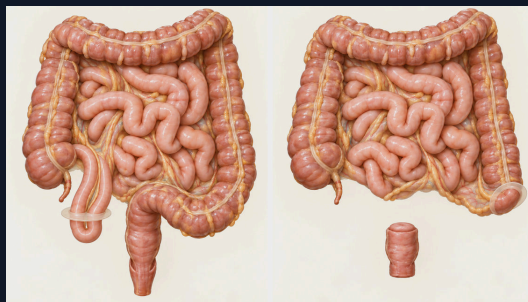

Vou fazer um estoma

O que muda, o que decidir antes e como é a vida com a bolsa



Dr. Mateus Antunes Nogueira

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

Vou fazer um estoma

O que muda, o que decidir antes e como é a vida com a bolsa

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 35
EDIÇÃO	1ª edição
ANO	2026
LOCAL	São Paulo, SP — Brasil
IDIOMA	Português (Brasil)

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

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

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

Sumário

1. O que é um estoma: colostomia e ileostomia	5
1.1 Antes de começar	5
1.2 Uma saída nova para o intestino	6
1.3 Colostomia ou ileostomia	6
1.4 Temporário ou definitivo	7
2. Por que a equipe indica um estoma	9
2.1 Três caminhos até a bolsa	9
2.2 Proteger uma emenda baixa	9
2.3 Quando o ânus precisa sair	12
2.4 Na urgência	13
3. A marcação do local e a estomaterapia	16
3.1 Quem cuida do estoma com você	16
3.2 Por que marcar antes	16
3.3 A consulta que já ensina	17
4. Como o estoma é feito	19
4.1 A montagem, em quatro tempos	19
4.2 Em alça ou terminal	20
4.3 Robótica, laparoscópica ou convencional	20
5. Os primeiros dias com a bolsa	22
5.1 O estoma logo depois da operação	22
5.2 O equipamento	23
5.3 Aprender a trocar	23
6. Comer e beber com um estoma	26
6.1 O que o intestino grosso fazia	26
6.2 A ileostomia e a água	27
6.3 O prato das primeiras semanas	28
7. Complicações, em números	31
7.1 O que os estudos contam	31
7.2 A pele	32
7.3 A hérnia junto ao estoma	33
7.4 Prolapso, retração e estreitamento	34
7.5 Quando procurar ajuda	34

8. A vida com a bolsa	36
8.1 O que muda e o que não muda	36
8.2 Trabalho e esforço	37
8.3 Viagem e esporte	37
8.4 Sexualidade e autoestima	38
9. O fechamento do estoma temporário	40
9.1 Quando fechar	40
9.2 Como é a operação	41
9.3 Nem todo estoma temporário fecha	42
9.4 O intestino depois do fechamento	42
10. Os seus direitos no Brasil	44
10.1 O estoma na lei	44
10.2 A bolsa pelo SUS	44
11. Perguntas para levar à consulta	47
11.1 Como usar esta lista	47
Glossário	49
Referências	52
Sobre o autor	54
Transparência e licenças	55

O que é um estoma: colostomia e ileostomia

EM UMA FRASE

Um estoma é uma saída nova para o intestino, feita na pele da barriga. Saber de que tipo ele é, e por quanto tempo vai ficar, muda quase tudo o que vem depois.

1.1 Antes de começar

Este livro é para quem ouviu da equipe que vai sair da cirurgia com uma bolsa na barriga, ou para quem acompanha essa pessoa. A frase costuma chegar no meio de uma conversa maior, sobre um câncer de reto ou uma diverticulite, e fica ecoando depois que a consulta acaba. Aqui ela ganha espaço próprio.

A doença que levou à cirurgia tem volume próprio nesta série. Este trata do estoma.

Não é preciso ler na ordem: a Tabela 1.1 aponta o capítulo de cada dúvida, e as palavras técnicas vêm explicadas.

TABELA 1.1 — ONDE ESTÁ CADA ASSUNTO NESTE LIVRO

CAPÍTULO	SUA PERGUNTA DE HOJE
1	O que é um estoma, e qual é a diferença entre colostomia e ileostomia?
2	Por que a equipe indicou o estoma no meu caso?
3	Onde ele vai ficar na barriga, e quem me ensina a cuidar dele?
4	Como ele é feito, e a via de acesso muda alguma coisa?
5	Como são os primeiros dias com a bolsa?
6	O que eu posso comer, e quanto preciso beber?
7	Que problemas podem aparecer, e com que frequência?
8	Vou conseguir trabalhar, viajar, fazer esporte e ter vida sexual?
9	Quando e como o estoma temporário é fechado?
10	Que direitos eu tenho no Brasil?
11	O que levo anotado para a próxima consulta?

Uma advertência. Nada aqui substitui a consulta médica, e nenhum procedimento tem resultado garantido. O livro descreve o que costuma acontecer; o que vai acontecer com

você, quem descreve é a equipe que examinou você.

1.2 Uma saída nova para o intestino

Na cirurgia que cria um estoma, um trecho do intestino é trazido até a pele da barriga por uma pequena abertura redonda na parede do abdome, e ali é aberto e costurado à pele. Tudo o que chega a esse ponto passa a sair por ele. Quem continua com o reto, como no estoma em alça, pode eliminar um pouco de muco pelo ânus, o que é esperado. Estoma vem do grego e quer dizer boca; ostomia é o nome da operação que o cria, e no dia a dia as duas palavras viram sinônimos. O que se vê é um pequeno círculo úmido e avermelhado, a camada de dentro do intestino agora à vista, sem músculo para abrir e fechar quando você quer. Daí a bolsa, presa à pele por uma placa adesiva. O estoma também não tem a sensibilidade da pele: tocar nele não dói, e um machucado ali pode passar despercebido.

1.3 Colostomia ou ileostomia

O nome muda conforme o trecho que chega à pele. Se é o intestino grosso, o cólon, o estoma se chama colostomia; se é o fim do intestino delgado, o íleo, chama-se ileostomia. A diferença muda a rotina inteira, porque o intestino grosso retira água e sal das fezes ao longo do caminho e, na ileostomia, esse trabalho fica de fora.

A consequência aparece na bolsa. A ileostomia elimina várias vezes por dia um conteúdo líquido e rico em sal; a colostomia do lado esquerdo, fezes mais formadas. A Tabela 1.2 compara as duas.

TABELA 1.2 — ILEOSTOMIA E COLOSTOMIA, LADO A LADO

	ILEOSTOMIA	COLOSTOMIA
Trecho que chega à pele	Fim do intestino delgado, o íleo	Intestino grosso, quase sempre do lado esquerdo
Onde costuma ficar	À direita, abaixo do umbigo	À esquerda, abaixo do umbigo
Como é a saída	Líquida a pastosa, várias vezes ao dia	Mais formada, menos vezes ao dia
A pele ao redor	Mais exposta à irritação, porque o conteúdo é agressivo	Menos exposta, sem ficar livre de irritação
O cuidado que pesa mais	Beber e repor sal; perceber cedo a desidratação	Ritmo do intestino, gases e odor
Situação em que costuma ser usada	Proteger uma emenda baixa do reto por alguns meses, em geral três ou mais	Depois da amputação abdominoperineal; na cirurgia de urgência do intestino grosso

1.4 Temporário ou definitivo

A segunda pergunta é por quanto tempo. O estoma temporário protege uma costura do intestino enquanto ela cicatriza. Costuma ser feito em alça, com uma dobra do intestino trazida à pele e aberta de lado, de modo que ficam duas bocas vizinhas no mesmo estoma e o intestino não é cortado de ponta a ponta. Fechar depois é mais simples.

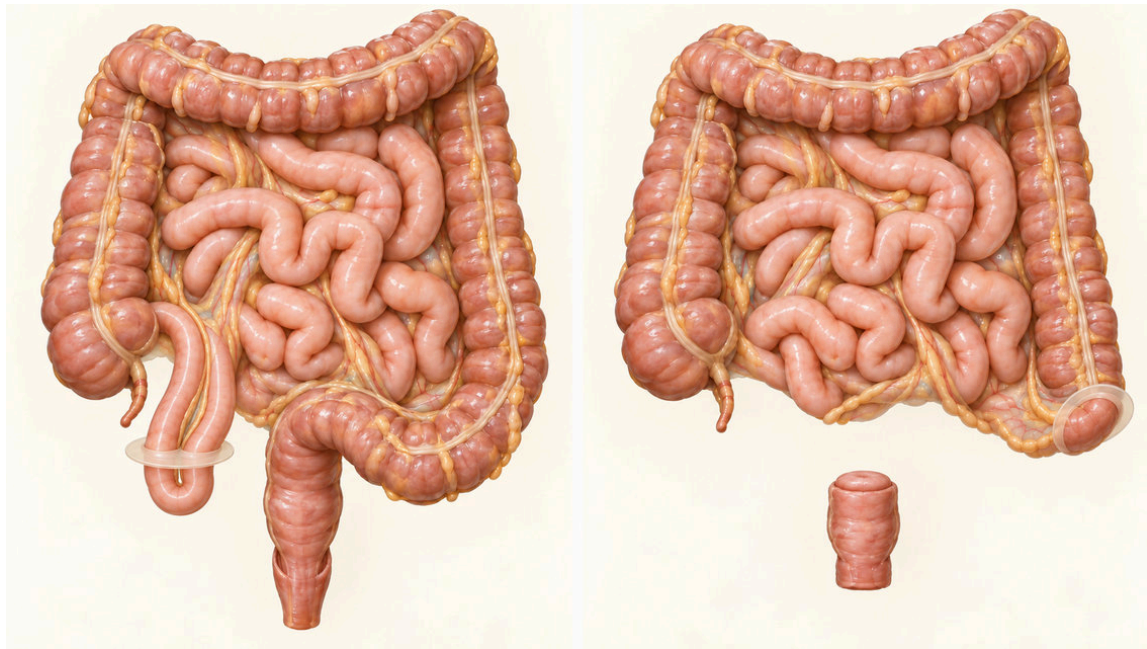
O definitivo aparece quando não há mais caminho até o ânus. Costuma ser terminal, com a ponta cortada do intestino trazida inteira à pele. A Figura 1.3 cruza as duas perguntas e mostra as quatro combinações da prática. A Figura 1.4 mostra onde ileostomia e colostomia costumam ficar.

Quatro combinações: de que trecho e por quanto tempo		
Mapa de leitura. O tipo do seu estoma é definido pela equipe.		
	Temporário	Definitivo
Ileostomia	Em alça, para proteger uma emenda baixa do reto por alguns meses, em geral três ou mais. Costuma ser fechada depois.	Terminal, quando o intestino grosso inteiro precisa sair e não há emenda possível.
Colostomia	Na urgência, como na cirurgia de Hartmann, ou em alça. Pode ser desfeita numa segunda operação.	Terminal, depois da amputação abdominoperineal, quando o reto e o ânus saem.
Elaborado pelo autor.		

FIGURA 1.3

Ileostomia ou colostomia, temporária ou definitiva: as quatro combinações e a situação em que cada uma costuma aparecer. O quadro é um mapa de leitura; o tipo do seu estoma é definido pela equipe.

Elaborado pelo autor

**FIGURA 1.4**

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

Existe ainda o estoma que nasce temporário e acaba ficando. O capítulo 9 dá os números.

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- O meu estoma vai ser colostomia ou ileostomia? Por quê?
- Ele está planejado como temporário ou como definitivo?
- Se for temporário, em que situação ele poderia ficar para sempre?

Falta a pergunta que vem antes de todas: o que leva a equipe a indicar um estoma.

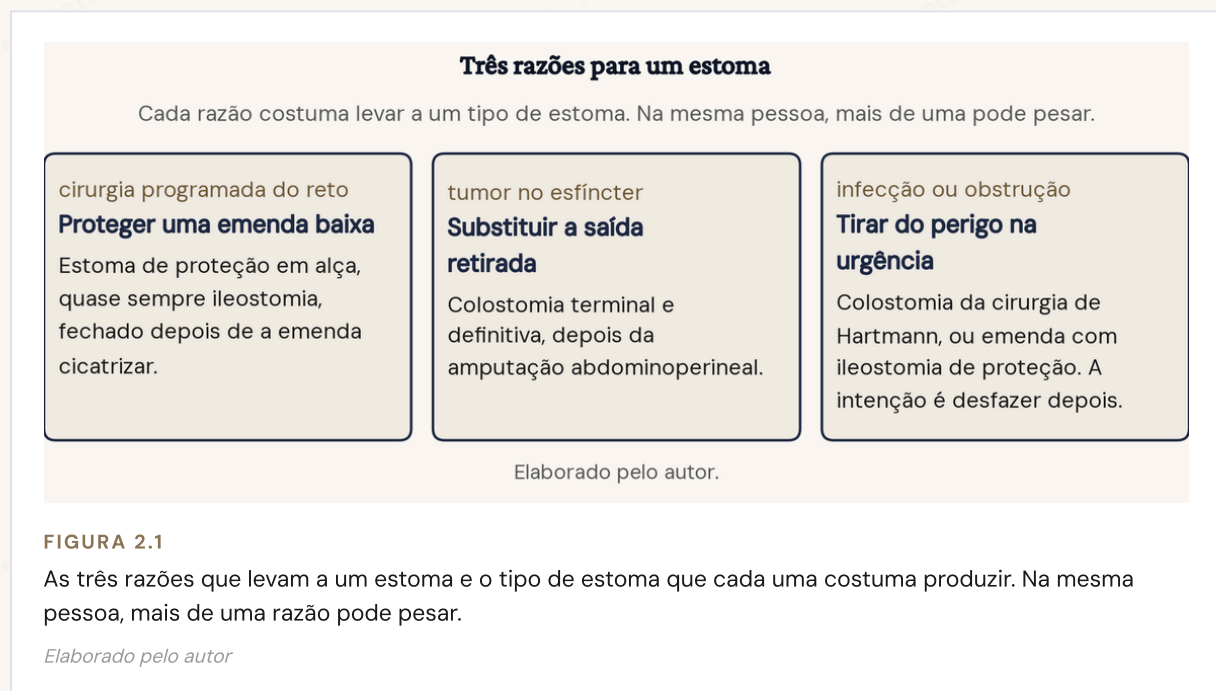
Por que a equipe indica um estoma

EM UMA FRASE

O motivo do estoma costuma decidir o tipo dele. Quando ele protege uma costura, nasce temporário; quando substitui uma saída que precisou ser retirada, nasce definitivo.

