

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

ABE, S. et al. Use of a nomogram to predict the closure rate of diverting ileostomy after low anterior resection: A retrospective cohort study. **International journal of surgery**, [S. l.], v. 47, p. 83-88, 2017. DOI: 10.1016/j.ijsu.2017.09.057. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2017.09.057. Acesso em: 4 nov. 2026. PMID: 28951289.

ALBAUGH, J. A.; TENFELDE, S.; HAYDEN, D. M. Sexual Dysfunction and Intimacy for Ostomates. **Clinics in colon and rectal surgery**, [S. l.], v. 30, n. 3, p. 201-206, 2017. DOI: 10.1055/s-0037-1598161. Disponível em: https://doi.org/10.1055/s-0037-1598161. Acesso em: 4 nov. 2026. PMID: 28684938.

ARENAS VILLAFRANCA, J. J. et al. Protocol for the detection and nutritional management of high-output stomas. **Nutrition journal**, [S. l.], v. 14, p. 45, 2015. DOI: 10.1186/s12937-015-0034-z. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12937-015-0034-z. Acesso em: 4 nov. 2026. PMID: 25956387.

BAKER, M. L.; WILLIAMS, R. N.; NIGHTINGALE, J. M. Causes and management of a high-output stoma. **Colorectal disease**, [S. l.], v. 13, n. 2, p. 191-7, 2011. DOI: 10.1111/j.1463-1318.2009.02107.x. Disponível em: https://doi.org/10.1111/j.1463-1318.2009.02107.x. Acesso em: 4 nov. 2026. PMID: 19888956.

CHOW, A. et al. The morbidity surrounding reversal of defunctioning ileostomies: a systematic review of 48 studies including 6,107 cases. **International journal of colorectal disease**, [S. l.], v. 24, n. 6, p. 711-23, 2009. DOI: 10.1007/s00384-009-0660-z. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s00384-009-0660-z. Acesso em: 4 nov. 2026. PMID: 19221766.

CIVIL, O. et al. Risk factors for non-reversal of diverting ileostomies: a retrospective analysis of 456 patients. **International journal of colorectal disease**, [S. l.], v. 41, n. 1, p. 21, 2026. DOI: 10.1007/s00384-025-05059-6. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s00384-025-05059-6. Acesso em: 4 nov. 2026. PMID: 41507466.

DAVIS, B. R. et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for Ostomy Surgery. **Diseases of the colon and rectum**, [S. l.], v. 65, n. 10, p. 1173-1190, 2022. DOI: 10.1097/DCR.0000000000002498. Disponível em: https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000002498. Acesso em: 4 nov. 2026. PMID: 35616386.

DE OLIVEIRA, A. L. et al. A Cross-sectional Study of Nutritional Status, Diet, and Dietary Restrictions Among Persons With an Ileostomy or Colostomy. **Ostomy/wound management**, [S. l.], v. 64, n. 5, p. 18-29, 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29847308/. Acesso em: 4 nov. 2026. PMID: 29847308.

ENGLAND, C.; MITCHELL, A.; ATKINSON, C. Diet After Ileostomy Study: an observational study describing dietary intake and stoma-related symptoms in people with an ileostomy. **Journal of human nutrition and dietetics**, [S. l.], v. 36, n. 4, p. 1600-1612, 2023. DOI: 10.1111/jhn.13168. Disponível em: https://doi.org/10.1111/jhn.13168. Acesso em: 4 nov. 2026. PMID: 36932682.

HARBAUGH, C. et al. Diagnosing and Managing the High-Output Ileostomy: A Comprehensive Narrative Literature Review. **Digestive diseases and sciences**, [S. l.], 2026. DOI: 10.1007/s10620-026-10229-9. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s10620-026-10229-9. Acesso em: 4 nov. 2026. PMID: 42742826.

HEHENBERGER, S.; GLAMOČLIJA, S.; LAGOJA, I. Medication-related challenges in patients living with an ostomy: Insights from a national cross-sectional exploratory survey. **Exploratory research in clinical and social pharmacy**, [S. l.], v. 23, p. 100797, 2026. DOI: 10.1016/j.rcsop.2026.100797. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.rcsop.2026.100797. Acesso em: 4 nov. 2026. PMID: 42181025.