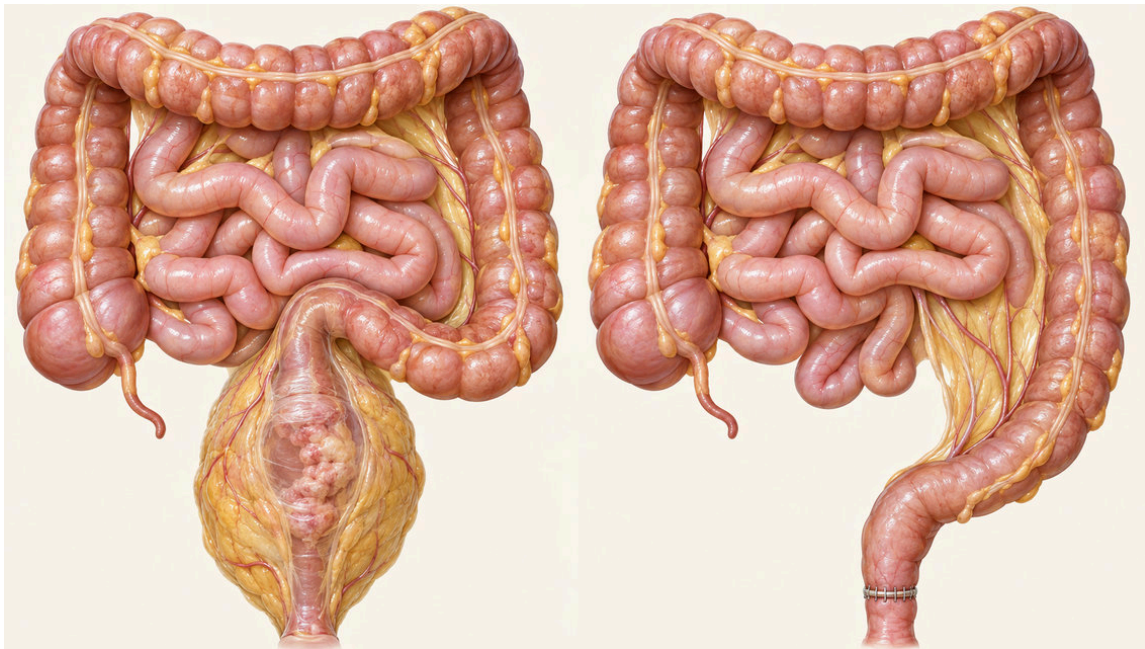
2.1 Três caminhos até a bolsa

O capítulo anterior separou a colostomia da ileostomia, e o estoma temporário do definitivo. A essas duas perguntas se soma a do motivo, e a Figura 2.1 resume as três razões que levam a um estoma e o tipo que cada uma costuma produzir.



2.2 Proteger uma emenda baixa

A primeira razão aparece na cirurgia do reto. Quando o reto doente sai, o intestino é emendado ao trecho que sobrou logo acima do ânus, na operação chamada ressecção anterior baixa, e essa emenda se chama anastomose, a costura que une as duas pontas do intestino. A Figura 2.2 mostra o reto com o tumor, à esquerda, e a emenda que fica depois, à direita.

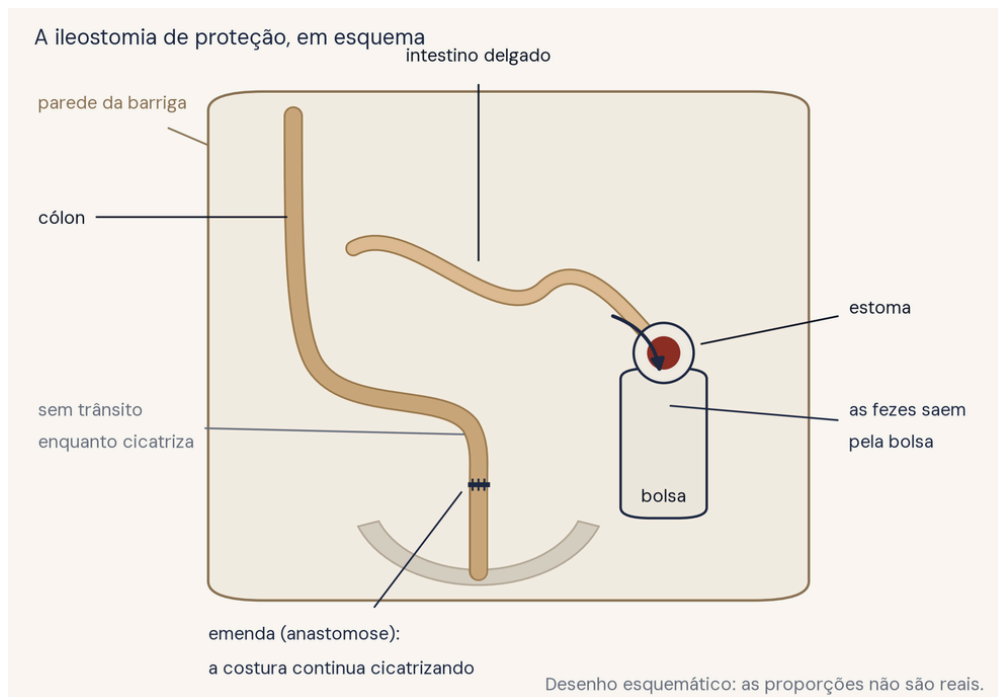
**FIGURA 2.2**

Ressecção anterior baixa com excisão total do mesorreto. À esquerda, o reto com o tumor, envolvido pelo saco de gordura do mesorreto. À direita, depois da operação: o reto saiu junto com todo o mesorreto, e o cólon foi emendado ao pequeno trecho que sobrou logo acima do ânus. A ileostomia de proteção que costuma acompanhar essa emenda não aparece aqui; ela está na Figura 2.3.

Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial

Mesmo quando o esfíncter é preservado, é comum sair da cirurgia com um estoma. Ele protege a emenda enquanto ela cicatriza. Só isso.

A costura feita no fundo da bacia está entre as mais difíceis de cicatrizar em todo o aparelho digestivo, e mais ainda depois de radioterapia. Desviar as fezes por alguns meses, em geral três ou mais, deixa que ela cicatrize sem conteúdo passando por cima. Depois, o estoma é fechado numa operação menor. A Figura 2.3 mostra o desvio; o Gráfico 2.4, quanto ele muda o risco de a costura falhar.

**FIGURA 2.3**

A ileostomia de proteção, em esquema. Uma alça do intestino delgado é trazida à parede da barriga, e as fezes passam a sair por ali, antes de chegar à costura feita no fundo da bacia. A costura continua existindo e continua cicatrizando; ela apenas deixa de receber o trânsito enquanto isso. O desenho simplifica a alça: mostra uma boca só, não mostra o trecho do delgado que segue até o intestino grosso e não respeita o lado do corpo. Na ileostomia em alça ficam duas bocas vizinhas, em geral do lado direito da barriga, como descrevem a Tabela 1.2 e a Tabela 4.2.

Elaborado pelo autor

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

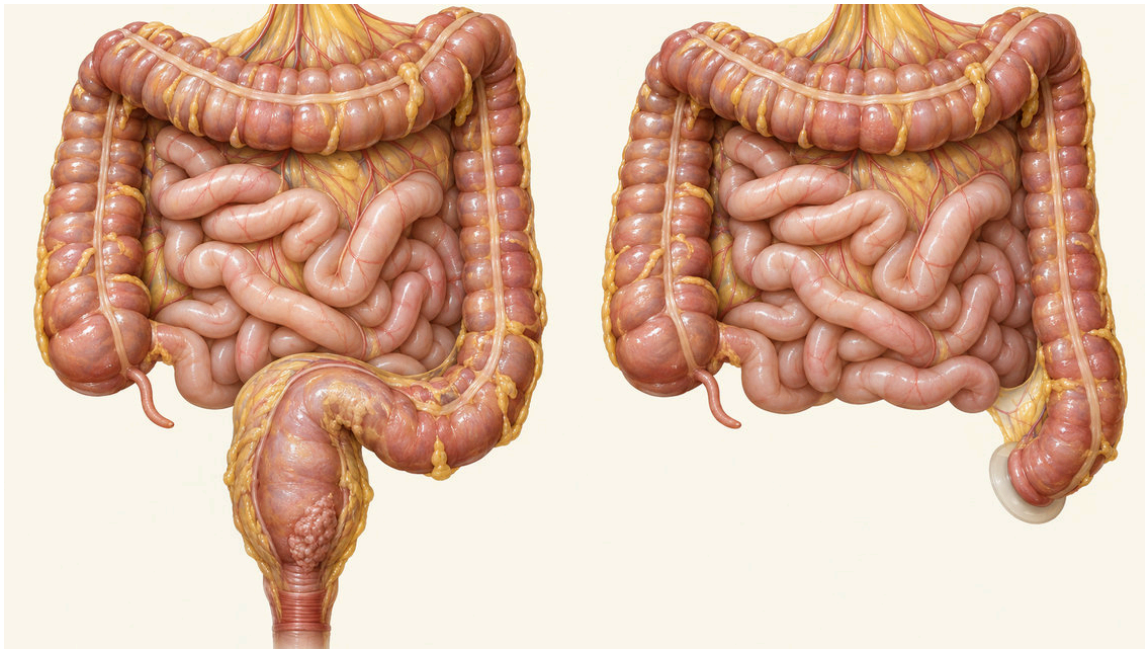
Um ensaio sueco sorteou, já dentro da sala de cirurgia, 234 pessoas operadas com emenda a até 7 centímetros da borda do ânus — quase quatro em cada cinco delas haviam recebido radioterapia antes — entre receber ou não um estoma de proteção em alça (MATTHIESSEN et al., 2007). Qual dos dois estomas em alça seria feito — o do intestino delgado ou o do cólon transverso, trecho do intestino grosso logo abaixo do estômago — ficava a critério de quem operava. Falha da costura com sintomas ocorreu em 12 das 116 pessoas com estoma e em 33 das 118 sem estoma: cerca de 10 contra 28 em cada 100. A reoperação urgente pela barriga seguiu o mesmo desenho. Foram 10 pessoas de um lado e 30 do outro.

Fonte: MATTHIESSEN et al., 2007



2.3 Quando o ânus precisa sair

A segunda razão muda o horizonte. Quando o tumor invade o esfíncter ou está colado nele, a emenda deixa de ser possível e a operação passa a incluir a retirada do ânus, a amputação abdominoperineal, que deixa uma colostomia definitiva, como mostra a Figura 2.5. A medida que decide isso está no volume sobre câncer de reto.

**FIGURA 2.5**

Amputação abdominoperineal. À esquerda, o tumor na parte mais baixa do reto, encostado no esfíncter. À direita, depois da operação: o reto e o ânus foram retirados, e a ponta do cólon foi trazida à parede da barriga, representada pelo disco claro, onde forma a colostomia definitiva. A ilustração é simplificada e não representa proporções reais.

Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

O estoma definitivo tem número próprio. Num banco administrativo da Flórida, nos Estados Unidos, 21 de cada 100 operações eletivas de câncer de reto, num total de 2.630, terminaram com estoma permanente (LEMINI et al., 2021). A chance foi maior com mais doenças associadas ou idade avançada, e também com doença a distância ou cirurgia pela via convencional. Pesaram ainda o tipo de seguro e a região do estado. É outro sistema de saúde. O número dá uma ordem de grandeza, e a sua probabilidade sai da consulta.

Fonte: LEMINI et al., 2021

2.4 Na urgência

A terceira razão é a urgência. Uma diverticulite que perfurou, ou um tumor que fechou o intestino, leva a pessoa à sala de cirurgia com infecção dentro da barriga, às vezes com a pressão caindo. Costurar ali é arriscado.

A saída clássica é a cirurgia de Hartmann. O trecho doente sai. A ponta de baixo fica fechada dentro da barriga, enquanto a de cima vira uma colostomia. Desfazê-la exige uma

segunda operação, que nem sempre é possível. A alternativa é emendar as duas pontas na mesma cirurgia, muitas vezes com uma ileostomia de proteção mais acima. O Gráfico 2.6 mostra o que um ensaio encontrou um ano depois das duas escolhas.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Um ensaio europeu sorteou 133 pessoas operadas de urgência por diverticulite perforada com peritonite, a inflamação espalhada pela membrana que forra a barriga (LAMBRICHTS et al., 2019). Foram 65 para a emenda na mesma operação e 68 para a cirurgia de Hartmann. O desfecho escolhido interessa a quem acorda com uma bolsa: estar vivo e sem estoma doze meses depois. Isso aconteceu com cerca de 95 em cada 100 pessoas do grupo da emenda e com 72 em cada 100 do grupo de Hartmann. Complicações e mortes logo depois da primeira operação não diferiram de forma significativa entre os grupos. A preferência dos autores pela emenda vale para quem chega à cirurgia com menos de 85 anos e a pressão estável, desde que nenhuma doença ou remédio tenha enfraquecido as defesas do corpo.

Fonte: LAMBRICHTS et al., 2019

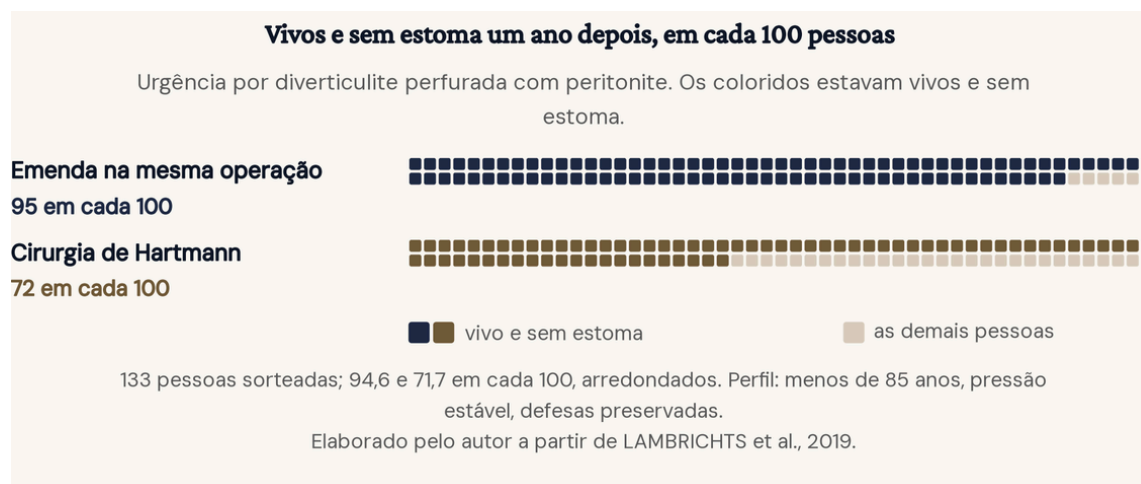


GRÁFICO 2.6

Um ano depois da cirurgia de urgência por diverticulite perforada: em cada 100 pessoas, quantas estavam vivas e sem estoma, conforme a operação sorteada. Cada quadradinho é uma pessoa.

Elaborado pelo autor a partir de (LAMBRICHTS et al., 2019)

A crise de diverticulite tem volume próprio nesta série; a obstrução por tumor, o volume sobre câncer de intestino.

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Por que o estoma entra na minha operação: para proteger uma emenda, porque a saída vai ser retirada ou por causa da urgência?
- O que precisaria acontecer para eu não precisar dele?
- Se a operação for de urgência, quem decide na hora, e com que critério?

Quando há tempo, uma etapa vem antes da sala de cirurgia: a marcação do local, a escolha do ponto da barriga onde o estoma vai ficar.

A marcação do local e a estomaterapia

EM UMA FRASE

O lugar do estoma na barriga se escolhe antes da cirurgia, com você em pé e sentado. Essa escolha pesa em todos os dias de convivência com a bolsa.

3.1 Quem cuida do estoma com você

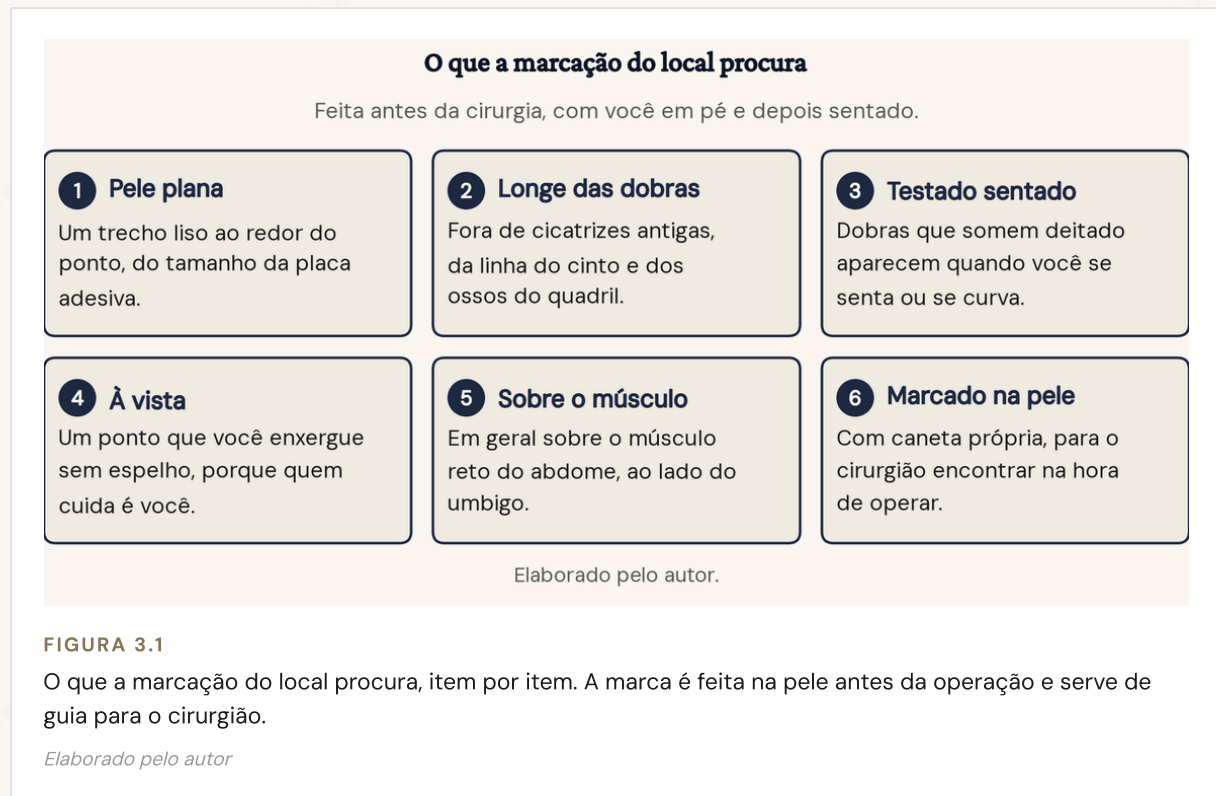
Qualquer que seja a razão que leva a equipe a indicar o estoma, o destino é o mesmo: uma bolsa presa à pele o tempo todo. Onde ela vai assentar se decide numa consulta própria.

Quem conduz essa consulta costuma ser um profissional de enfermagem com formação própria no cuidado de estomas e feridas, o estomaterapeuta. Ele marca o local. Também ensina a trocar a bolsa e acompanha a sua pele nos meses seguintes.

3.2 Por que marcar antes

A placa precisa de pele plana ao redor do estoma. Dobras e cicatrizes atrapalham a colagem, e o mesmo vale para a linha do cinto e os ossos do quadril. Muitas dessas dobras só aparecem quando a pessoa se senta ou se curva; na mesa de cirurgia, com a pessoa deitada sob anestesia, elas somem.

A marcação resolve isso. Com você em pé e depois sentado, o estomaterapeuta procura um ponto longe das dobras, que costuma ficar sobre o músculo reto do abdome, a faixa vertical de músculo de cada lado do umbigo. O ponto precisa estar à vista. Quem vai cuidar dele é você. A marca vai para a pele com caneta própria, e o cirurgião a procura na hora de operar. A Figura 3.1 reúne o que a marcação procura.



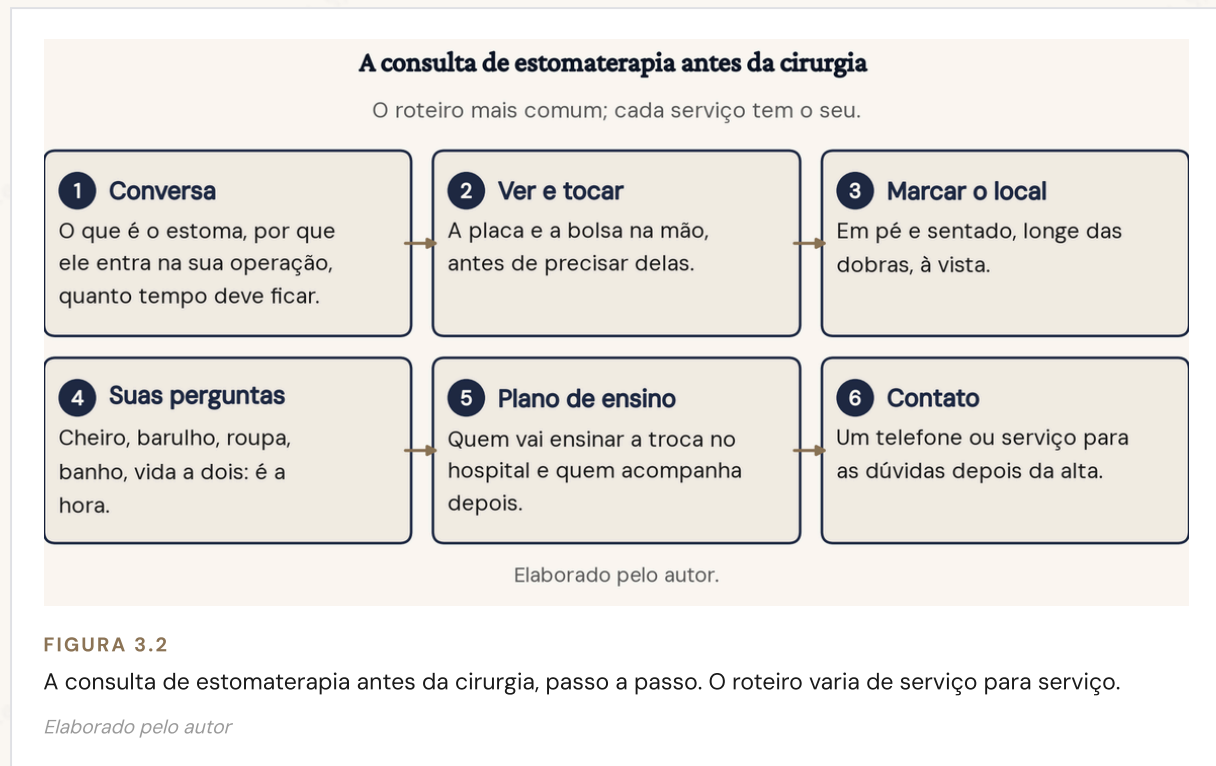
O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

A marcação tem apoio em números, com uma ressalva. Uma metanálise, o estudo que soma os resultados de vários outros, reuniu dez trabalhos e 2.109 pessoas e comparou quem teve o local marcado com quem não teve (HSU et al., 2020). Nos estomas de fezes, as complicações foram bem menos frequentes no grupo marcado, com razão de chances de 0,34; a hérnia junto ao estoma e a irritação da pele também caíram. Uma revisão mais recente, com dois ensaios randomizados e 25 estudos sem sorteio, apontou a mesma direção, com menos vazamento e menos problema de pele (AMBE et al., 2022). Como a marcação não traz prejuízo conhecido, os autores a recomendam, mesmo reconhecendo falhas de método nos estudos reunidos, quase todos sem sorteio. Uma revisão de escopo, levantamento amplo do que já foi publicado, pôs a falta de marcação entre seis fatores que aumentam o risco de complicação do estoma (ZELGA et al., 2021).

Fonte: HSU et al., 2020; AMBE et al., 2022; ZELGA et al., 2021

3.3 A consulta que já ensina

Essa consulta serve também para aprender. O estomaterapeuta mostra a bolsa e deixa você pegar na placa, e essa é a hora de perguntar o que costuma ficar preso na garganta, do cheiro ao banho, da roupa à vida a dois. A Figura 3.2 resume o roteiro.



Na urgência, essa consulta acontece depois, ainda no hospital. Se a visita não vier sozinha, peça por ela antes da alta.

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Vou ter consulta com o estomaterapeuta antes da cirurgia? Quando?
- A marcação vai ser feita comigo em pé e sentado?
- Uso cinta, cinto alto ou trabalho curvado: isso muda o lugar do estoma?
- Quem me acompanha depois da alta, e como eu falo com essa pessoa?

Marcado o ponto na pele, a etapa seguinte acontece na sala de cirurgia, onde o estoma é feito.