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

HERLUFSEN, P. et al. Study of peristomal skin disorders in patients with permanent stomas. **British journal of nursing**, [S. l.], v. 15, n. 16, p. 854-62, 2006. DOI: 10.12968/bjon.2006.15.16.21848. Disponível em: https://doi.org/10.12968/bjon.2006.15.16.21848. Acesso em: 4 nov. 2026. PMID: 17108855.

HOEG, A. J. et al. Oral rehydration solution for the management of fluid and electrolyte disturbances in patients with an ileostomy: A scoping review. **JPEN. Journal of parenteral and enteral nutrition**, [S. l.], v. 50, n. 3, p. 339-351, 2026. DOI: 10.1002/jpen.70050. Disponível em: https://doi.org/10.1002/jpen.70050. Acesso em: 4 nov. 2026. PMID: 41508901.

JEPPESEN, P. B. et al. Impact of stoma leakage in everyday life: data from the Ostomy Life Study 2019. **British journal of nursing**, [S. l.], v. 31, n. 6, p. S48-S58, 2022. DOI: 10.12968/bjon.2022.31.6.S48. Disponível em: https://doi.org/10.12968/bjon.2022.31.6.S48. Acesso em: 4 nov. 2026. PMID: 35333558.

LEDERHUBER, H. et al. Clinical management of high-output stoma: a systematic literature review and meta-analysis. **Techniques in coloproctology**, [S. l.], v. 27, n. 12, p. 1139-1154, 2023. DOI: 10.1007/s10151-023-02830-1. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s10151-023-02830-1. Acesso em: 4 nov. 2026. PMID: 37330988.

LIU, C. et al. Risk factors for readmission with dehydration after ileostomy formation: A systematic review and meta-analysis. **Colorectal disease**, [S. l.], v. 23, n. 5, p. 1071-1082, 2021. DOI: 10.1111/codi.15566. Disponível em: https://doi.org/10.1111/codi.15566. Acesso em: 4 nov. 2026. PMID: 33539646.

MAGEE, N. et al. Dietary restriction in people living with an ileostomy: impacts on nutrition, hydration and quality of life. **The Proceedings of the Nutrition Society**, [S. l.], p. 1-14, 2026. DOI: 10.1017/S0029665125102103. Disponível em: https://doi.org/10.1017/S0029665125102103. Acesso em: 4 nov. 2026. PMID: 41502376.

MALIK, T.; LEE, M. J.; HARIKRISHNAN, A. B. The incidence of stoma related morbidity - a systematic review of randomised controlled trials. **Annals of the Royal College of Surgeons of England**, [S. l.], v. 100, n. 7, p. 501-508, 2018. DOI: 10.1308/rcsann.2018.0126. Disponível em: https://doi.org/10.1308/rcsann.2018.0126. Acesso em: 4 nov. 2026. PMID: 30112948.

MESSARIS, E. et al. Dehydration is the most common indication for readmission after diverting ileostomy creation. **Diseases of the colon and rectum**, [S. l.], v. 55, n. 2, p. 175-80, 2012. DOI: 10.1097/DCR.0b013e31823d0ec5. Disponível em: https://doi.org/10.1097/DCR.0b013e31823d0ec5. Acesso em: 4 nov. 2026. PMID: 22228161.

MIGDANIS, A.; MIGDANIS, I.; KOUKOULIS, G. D. Nutritional Considerations in Colorectal Surgery in Diverting Ileostomy Patients: A Review. **Cureus**, [S. l.], v. 15, n. 11, p. e48102, 2023. DOI: 10.7759/cureus.48102. Disponível em: https://doi.org/10.7759/cureus.48102. Acesso em: 4 nov. 2026. PMID: 38046763.

MITCHELL, A. et al. Dietary management for people with an ileostomy: a scoping review. **JBI evidence synthesis**, [S. l.], v. 19, n. 9, p. 2188-2306, 2021. DOI: 10.11124/JBIES-20-00377. Disponível em: https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00377. Acesso em: 4 nov. 2026. PMID: 34054034.