Como o estoma é feito

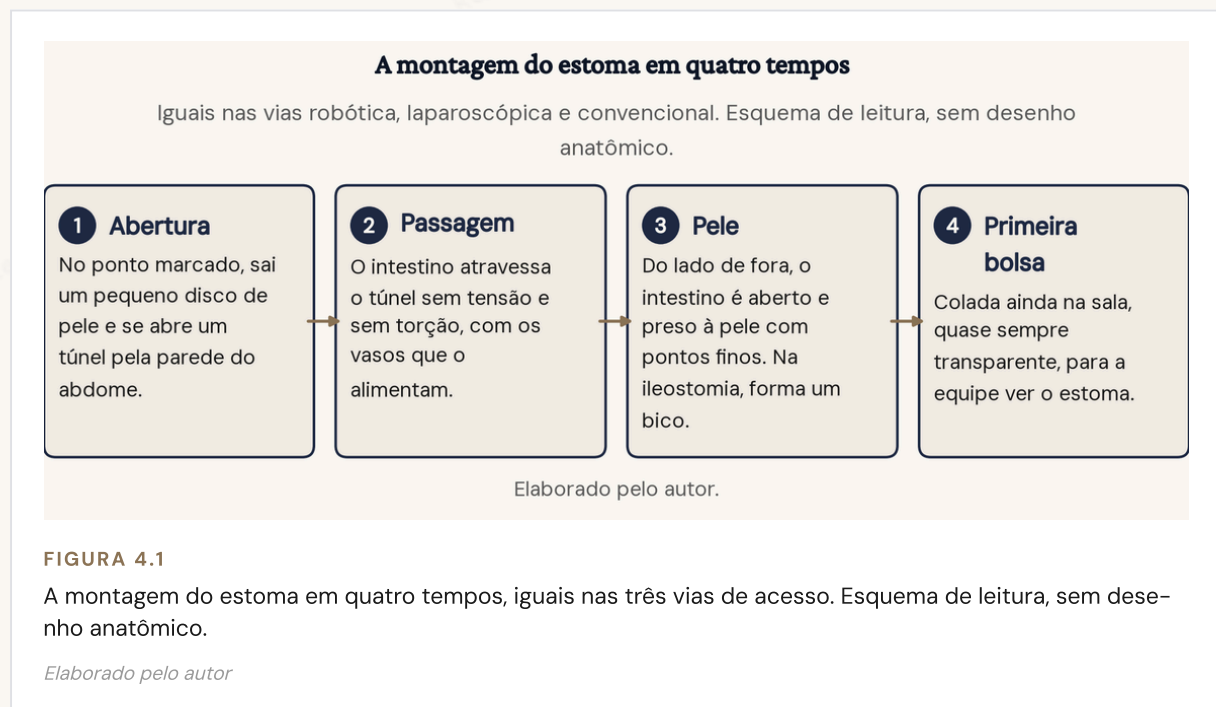
EM UMA FRASE

O estoma é montado do mesmo jeito em qualquer via de acesso. O que muda é o caminho da operação principal.

4.1 A montagem, em quatro tempos

A marcação do local é o primeiro ponto que o cirurgião procura quando termina a parte principal da operação, seja qual for a via usada até ali. Dali em diante, pouco varia.

No ponto marcado, retira-se um pequeno disco de pele e se abre um túnel pelas camadas da parede do abdome, por onde passa o trecho de intestino escolhido. Ele atravessa sem tensão nem torção, com os vasos que o alimentam. Do lado de fora, ele é aberto. Pontos finos o prendem à pele. Na ileostomia, a ponta é dobrada sobre si mesma e forma um pequeno bico, que afasta da pele o conteúdo agressivo. A colostomia fica mais rente. Ainda na sala, a equipe cola a primeira bolsa, quase sempre transparente, para enxergar o estoma sem tirá-la. A Figura 4.1 desenha esses quatro tempos.



4.2 Em alça ou terminal

O formato depende da razão do estoma. A Tabela 4.2 compara o estoma em alça e o terminal, inclusive na hora de fechar.

TABELA 4.2 — ESTOMA EM ALÇA E ESTOMA TERMINAL

	EM ALÇA	TERMINAL
Como é feito	Uma dobra do intestino é trazida à pele e aberta de lado; ficam duas bocas no mesmo estoma	A ponta cortada do intestino é trazida inteira à pele; uma boca só
O trecho de baixo	Continua ligado e descansa até o fechamento	Foi retirado, ou ficou fechado dentro da barriga
Situação mais comum	Estoma de proteção de uma emenda	Amputação abdominoperineal; cirurgia de Hartmann
Para fechar, quando possível	Operação menor, pelo próprio local do estoma	Operação maior, pela barriga, para reencontrar a ponta de baixo

4.3 Robótica, laparoscópica ou convencional

O estoma raramente é a operação inteira. Quase sempre ele encerra uma cirurgia maior do intestino, feita por uma das três vias de acesso, e é o tamanho dessa cirurgia, com a recuperação que ela exige, que orienta a escolha da via. Na via robótica, o cirurgião comanda de um console pinças articuladas que entram por pequenos furos, com visão em três dimensões. Quem opera continua sendo ele. A laparoscópica usa os mesmos furos pequenos, com câmera e instrumentos retos. A convencional usa um corte maior e o tato direto das mãos.

Nas vias por furos, as marcas ficam longe do estoma. Na convencional, o corte maior pode passar perto do ponto marcado, e a equipe planeja a posição dos dois para que a placa não encoste na cicatriz. A Tabela 4.3 põe o que pesa a favor e contra em cada via.

TABELA 4.3 — AS TRÊS VIAS, QUANDO A OPERAÇÃO TERMINA COM UM ESTOMA

VIA	A FAVOR	CONTRA
Robótica	Pinças articuladas e visão em três dimensões na bacia estreita; furos pequenos, longe do estoma	Tempo de sala maior; custo mais alto; nem todo serviço dispõe da plataforma; nenhum ganho demonstrado em complicações ou mortalidade frente à laparoscopia
Laparoscópica	Furos pequenos, longe do estoma; não depende da plataforma robótica	Visão em duas dimensões e instrumentos retos num espaço estreito; nem sempre possível depois de muitas cirurgias anteriores
Convencional	Tato direto; independe de equipamento; resolve com rapidez anatomia difícil e urgência	Corte maior perto do estoma; mais dor no começo; recuperação mais longa; mais risco de hérnia na cicatriz

Fonte: o comparativo das três vias na cirurgia do reto, com os estudos que o sustentam, está no volume sobre câncer de reto desta série.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Na montagem em si, a dúvida prática é se algum detalhe técnico do estoma protege contra a hérnia ao lado dele. Uma diretriz europeia dedicada a essa hérnia, preparada por um grupo de 14 países com regras formais para pesar a evidência, não achou dados suficientes para dizer se o tamanho da abertura na parede muda esse risco (ANTONIOU et al., 2018). O mesmo vale para o caminho que o intestino faz ao atravessar a parede e para o ponto exato em que ele a atravessa.

Fonte: ANTONIOU et al., 2018

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Por qual via vocês pretendem operar, e o estoma muda essa escolha?
- O meu estoma vai ser em alça ou terminal?
- Onde vão ficar as cicatrizes em relação ao estoma?

Terminada a operação, começa a parte que é sua: os primeiros dias com a bolsa.

Os primeiros dias com a bolsa

EM UMA FRASE

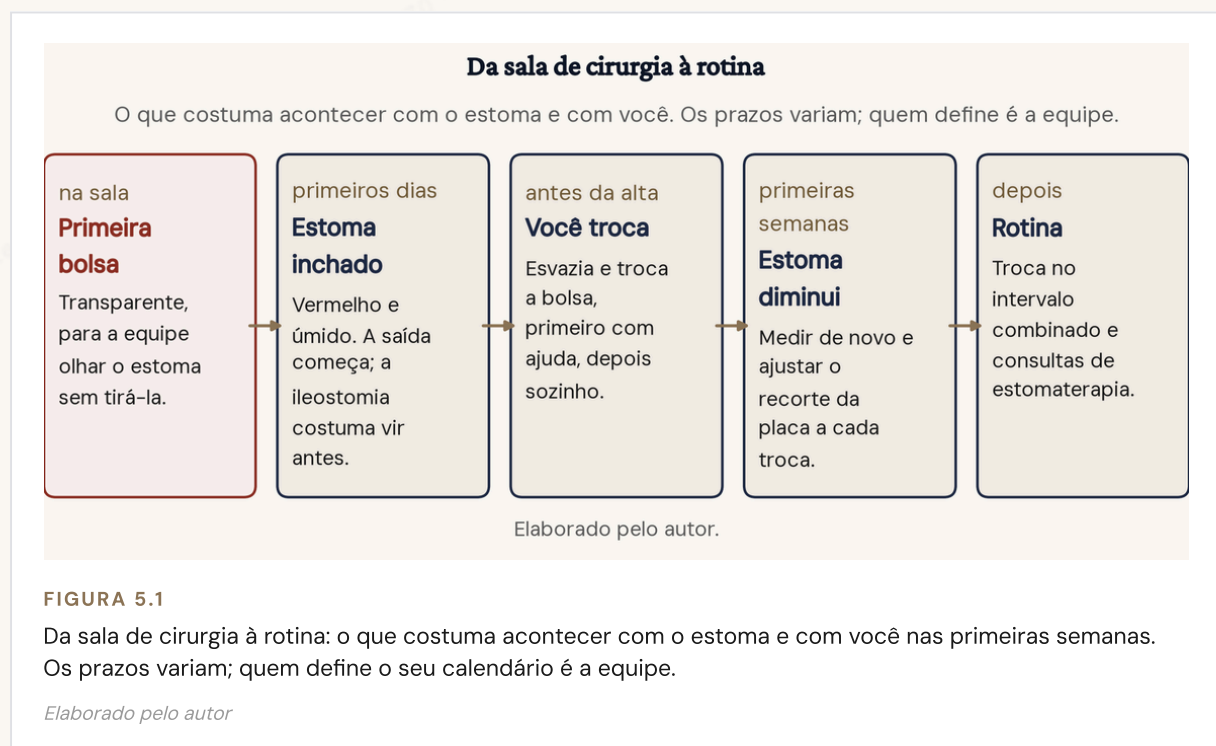
Ninguém sai do hospital sabendo tudo sobre o estoma. Sai sabendo trocar a bolsa sozinho, e com um telefone para as dúvidas que vão aparecer.

5.1 O estoma logo depois da operação

O estoma feito na sala chega ao quarto maior do que vai ficar. Nas primeiras semanas ele desincha, e o recorte da placa precisa acompanhar essa mudança. A cor esperada é vermelha ou rosada. Estoma que escurece ou fica arroxeadado pede avaliação no mesmo dia.

A primeira saída demora. A ileostomia costuma começar antes, com conteúdo líquido; a colostomia leva mais tempo e começa com gases. O barulho do gás pela bolsa assusta no começo.

No primeiro dia, quem cuida da bolsa é a enfermagem. Nos seguintes, você passa a esvaziar e depois a trocar, primeiro acompanhado, depois sozinho. Se alguém vai ajudar em casa, convém que assista às trocas desde o começo. A Figura 5.1 mostra esse percurso.



5.2 O equipamento

O equipamento tem duas partes. A placa cola na pele e tem um furo no tamanho do estoma, e a bolsa recolhe o que sai. Às vezes as duas vêm numa peça só; em outros modelos, a bolsa se encaixa na placa e sai sem descolar a pele. Na ileostomia se usa a bolsa que se esvazia por baixo. Com colostomia, há quem prefira a bolsa fechada, trocada inteira. O estomaterapeuta ajuda a escolher, e este livro não recomenda marcas.

5.3 Aprender a trocar

A Tabela 5.2 reúne os cuidados em ordem prática. Eles são ensinados antes da alta e reforçados nas consultas.

TABELA 5.2 — CUIDADOS COM A BOLSA, EM ORDEM PRÁTICA

QUANDO	O QUE FAZER
Esvaziar	Quando a bolsa estiver com cerca de um terço do volume, sem esperar encher
Contar o que sai	Nas primeiras semanas, anotar quantas vezes por dia a bolsa é esvaziada e, se a equipe pedir, o volume do dia. É essa conta que denuncia o alto débito antes de a desidratação aparecer
Beber e repor sal	Seguir a orientação de líquido e de sal que a equipe deu na alta; com ileostomia, só água não basta, como explica o capítulo 6
Trocar a placa	No intervalo combinado com o estomaterapeuta, ou antes se houver descolamento ou ardência
Medir o estoma	Nas primeiras semanas o estoma reduz de tamanho; refazer a medida do recorte a cada troca
Cuidar da pele	Limpar com água, secar sem esfregar, evitar produtos oleosos que impeçam a colagem
Procurar ajuda	Se a pele estiver ferida, se a bolsa descolar repetidamente, se o estoma mudar de cor ou de tamanho, ou se aparecerem sede fora do comum, urina escura e escassa, câibras ou tontura ao levantar

A troca segue uma ordem que o estomaterapeuta ensina e que a Figura 5.3 resume. Nas primeiras vezes ela demora. Com semanas de prática, vira gesto. A pele ao redor merece um olhar a cada troca, porque é ali que os problemas começam sem doer, e a Tabela 5.4 separa o esperado do que pede ajuda.

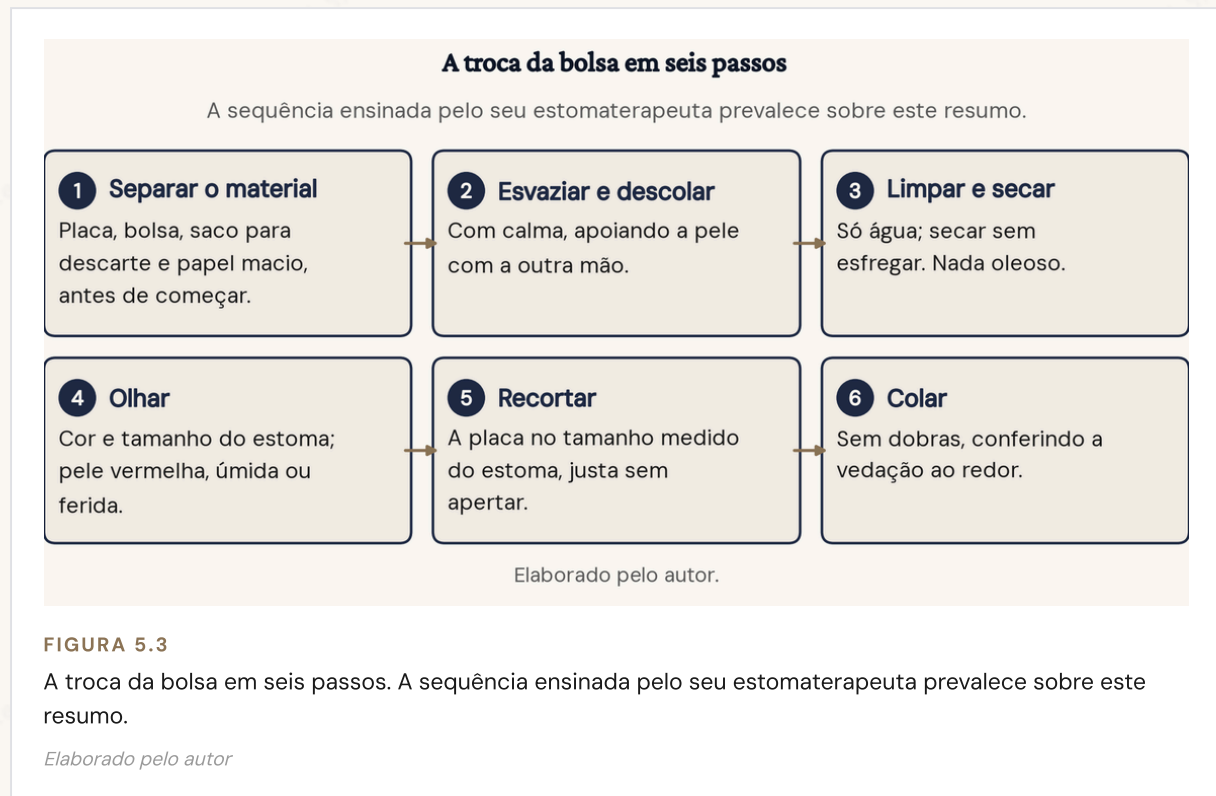


TABELA 5.4 — A PELE AO REDOR DO ESTOMA: O ESPERADO E O QUE PEDE AJUDA

O QUE VOCÊ VÊ	O QUE COSTUMA SIGNIFICAR	O QUE FAZER
Pele igual à do resto da barriga	Placa bem recortada e bem colada	Manter a rotina
Vermelhidão só onde a cola encosta, sem ferida	Irritação pela cola ou por trocas muito frequentes	Rever o intervalo de troca com o estomaterapeuta
Pele vermelha, úmida ou ardendo junto ao estoma	Contato com o que sai do estoma, por recorte largo ou vazamento	Refazer a medida e o recorte; falar com o estomaterapeuta em poucos dias
Ferida, pele que sangra ou dor ao colar a placa	Lesão da pele, que pode ter outras causas além do vazamento	Avaliação no serviço de estomaterapia; nenhuma pomada por conta própria
Bolsa que descola repetidamente	Pele úmida, dobra nova na barriga ou placa inadequada	Nova avaliação do equipamento

Fonte: num levantamento de estomas definitivos, a causa possível de 77 em cada 100 lesões de pele diagnosticadas foi o contato com o conteúdo do estoma (HERLUFSEN et al., 2006). As demais linhas são orientação de cuidado, ajustada caso a caso pelo estomaterapeuta.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Aprender antes da alta tem efeito medido. Num hospital universitário americano, um roteiro de ensino acompanhava quem ganhava uma ileostomia, da aula antes da operação até a casa, onde a pessoa anotava o que bebia e o que saía pela bolsa (NAGLE et al., 2012). Antes do roteiro, 25 de 161 pessoas voltaram a internar por desidratação, cerca de 16 em cada 100. Depois, nenhuma das 42 acompanhadas voltou por esse motivo. O estudo é pequeno e sem sorteio. Ele comparou poucos meses de roteiro com quatro anos de registros anteriores.

Fonte: NAGLE et al., 2012

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Quem vai me ensinar a trocar a bolsa, e quantas vezes vou treinar antes da alta?
- Qual equipamento vou usar em casa, e onde consigo mais?
- De quanto em quanto tempo devo trocar a placa?
- Para quem eu ligo se a bolsa descolar à noite?

Trocar a bolsa é a parte visível do cuidado. A outra metade acontece à mesa e no copo: o que comer e quanto beber com um estoma.

Comer e beber com um estoma

EM UMA FRASE

Quem tem colostomia costuma voltar à comida de antes aos poucos. Quem tem ileostomia precisa, além disso, vigiar a água e o sal todos os dias.

6.1 O que o intestino grosso fazia

Nos primeiros dias com a bolsa, o que ocupa a cabeça é a troca. Logo depois, a pergunta vira o prato.

O intestino delgado absorve a maior parte dos nutrientes. O que chega ao intestino grosso é um caldo, e o trabalho dele é retirar desse caldo água e sal, devagar, até formar as fezes. Na colostomia, esse trabalho já foi feito no todo ou em parte. Na ileostomia, não. O caldo sai como chegou ao fim do delgado, e a Figura 6.1 mostra essa diferença de caminho.



6.2 A ileostomia e a água

Quando o volume do dia sobe demais, dá-se a isso o nome de alto débito, e a pessoa vai perdendo água e sal sem perceber, porque nada dói. O aviso vem de fora da bolsa: sede que não passa, boca seca, urina escura e escassa, câibras, tontura ao levantar, cansaço novo. Ligue para a equipe no mesmo dia. Desmaio, ou tontura que não passa nem com a pessoa deitada, é caso de pronto-socorro, e o mesmo vale para vômito que impede de beber.

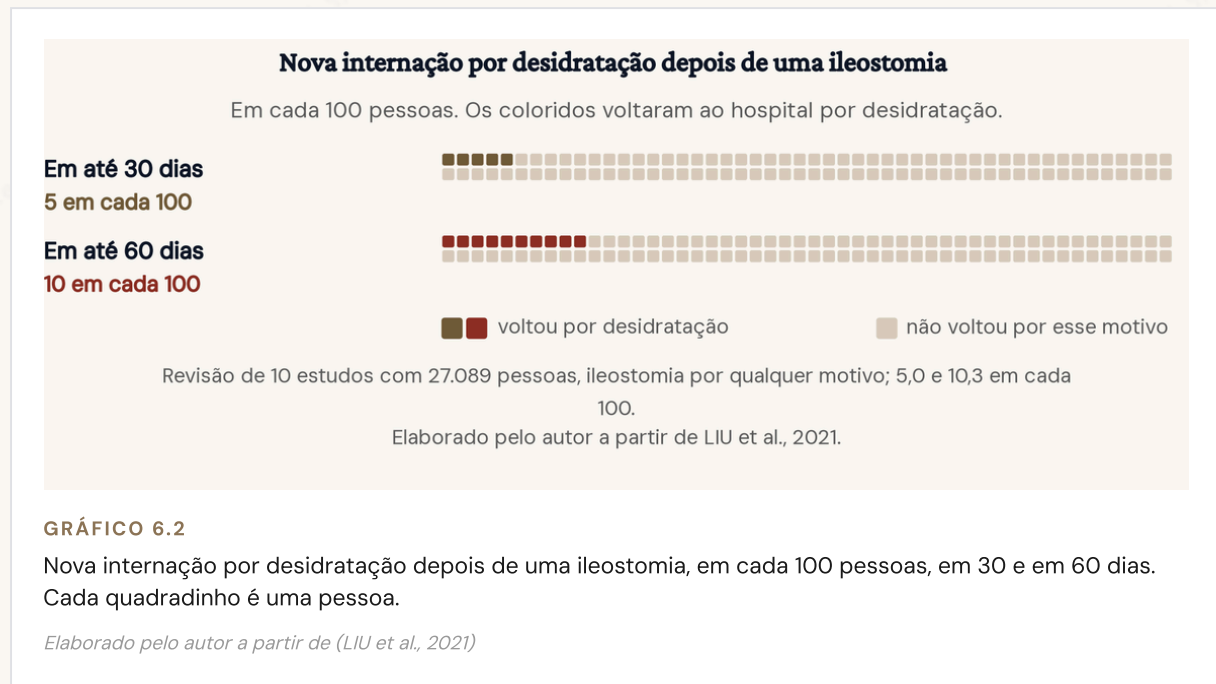
Beber mais água parece a resposta óbvia, e só em parte é. Água pura em grande quantidade, sozinha, não repõe o que uma ileostomia de alto débito leva embora. A reposição costuma juntar líquido e sal, em soluções que a equipe indica, às vezes com um remédio para engrossar a saída. Nada disso começa por conta própria. Quem prescreve é o seu médico, e é com ele que se combina, na alta, o volume diário que faz você telefonar. O Gráfico 6.2 põe o risco de voltar ao hospital por desidratação em frequência natural.

Esse risco não é igual para todos. Nos estudos, voltam mais ao hospital as pessoas que tomam de forma regular um diurético, o remédio que faz urinar mais, e as que têm doença dos rins, pressão alta, diabetes, obesidade ou 65 anos ou mais. Leve à consulta da alta a lista dos seus remédios e não suspenda nenhum por conta própria.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Uma revisão reuniu dez estudos, com 27.089 pessoas que ganharam uma ileostomia por qualquer motivo. A volta ao hospital por desidratação atingiu 5 em cada 100 em 30 dias (LIU et al., 2021). Em 60 dias, cerca de 10. Quem tinha sido operado por câncer colorretal voltou menos. Num serviço americano com 603 ileostomias em alça, a desidratação respondeu por 44 das 102 voltas ao hospital em 60 dias, mais do que qualquer outra causa (MESSARIS et al., 2012). Ali, o único fator que previu a volta por desidratação foi o diurético receitado depois da operação. O trabalho é retrospectivo, de uma instituição só, com maioria de doença inflamatória do intestino, e fixa bem o critério que usou: 1.500 mL ou mais na bolsa em 24 horas junto com alteração nos exames de sangue, ou sinais físicos de desidratação. Já o tratamento é terreno frouxo. Uma revisão de 32 estudos e 768 pessoas não achou vantagem clara de nenhum dos remédios mais usados, e notou que nem a definição de alto débito é a mesma entre os trabalhos (LEDERHUBER et al., 2023).

Fonte: LIU et al., 2021; MESSARIS et al., 2012; LEDERHUBER et al., 2023



6.3 O prato das primeiras semanas

Com a colostomia, a comida de antes volta aos poucos. A mudança principal é observar o que produz mais gás ou odor. Com a ileostomia há um cuidado a mais: a passagem do delgado pela parede é estreita, e fibras que o intestino não digere, como as do bagaço da laranja, podem se juntar e fechar a saída. Mastigar bem e reintroduzir esses alimentos devagar é a orientação habitual. O nutricionista ajuda a ler a resposta do seu intestino.

A Figura 6.3 organiza em três níveis os sinais de que a água está faltando, e a caixa de alerta os repete por escrito.

SINAIS DE ALERTA**Emergência agora — pronto-socorro ou 192 se aparecer:**

- 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.

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

- Saída muito líquida e frequente, ou acima do volume combinado com a equipe.
- Sede fora do comum, urina escura e escassa, câibras ou tontura ao levantar.
- Vômitos repetidos, barriga inchada e parada de saída pelo estoma por mais de 12 horas.

Na próxima consulta — anote e leve se aparecer:

- 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.

Ileostomia: quando a água está faltando**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 enchendo

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

- Saída muito líquida e frequente, ou acima do volume combinado
- Sede fora do comum, urina escura e escassa
- Câibras ou tontura ao levantar
- Parada de saída por mais de 12 horas, com vômitos e barriga inchada

**Na próxima consulta**
anote e leve

- Saída mais líquida do que antes, sem outros sinais
- Dúvida sobre o que beber e em que quantidade

Esta lista orienta; ela não substitui a avaliação da sua equipe.

Elaborado pelo autor.

FIGURA 6.3

Ileostomia: os sinais de que a água está faltando, em três níveis de urgência. A lista orienta; ela não substitui a avaliação da sua equipe.

Elaborado pelo autor

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Qual volume diário da bolsa deve me fazer telefonar?
- O que devo beber para repor, e quanto?
- Algum dos meus remédios de uso contínuo, como o diurético, precisa de ajuste por causa da ileostomia?
- Vou ter acompanhamento com nutricionista?

A desidratação abre a lista das complicações do estoma, que continua com a pele e a hérnia, cada uma com o número que os estudos conseguiram medir.

Complicações, em números

EM UMA FRASE

Complicação de estoma é frequente, e boa parte dela se resolve com ajuste do equipamento e da rotina. O que decide é perceber cedo.

7.1 O que os estudos contam

Beber pouco com uma ileostomia leva à desidratação, tratada no capítulo anterior. As outras complicações têm um primeiro dado honesto. Os números variam muito de estudo para estudo.

Algumas aparecem nas primeiras semanas e dependem da cicatrização; outras chegam meses ou anos depois e dependem da parede da barriga. A Tabela 7.1 organiza as principais. O Gráfico 7.2 dá a frequência das que têm número confiável.