NIGHTINGALE, J. M. D. How to manage a high-output stoma. **Frontline gastroenterology**, [S. l.], v. 13, n. 2, p. 140-151, 2022. DOI: 10.1136/flgastro-2018-101108. Disponível em: https://doi.org/10.1136/flgastro-2018-101108. Acesso em: 4 nov. 2026. PMID: 35300464.

OTA, E. et al. Long-term impact of diverting ileostomy after stoma closure on the renal function and risk factors for chronic kidney disease following colorectal tumor surgery. **Surgery today**, [S. l.], v. 56, n. 10, p. 2266-2276, 2026. DOI: 10.1007/s00595-026-03357-2. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s00595-026-03357-2. Acesso em: 4 nov. 2026. PMID: 42249907.

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

PAQUETTE, I. M. et al. Readmission for dehydration or renal failure after ileostomy creation. **Diseases of the colon and rectum**, [S. l.], v. 56, n. 8, p. 974-9, 2013. DOI: 10.1097/DCR.0b013e31828d02ba. Disponível em: https://doi.org/10.1097/DCR.0b013e31828d02ba. Acesso em: 4 nov. 2026. PMID: 23838866.

PARK, J. et al. Parastomal Hernia Rates and Exercise After Ostomy Surgery. **Diseases of the colon and rectum**, [S. l.], v. 66, n. 6, p. 823-830, 2023. DOI: 10.1097/DCR.0000000000002395. Disponível em: https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000002395. Acesso em: 4 nov. 2026. PMID: 35714337.

ROWE, K. M.; SCHILLER, L. R. Ileostomy diarrhea: Pathophysiology and management. **Proceedings**, [S. l.], v. 33, n. 2, p. 218-226, 2020. DOI: 10.1080/08998280.2020.1712926. Disponível em: https://doi.org/10.1080/08998280.2020.1712926. Acesso em: 4 nov. 2026. PMID: 32313465.

SALVADALENA, G. et al. Lessons Learned About Peristomal Skin Complications: Secondary Analysis of the ADVOCATE Trial. **Journal of wound, ostomy, and continence nursing**, [S. l.], v. 47, n. 4, p. 357-363, 2020. DOI: 10.1097/WON.0000000000000666. Disponível em: https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000666. Acesso em: 4 nov. 2026. PMID: 32618958.

SANDÉN, G. et al. The impact of defunctioning ileostomies on postoperative kidney function in rectal cancer surgery. **Colorectal disease**, [S. l.], v. 27, n. 12, p. e70329, 2025. DOI: 10.1111/codi.70329. Disponível em: https://doi.org/10.1111/codi.70329. Acesso em: 4 nov. 2026. PMID: 41361769.

SCHIERGENS, T. S. et al. Long-term Quality of Life of Patients With Permanent End Ileostomy: Results of a Nationwide Cross-Sectional Survey. **Diseases of the colon and rectum**, [S. l.], v. 60, n. 1, p. 51-60, 2017. DOI: 10.1097/DCR.0000000000000732. Disponível em: https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000000732. Acesso em: 4 nov. 2026. PMID: 27926557.

SKOUNTRIANOS, G. et al. Don't Lose Sleep Over It, Impact of Living With an Ostomy on Sleep Disruptions: Results From a US Survey and Multinational Ostomy Clinical Registry. **Journal of wound, ostomy, and continence nursing**, [S. l.], v. 53, n. 2, p. 124-130, 2026. DOI: 10.1097/WON.0000000000001264. Disponível em: https://doi.org/10.1097/WON.0000000000001264. Acesso em: 4 nov. 2026. PMID: 41778657.

STROBEL, R. M. et al. Prospective Evaluation of Individualized Nutrition Support on the Incidence of High-Output Ileostomy. **Nutrients**, [S. l.], v. 18, n. 19, p. 3301, 2026. DOI: 10.3390/nu18193301. Disponível em: https://doi.org/10.3390/nu18193301. Acesso em: 4 nov. 2026. PMID: 42884752.