TABELA 7.1 — AS COMPLICAÇÕES DO ESTOMA, UMA A UMA

COMPLICAÇÃO	O QUE É	COMO VOCÊ PERCEBE	O QUE COSTUMA SER FEITO
Pele irritada	Lesão da pele ao redor, quase sempre pelo contato com o que sai	Vermelhidão, ardor, pele úmida, bolsa que não para colada	Ajuste do recorte e do equipamento pelo estomaterapeuta
Desidratação	Perda de água e sal pela ileostomia	Sede, urina escura e escura, câibras, tontura	Reposição orientada pela equipe; soro na veia quando já há desidratação
Hérnia junto ao estoma	A parede cede ao lado do estoma e o intestino forma um volume ali	Abaulamento ao redor, que cresce ao tossir ou fazer força; placa que descola	Cinta ou placa adaptada; cirurgia quando incomoda muito ou prende o intestino
Prolapso	O estoma se alonga e sai para fora da barriga	Estoma que parece crescer em pé ou ao fazer força	Bolsa adequada e observação; correção cirúrgica em parte dos casos
Retração	O estoma afunda abaixo do nível da pele	Vazamento frequente por baixo da placa	Placa de formato próprio; nova cirurgia em parte dos casos
Estreitamento	A saída do estoma fica apertada	Saída mais difícil, com cólica	Avaliação da equipe; às vezes correção
Estoma escuro	Falta de sangue na ponta do intestino, nos primeiros dias	Cor escura ou arroxeada	Avaliação no mesmo dia

Fonte: as frequências que têm estudo estão no Gráfico 7.2; as condutas são as habituais e mudam caso a caso.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Uma revisão juntou 18 ensaios randomizados, com 1.009 adultos, só para medir quanto as complicações do estoma aparecem (MALIK et al., 2018). A resposta foi de 3 a 81 em cada 100 pessoas, conforme o estudo, porque cada um definiu e procurou complicação do seu jeito. Pele irritada e hérnia lideraram. A colostomia terminal teve mais complicações do que os estomas em alça. Entre os estomas de proteção, uma metanálise encontrou menos prolapso na ileostomia (GE et al., 2023). Na comparação geral dos mesmos autores, a ileostomia teve mais pele irritada e mais desidratação. A colostomia teve mais estreitamento.

Fonte: MALIK et al., 2018; GE et al., 2023

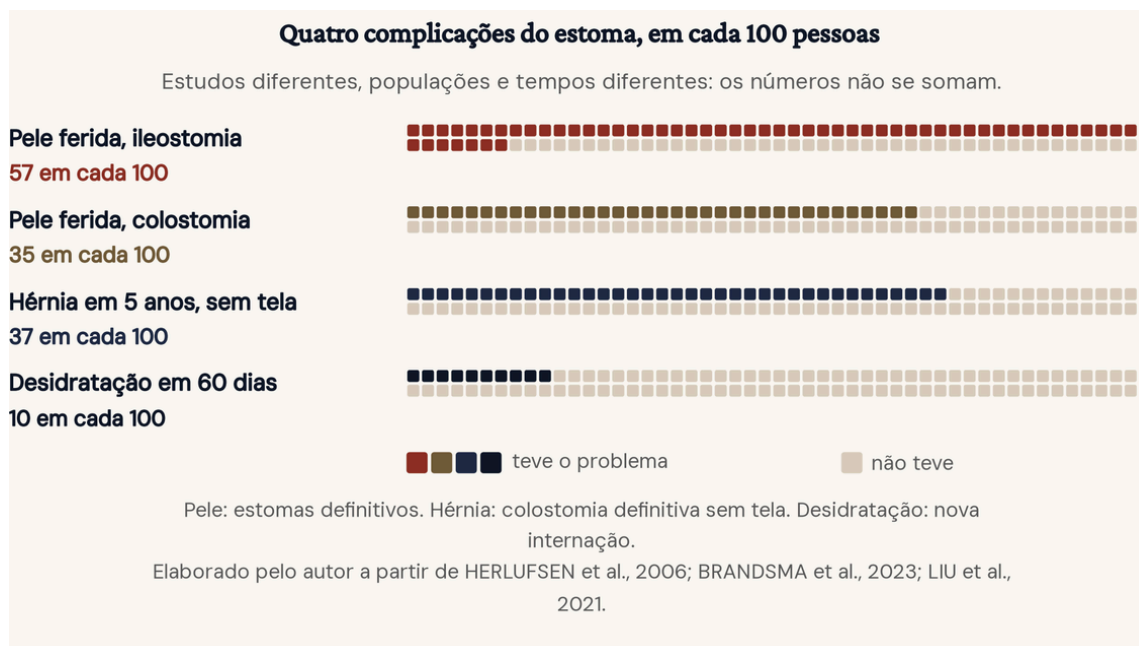


GRÁFICO 7.2

Quatro complicações do estoma em frequência natural, em cada 100 pessoas. Os números vêm de estudos diferentes, com populações e tempos de acompanhamento diferentes, e não se somam. Cada quadradinho é uma pessoa.

Elaborado pelo autor a partir de (HERLUFSEN et al., 2006), (BRANDSMA et al., 2023) e (LIU et al., 2021)

7.2 A pele

A pele ao redor do estoma é o ponto frágil da rotina. O que sai da ileostomia agride a pele quando fica em contato com ela, o que acontece quando o recorte fica largo ou quando uma dobra abre caminho ao vazamento.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Um estudo dinamarquês convidou as 630 pessoas com estoma definitivo de uma região, e 202 aceitaram responder a um questionário e passar por exame (HERLUFSEN et al., 2006). O exame achou pele ferida com frequência, e boa parte de quem a tinha não sabia: entre as pessoas com lesão diagnosticada, menos de 20 em cada 100 tinham pedido ajuda a um profissional, e 62 em cada 100 nem reconheciam que havia um problema. A lesão apareceu mais com ileostomia, em 57 de cada 100 pessoas, do que com colostomia, em 35. O contato com o que sai do estoma podia estar na origem de 77 em cada 100 lesões. Como só um terço dos convidados participou, o retrato pode ter saído deslocado.

Fonte: HERLUFSEN et al., 2006

7.3 A hérnia junto ao estoma

Para o estoma passar, a parede do abdome ganhou um furo. Com o tempo, a pressão de dentro da barriga pode alargá-lo, e o intestino empurra a pele ao lado do estoma. É a hérnia paraestomal. Ela deforma a pele onde a placa cola e às vezes dói. Se uma alça fica presa dentro dela, com dor forte e bolsa parada, é urgência.

Uma prevenção está em debate: colocar uma tela sintética ao redor do estoma já na operação que cria uma colostomia definitiva. A ideia faz sentido pelo mecanismo e tem recomendação forte de uma diretriz europeia. Dois ensaios com sorteio não a confirmaram. Decide a equipe. Pergunte qual é a posição dela, e por quê.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

A diretriz europeia registrou que a colostomia terminal é o estoma que mais forma essa hérnia e recomendou com força a tela preventiva nesse caso (ANTONIOU et al., 2018). Um ensaio sueco sorteou 232 pessoas operadas pela via convencional com colostomia definitiva, com e sem tela; em um ano, a hérnia não diferiu entre os grupos (ODENSTEN et al., 2019). Um ensaio holandês sorteou 150 pessoas e as seguiu por cinco anos, com 37 perdidas no caminho. A hérnia surgiu em 29 das 78 sem tela e em 20 das 72 com tela, cerca de 37 e 28 em cada 100, diferença que o acaso pode explicar (BRANDSMA et al., 2023). Em cinco anos, a tela adiou o aparecimento da hérnia, sem reduzir de forma comprovada o número de pessoas que a tiveram.

Fonte: ANTONIOU et al., 2018; ODENSTEN et al., 2019; BRANDSMA et al., 2023

7.4 Prolapso, retração e estreitamento

Outros problemas mudam o formato do estoma, e a Tabela 7.1 descreve cada um. O prolapso, em que o estoma se alonga para fora ao fazer força, assusta pelo aspecto; a equipe avalia se basta adaptar a bolsa. Mostre qualquer mudança de formato ao estomaterapeuta.

7.5 Quando procurar ajuda

A Figura 7.3 reúne em três níveis os sinais que pedem atenção, para deixar à vista em casa.

SINAIS DE ALERTA

Emergência agora — pronto-socorro ou 192 se aparecer:

- Dor forte e contínua na barriga, que ficou dura.
- Volume ao lado do estoma que endureceu e dói, com a bolsa parada.
- Estoma que ficou preto.
- Febre alta com calafrio ou confusão mental.
- Sangramento vivo e abundante pelo estoma.

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

- Estoma que escureceu ou ficou arroxeadado.
- Parada de saída pelo estoma por mais de 12 horas, com vômitos e barriga inchada.
- Ferida na pele ao redor que sangra ou dói muito.
- Febre acima de 38 graus sem outro sinal grave.

Na próxima consulta — anote e leve se aparecer:

- Vermelhidão leve onde a placa cola.
- Bolsa que descola mais do que antes.
- Volume ao lado do estoma que some ao deitar.
- Estoma mais comprido ou mais curto do que era.

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



PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Quais complicações são mais prováveis no meu tipo de estoma?
- Vocês usam tela preventiva na colostomia definitiva? Por quê?
- Se aparecer um volume ao lado do estoma, o que devo fazer?

Complicação é uma parte da conversa. A maior parte dos dias com um estoma, porém, se passa longe do hospital, na vida com a bolsa.

A vida com a bolsa

EM UMA FRASE

A vida com a bolsa pede ajustes. Quem vive com um estoma há anos sabe dizer quais pesam mais, e muitos deles cabem numa conversa com a equipe.

8.1 O que muda e o que não muda

As complicações do capítulo anterior têm frequência medida. O dia comum com a bolsa se mede de outro jeito, pelo relato de quem a usa.

Antes da cirurgia, o que assusta é a imagem: o cheiro, o vazamento, o barulho, alguém percebendo. Com a prática, a troca deixa de tomar o dia, e o peso do estoma se desloca para outras frentes; os estudos que entrevistaram pessoas com colostomia antiga mostram quais.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Uma revisão reuniu 14 estudos, quase todos de corte transversal, isto é, que ouviram cada pessoa uma vez só, sem acompanhá-la no tempo, com questionários validados de qualidade de vida em pessoas com colostomia por câncer colorretal (VONK-KLAASSEN et al., 2016). Em todos, o estoma pesou negativamente na qualidade de vida. Os problemas citados foram concretos: gases e ruídos que preocupam, roupas que precisaram mudar, viagens mais difíceis e dificuldade na vida sexual. Tristeza e cansaço também apareceram. Os autores notam que, com os anos, muitas dessas pessoas deixam de ser vistas pelo serviço de saúde.

Fonte: VONK-KLAASSEN et al., 2016

A Tabela 8.1 separa o que muda do que permanece. As duas coisas são verdade ao mesmo tempo.

TABELA 8.1 — ESTOMA: O QUE MUDA DE FATO NO DIA A DIA

ASSUNTO	O QUE MUDA	O QUE NÃO MUDA
Roupa	A roupa costuma pedir ajustes, como cintura alta ou peças mais folgadas; a mudança no vestir aparece entre as queixas registradas nos estudos	A escolha do que vestir continua sua, com os ajustes que o estomaterapeuta ajudar a encontrar
Banho	Pode tomar banho com a bolsa ou sem ela; a água não entra no estoma	A higiene é a mesma de sempre, com água e sabonete neutro
Comida	Nos primeiros meses vale introduzir alimentos aos poucos e observar; alguns produzem mais gás ou odor	Muita gente volta a comer de quase tudo, no ritmo que o próprio intestino indica
Trabalho	Esforço pesado volta gradualmente; pausas para esvaziar a bolsa entram na rotina	Em muitos casos, a pessoa retoma a atividade que exercia; o prazo depende da operação principal
Esporte e piscina	Natação é permitida; esportes de contato pedem proteção sobre o estoma	A atividade física segue recomendada
Vida sexual	A bolsa pode ser esvaziada antes e coberta; a conversa com o parceiro encurta o constrangimento	A intimidade continua possível; as dificuldades, quando aparecem, caem na consulta e têm tratamento
Viagem	Viajar dá mais trabalho, como registram os estudos; leve material em dobro na bagagem de mão e procure banheiro por perto	A viagem continua possível, inclusive de avião, com planejamento

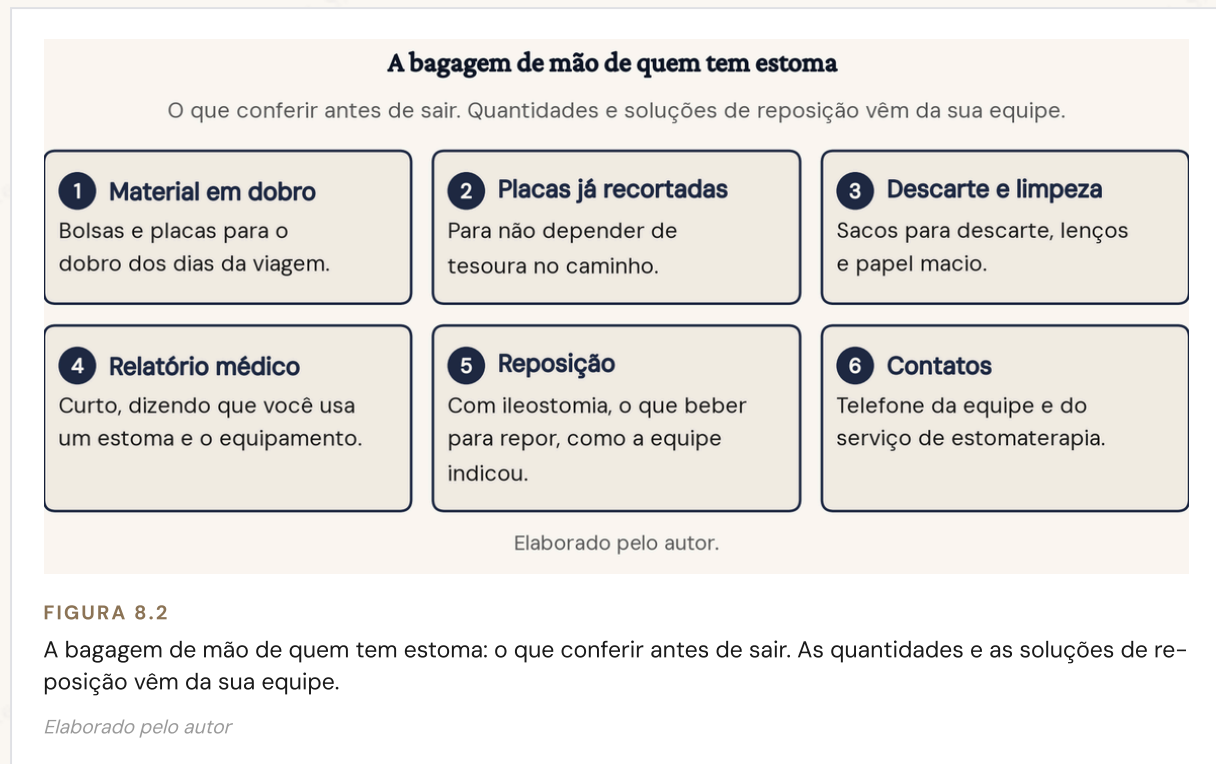
Fonte: as dificuldades com a roupa, as viagens e a vida sexual vêm da revisão de 14 estudos citada neste capítulo (VONK-KLAASSEN et al., 2016); as demais linhas são orientação de cuidado, ajustada caso a caso pela equipe.

8.2 Trabalho e esforço

A volta ao trabalho depende mais da operação principal do que do estoma, e o prazo quem dá é a equipe que operou; com o estoma, o que muda é a logística, com um banheiro por perto e material de reserva no armário. Carregar peso é pergunta para a consulta, por causa da hérnia junto ao estoma.

8.3 Viagem e esporte

Viajar pede método. Leve o dobro do material na bagagem de mão, com placas já recortadas para não depender de tesoura. Em lugar quente, sobretudo com ileostomia, beba mais, com o sal e a solução de reposição que a equipe indicou. Um relatório médico curto facilita inspeções no aeroporto. A Figura 8.2 transforma isso numa lista.



Caminhada e natação voltam quando a cicatrização permitir, e a natação é possível com a bolsa. Exercícios que aumentam muito a pressão dentro da barriga merecem conversa antes, pela mesma razão da hérnia.

8.4 Sexualidade e autoestima

A vida sexual volta a ser possível, e costuma pedir conversa. A bolsa pode ser esvaziada antes e coberta por uma peça de roupa, e falar com o parceiro antes da primeira vez encurta o constrangimento dos dois. Quando a dificuldade vai além da bolsa, como falta de ereção ou de lubrificação, a causa pode estar nos nervos da bacia, sobretudo depois de uma cirurgia do reto. Tem avaliação e tratamento. A autoestima também pede cuidado: tristeza que não passa, ou vergonha que impede de sair de casa, é motivo para falar com a equipe, que pode indicar acompanhamento psicológico. Há ainda grupos de apoio de pessoas com estoma, inclusive pela internet.

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Quando posso voltar ao trabalho, e com que limite de peso?
- Que atividade física posso fazer, e a partir de quando?
- Se eu tiver dificuldade na vida sexual, a quem procuro?

Para muita gente, a bolsa tem prazo: quando o estoma é temporário, a próxima operação é a que o fecha.

O fechamento do estoma temporário

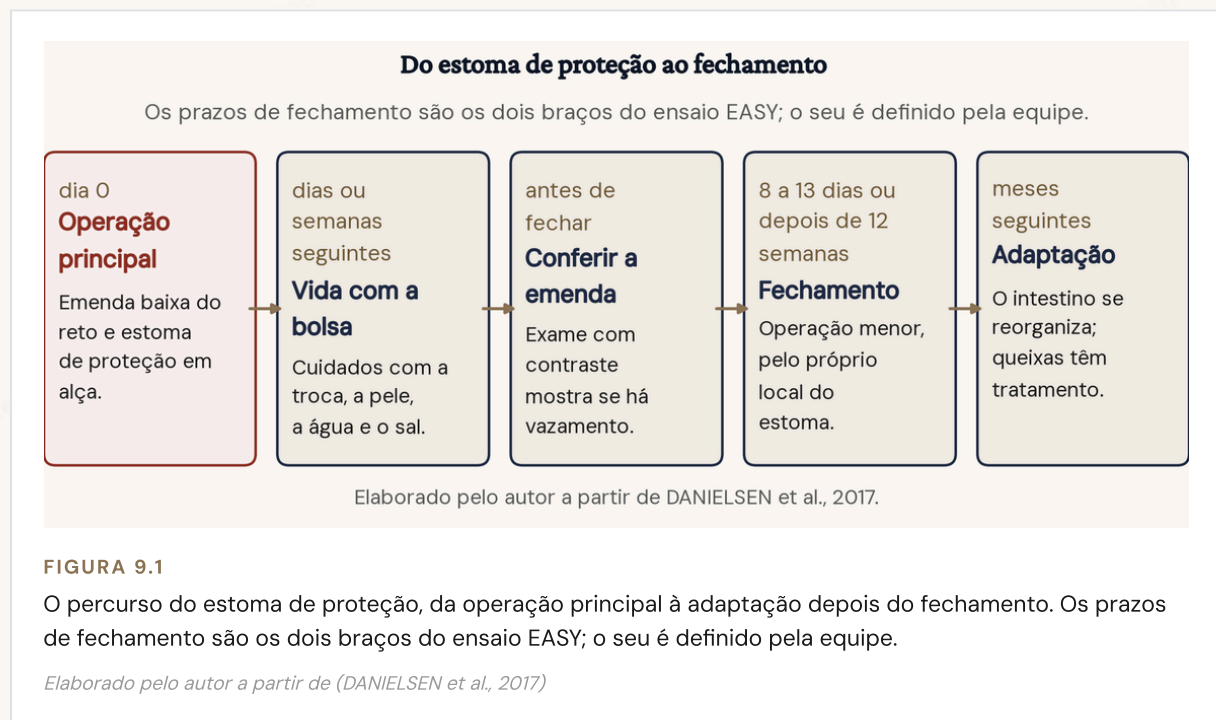
EM UMA FRASE

Fechar o estoma é uma operação menor do que a primeira, e ainda assim é uma operação. Ela tem hora certa e riscos próprios.

9.1 Quando fechar

Para deixar a vida com a bolsa, a equipe precisa antes confirmar que a emenda protegida pelo estoma cicatrizou. Quem mostra isso é um exame que enche o intestino com contraste e revela se há vazamento.

Se houver quimioterapia depois da operação principal, a data é combinada com o oncoлогista. O costume é esperar pelo menos três meses. Um ensaio escandinavo testou fechar bem antes, e a Figura 9.1 mostra o percurso com os dois prazos que ele comparou.



O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

O ensaio EASY sorteou 127 pessoas operadas de câncer de reto em oito hospitais da Dinamarca e da Suécia, todas com ileostomia de proteção (DANIELSEN et al., 2017). Um grupo fechou o estoma entre 8 e 13 dias depois da operação. O outro esperou mais de 12 semanas. Entre as 112 analisadas, a média de complicações por pessoa no primeiro ano foi de 1,2 no fechamento cedo e de 2,9 no tardio. Só entrou no sorteio quem não teve complicação depois da primeira operação, e os autores restringem a esse grupo, sem sinal de vazamento, a conclusão de que fechar cedo é seguro.

Fonte: DANIELSEN et al., 2017

9.2 Como é a operação

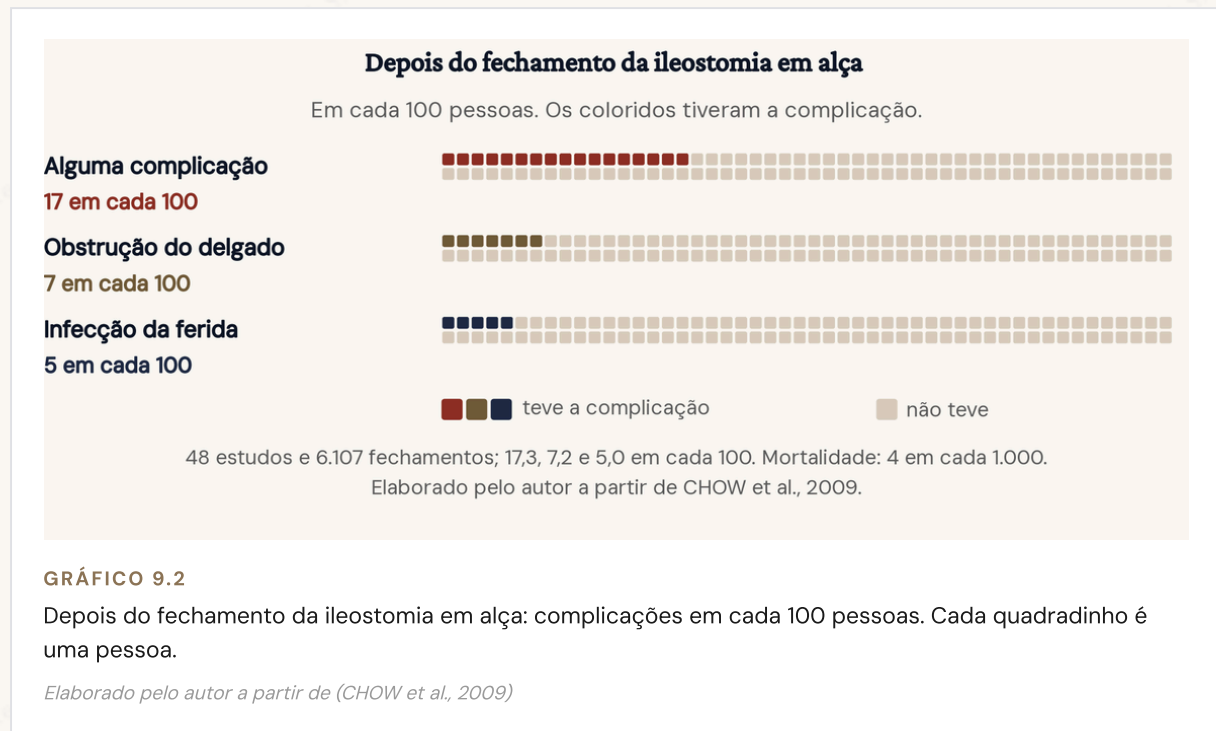
A ileostomia em alça costuma ser fechada pelo próprio local do estoma. O cirurgião solta a alça da parede e costura as duas bocas. Depois devolve o intestino à barriga e fecha a parede. Raramente é preciso um corte maior. A internação é mais curta do que a da primeira operação.

Religar uma cirurgia de Hartmann é outra conversa: é preciso reencontrar a ponta de baixo dentro da barriga, e a operação é maior. O Gráfico 9.2 mostra as complicações mais comuns do fechamento da ileostomia em alça.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Uma revisão de 48 estudos, de 18 países, somou 6.107 fechamentos de ileostomia em alça (CHOW et al., 2009). Houve alguma complicação em cerca de 17 de cada 100 pessoas. A obstrução do intestino delgado apareceu em cerca de 7 de cada 100, e a infecção da ferida, em 5. Em cerca de 4 de cada 100 foi preciso um corte maior na barriga. A mortalidade foi de 4 em cada 1.000. Com esses números na mão, os autores pedem que os riscos do fechamento entrem na conversa ainda antes da primeira operação, quando dá tempo de pesar os dois lados, e que o estoma de proteção fique para quem de fato se beneficia dele.

Fonte: CHOW et al., 2009



9.3 Nem todo estoma temporário fecha

Uma parte dos estomas planejados como temporários acaba ficando. Às vezes a emenda não cicatrizou, ou a doença voltou.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

O ensaio sueco do capítulo 2 traz o dado que a consulta costuma não alcançar, e ele precisa ser lido com os dois grupos na mesa (MATTHIESSEN et al., 2007). Depois de 42 meses em mediana, ainda tinham estoma de algum tipo 16 das 116 pessoas que receberam o estoma de proteção e 20 das 118 que não o receberam, cerca de 14 e 17 em cada 100, diferença pequena demais para afastar o acaso. Quem recebe o estoma de proteção não termina com estoma mais vezes do que quem não recebe.

Fonte: MATTHIESSEN et al., 2007

9.4 O intestino depois do fechamento

Depois de uma cirurgia do reto, o intestino que volta a funcionar é outro, com urgência e evacuações fracionadas ao longo do dia. É a síndrome da ressecção anterior baixa, que tem tratamento. Não sofra calado.

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Quando vocês pretendem fechar o meu estoma, e o que precisa acontecer antes?
- Que exame vai confirmar que a emenda cicatrizou?
- A quimioterapia muda a data do fechamento?
- O que é esperado no funcionamento do meu intestino depois do fechamento?

Enquanto o estoma existir, por alguns meses ou pela vida inteira, valem os direitos que a norma brasileira prevê para quem vive com ele.

Os seus direitos no Brasil

EM UMA FRASE

A pessoa com estoma tem direitos previstos em norma federal. Saber onde eles estão escritos ajuda a pedi-los.

10.1 O estoma na lei

Nem todo estoma temporário chega ao fechamento, e muitos são definitivos desde o início. Em qualquer caso, a pessoa precisa de material e de acompanhamento.

Para a norma brasileira, a ostomia é uma forma de deficiência física. Está no artigo 5º do Decreto nº 5.296, de 2004.¹ O mesmo decreto dá a essas pessoas atendimento prioritário em órgãos públicos e em bancos. Vale também nas empresas que prestam serviço público. Esse atendimento inclui tratamento diferenciado e atendimento imediato, e pelo artigo 70 do mesmo decreto a definição passou a valer também no Decreto nº 3.298, de 1999, que trata da política nacional para a pessoa com deficiência.

Outros direitos têm regras próprias e pedem avaliação caso a caso. Quem orienta é o serviço social.