TANEJA, C. et al. Risk and Economic Burden of Peristomal Skin Complications Following Ostomy Surgery. **Journal of wound, ostomy, and continence nursing**, [S. l.], v. 46, n. 2, p. 143-149, 2019. DOI: 10.1097/WON.0000000000000509. Disponível em: https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000509. Acesso em: 4 nov. 2026. PMID: 30844870.

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

Sobre o autor

Dr. Mateus Antunes Nogueira

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

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

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

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

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

Dúvidas e agendamento: cirurgia.mateusnogueira.com.br

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

Transparência e licenças

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

Figuras e ilustrações

Item	Assunto	Arquivo	Origem e licença
Figura 1.1	Ileostomia e colostomia, lado a lado. À esquerda, uma ileostomia em alça: uma dobra do fim do intestino delgado é trazida à parede da barriga, representada pelo disco claro, do lado direito do corpo. À direita, uma colostomia terminal: a ponta do intestino grosso chega à parede do lado esquerdo, e o reto fica fechado mais abaixo. A ilustração é simplificada e não representa proporções reais.	onc-intestino_colostomia-e-ileostomia_realista_v1.png	Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial
Figura 2.1	Na ileostomia, o intestino delgado termina numa saída. O tom apagado marca o intestino grosso fora do caminho: descansando na ileostomia temporária, retirado na definitiva.	v036_o-delgado-termina-na-saida_astra.png	Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial
Figura 2.2	O intestino delgado, em azul, e o intestino grosso, em âmbar. No delgado, o conteúdo é líquido; no grosso, vai ficando mais firme até o reto.	v036_onde-a-agua-e-absorvida_astra.png	Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial
Gráfico 4.1	Volta ao hospital depois de uma ileostomia: quantas pessoas em cada 100, em quatro contas, de três fontes. Cada quadradinho é uma pessoa, e as contas não se somam. A segunda junta desidratação e falência dos rins.	Grafico_4.1_volta-ao-hospital-em-100.png	Elaborado pelo autor a partir de (LIU et al., 2021), (MESSARIS et al., 2012) e (PAQUETTE et al., 2013)
Figura 8.1	Na consulta, a enfermeira estomaterapeuta mostra a bolsa de colostomia; sobre a mesa, outras bolsas e as placas adesivas. O modelo muda com o tipo de estoma.	v031_consulta-com-a-estomaterapeuta_astra.png	Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial
Gráfico 8.2	Lesão da pele ao redor do estoma, em cada 100 pessoas, na ileostomia e na colostomia. São estudos diferentes, com populações, prazos e formas de medir diferentes, e os números não se somam.	Grafico_8.2_a-pele-em-numeros.png	Elaborado pelo autor a partir de (HERLUFSEN et al., 2006) e (TANEJA et al., 2019)
Figura 10.2	O caminho da ileostomia temporária, na ordem deste capítulo: o exame da emenda, os dois ramos, ficar com a bolsa ou fechar, e o que vem depois de cada um. O seu percurso é definido pela equipe.	Figura_10.2_o-caminho-do-fechamento.png	Elaborado pelo autor a partir de (CIVIL et al., 2026) e (CHOW et al., 2009)
Figura 11.1	Emergência agora — pronto-socorro ou 192: as mesmas doze linhas do bloco deste capítulo.	Figura_11.1_emergencia-agora.png	Elaborado pelo autor

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

Figura 11.2	No mesmo dia e na próxima consulta: as mesmas linhas do bloco deste capítulo. Diante de dúvida entre dois níveis, escolha o mais urgente dos dois.	Figura_11.2_no-mesmo-dia-e-na-consulta.png	Elaborado pelo autor
Figura 11.3	Quem cuida em casa, médico que prescreve, nutricionista, farmacêutico, estomaterapeuta e cirurgião: o papel de cada um, na ordem dos capítulos. A composição muda conforme o caso e o hospital.	Figura_11.3_quem-cuida-de-que.png	Elaborado pelo autor a partir de (ARENAS VILLAFRANCA et al., 2015)

Base das informações

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

Conflitos de interesse

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

Condições de uso

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

MN **Dr. Mateus Antunes Nogueira**

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

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

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