10.2 A bolsa pelo SUS

No SUS, o cuidado da pessoa com estoma segue diretrizes nacionais de 2009, na Portaria nº 400 do Ministério da Saúde.² A atenção básica orienta o autocuidado. Os serviços de referência para pessoas ostomizadas acompanham com equipe própria e fornecem as bolsas e as placas. Fornecem também os produtos que protegem a pele ao redor do estoma.

O caminho começa na alta. A pessoa se cadastra no serviço do seu município ou da sua região, onde passa por avaliação e combina com a equipe a frequência das entregas de material. A portaria prevê também o encaminhamento para a cirurgia que fecha o estoma. A Figura 10.2 desenha esse percurso; a Tabela 10.1 mostra onde cada ponto está escrito.

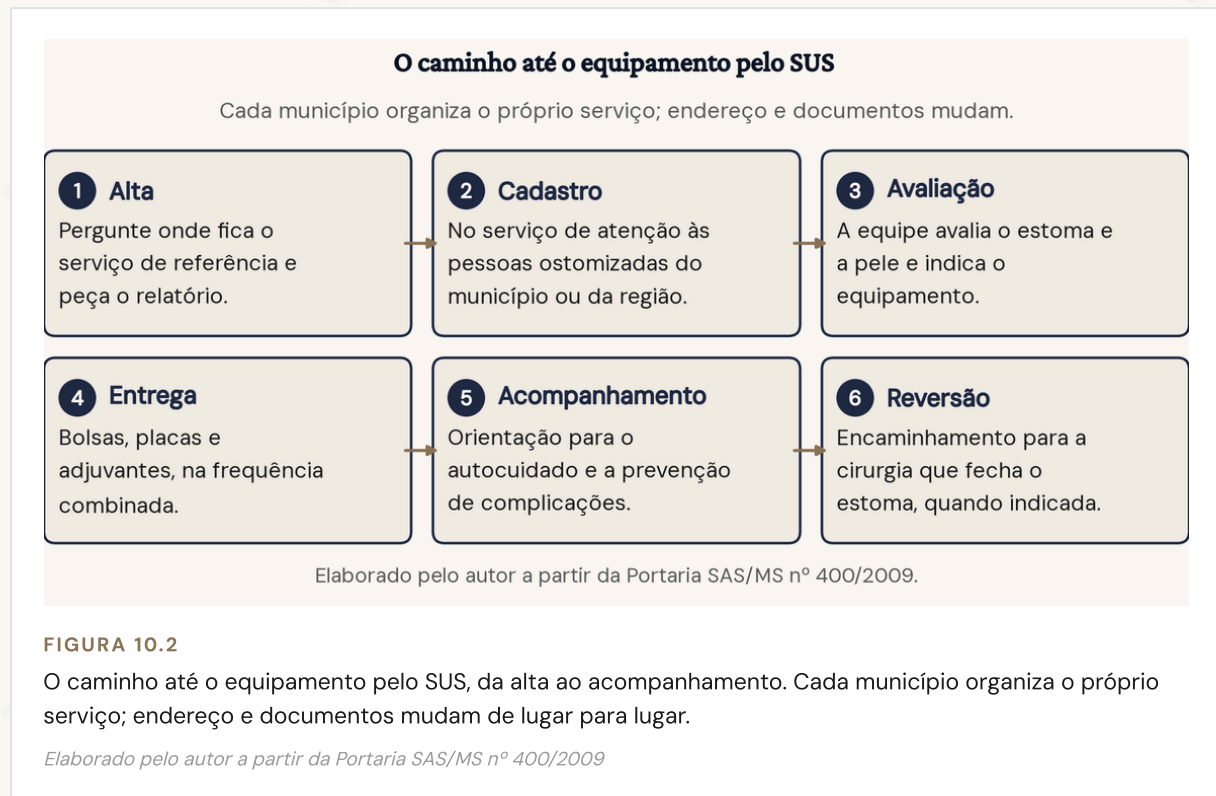
1. BRASIL. Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, e nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Brasília, DF: Presidência da República, 2004. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm. Acesso em: 18 set. 2026.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009. Estabelece Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Texto consultado em: https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/aceso-a-informacao/participacao-da-sociedade/camaras-e-grupos-tecnicos/camaras-e-grupos-tecnicos-anteriores/grupo-tecnico-de-revisao-do-rol-de-procedimentos-e-eventos-em-saude-da-rn-338-2013/gt_rol_2013_2a_17_reuniao_sas_400_2009_ostomizados.pdf. Acesso em: 18 set. 2026.

TABELA 10.1 — O QUE A NORMA PREVÊ, E ONDE ESTÁ ESCRITO

O QUE A NORMA PREVÊ	ONDE ESTÁ ESCRITO
A ostomia entra na definição de deficiência física	Decreto nº 5.296/2004, art. 5º, § 1º, inciso I, alínea "a"
Atendimento prioritário em órgãos públicos, empresas prestadoras de serviço público e instituições financeiras	Decreto nº 5.296/2004, arts. 5º e 6º
A mesma definição na regulamentação da política nacional para a pessoa com deficiência	Decreto nº 3.298/1999, art. 4º, inciso I, com a redação dada pelo art. 70 do Decreto nº 5.296/2004
Diretrizes nacionais de atenção à saúde das pessoas ostomizadas no SUS	Portaria SAS/MS nº 400/2009, art. 1º
Orientação para o autocuidado e prevenção de complicações na atenção básica	Portaria SAS/MS nº 400/2009, art. 2º, parágrafo único
Fornecimento de equipamentos coletores e de adjuvantes de proteção e segurança nos serviços de referência	Portaria SAS/MS nº 400/2009, art. 3º
Fluxos de encaminhamento, inclusive para a cirurgia de reversão	Portaria SAS/MS nº 400/2009, art. 5º, inciso III

Fonte: textos oficiais consultados em 18 set. 2026 (Presidência da República e Ministério da Saúde), com as referências completas nas notas deste capítulo.



Cada município organiza o seu serviço. Endereço e documentos mudam. Pergunte na alta onde fica o serviço mais próximo e peça um relatório com o tipo de estoma e o material indicado. Quem tem plano de saúde deve perguntar à operadora o que o contrato cobre.

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Onde fica o serviço de atenção às pessoas ostomizadas mais perto de mim?
- Que documentos preciso levar para o cadastro?
- Quem me dá o relatório com o tipo de estoma e o material indicado?
- O serviço social do hospital pode me orientar sobre outros direitos?

Resta juntar as perguntas que o livro foi deixando pelo caminho, para levar à consulta.

Perguntas para levar à consulta

EM UMA FRASE

Uma consulta rende mais quando a pergunta chega escrita. Esta lista existe para ser riscada aos poucos, consulta a consulta.

11.1 Como usar esta lista

Os direitos do capítulo anterior se pedem com documento na mão; as dúvidas, com pergunta anotada.

Escolha três ou quatro perguntas para cada consulta, conforme a fase em que você está. Anote a resposta na hora, ainda no consultório: a frase que parece impossível de esquecer costuma sumir no caminho de casa. Se puder, leve alguém junto. Duas pessoas ouvindo retêm mais do que uma. A Tabela 11.1 distribui as perguntas pelos momentos em que cada uma faz sentido, do dia em que o estoma foi anunciado até a consulta antes do fechamento.

TABELA 11.1 — PERGUNTAS POR MOMENTO

MOMENTO	PERGUNTAS QUE RENDEM
Ao saber do estoma	O meu estoma será colostomia ou ileostomia? Temporário ou definitivo? Por que ele entra na minha operação?
Antes da cirurgia	Vou ter consulta de estomaterapia e marcação do local? Por qual via vocês pretendem operar? O estoma será em alça ou terminal?
Na internação	Quem me ensina a trocar a bolsa, e quantas vezes vou treinar? Qual equipamento vou usar em casa?
Na alta	Que volume da bolsa me faz telefonar? O que beber para repor? Para que telefone eu ligo à noite? Onde fica o serviço que fornece o material?
Nos meses seguintes	Como está a pele ao redor do estoma? Tenho sinal de hérnia? Quando posso voltar ao trabalho e ao esporte?
Antes do fechamento	Que exame confirma a cicatrização da emenda? Quando será o fechamento? O que esperar do intestino depois?

Um último pedido. Quando a resposta vier e você não entender, diga que não entendeu. O mal-entendido descoberto na sala é muito mais barato do que o descoberto em casa.

EM UMA FRASE

Um estoma muda a rotina e traz riscos próprios, contados neste livro com os números que existem. A decisão sobre ele se toma com informação, e com a equipe que vai operar.

Glossário

Palavras que aparecem no livro e costumam gerar dúvida.

Estoma

A abertura feita na pele da barriga por onde um trecho do intestino passa a se esvaziar, dentro de uma bolsa colada. A palavra vem do grego e quer dizer boca.

Ostomia

O nome da operação que cria o estoma. No dia a dia, estoma e ostomia são usados como sinônimos.

Colostomia

Estoma feito com o intestino grosso, o cólon. A saída é mais formada e menos frequente.

Ileostomia

Estoma feito com o fim do intestino delgado, o íleo. A saída é líquida ou pastosa, várias vezes ao dia.

Estoma em alça

Estoma feito com uma dobra do intestino trazida à pele e aberta de lado. Ficam duas bocas vizinhas, e o trecho de baixo continua ligado.

Estoma terminal

Estoma feito com a ponta cortada do intestino, trazida inteira à pele. Tem uma boca só.

Estoma de proteção

Estoma temporário que desvia as fezes de uma costura recém-feita, para que ela cicatrize sem conteúdo passando por cima. Também se diz estoma derivativo.

Anastomose

A costura que une as duas pontas do intestino depois que o pedaço doente sai. Neste livro também se diz emenda.

Ressecção anterior baixa

A cirurgia que retira o reto doente e emenda o intestino ao trecho que sobrou logo acima do ânus, preservando o esfíncter.

Amputação abdominoperineal

A cirurgia que retira o reto, o ânus e o esfíncter quando o tumor os invade. Quem passa por ela fica com uma colostomia definitiva.

Esfíncter anal

O anel de músculo que fecha o ânus e segura as fezes.

Cólon transversal

O trecho do intestino grosso que atravessa a barriga de um lado ao outro, logo abaixo do estômago.

Cirurgia de Hartmann

Operação feita sobretudo na urgência: o trecho doente do intestino grosso sai, a ponta de baixo é fechada dentro da barriga e a ponta de cima vira uma colostomia.

Peritonite

Inflamação da membrana que forra a barriga por dentro, em geral por infecção.

Estomaterapia

A área da enfermagem dedicada ao cuidado de estomas, feridas e incontinência. O profissional com essa formação é o estomaterapeuta.

Marcação do local

A escolha, antes da cirurgia, do ponto da barriga onde o estoma vai ficar, feita com a pessoa em pé e sentada.

Placa

A parte do equipamento que cola na pele, com um furo recortado no tamanho do estoma. Também se diz base adesiva.

Equipamento coletor

O conjunto de placa e bolsa que recolhe o que sai do estoma. Pode vir numa peça só ou em duas peças que se encaixam.

Adjuvantes de proteção e segurança

Produtos que protegem a pele ao redor do estoma e ajudam a vedação da placa, como pastas, anéis e películas.

Débito

O volume que sai pelo estoma ao longo de um dia.

Alto débito

Situação em que o estoma elimina líquido demais ao longo do dia. Acontece sobretudo na ileostomia e é a porta de entrada da desidratação.

Hérnia paraestomal

A hérnia que se forma ao lado do estoma, quando a abertura na parede da barriga se alarga e o intestino empurra a pele, formando um volume.

Prolapso do estoma

Quando o estoma se alonga e sai para fora da barriga mais do que o habitual.

Retração do estoma

Quando o estoma afunda abaixo do nível da pele, o que facilita o vazamento por baixo da placa.

Fechamento do estoma

A operação que religa o intestino e encerra o estoma temporário. Também se diz reconstrução do trânsito.

Síndrome da ressecção anterior baixa

O conjunto de alterações do funcionamento intestinal que pode aparecer depois que o reto é retirado e o intestino é emendado: urgência, evacuações fracionadas, dificuldade de segurar gases.

Laparoscopia

Técnica em que a operação é feita por pequenos furos, com câmera e instrumentos finos.

Plataforma robótica

Variante da laparoscopia em que o cirurgião comanda os instrumentos de um console, com visão em três dimensões e pinças que articulam.

Via convencional

A operação feita por um corte maior na barriga, com o tato direto das mãos sobre os tecidos.

Ensaio randomizado

Estudo em que as pessoas são sorteadas entre dois caminhos de tratamento, para que a escolha do médico não contamine a comparação.

Metanálise

Estudo que soma, com método estatístico, os resultados de vários trabalhos sobre a mesma pergunta.

Revisão de escopo

Levantamento amplo do que já foi publicado sobre um tema, que mapeia os achados sem necessariamente somar os números.

Estudo de corte transversal

Estudo que observa cada pessoa uma vez só, sem acompanhá-la ao longo do tempo.

Significância estatística

Critério para dizer se a diferença entre dois grupos é grande o bastante para não ser atribuída ao acaso.

Razão de chances

Medida que compara a chance de um evento entre dois grupos. Abaixo de 1, o evento foi menos frequente no primeiro grupo.

Frequência natural

A forma de dizer risco que este livro usa: "X em cada 100 pessoas", em vez de porcentagem solta.

Referências

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

- AMBE, P. C. et al. The effect of preoperative stoma site marking on risk of stoma-related complications in patients with intestinal ostomy – A systematic review and meta-analysis. **Colorectal disease**, [S. l.], v. 24, n. 8, p. 904–917, 2022. DOI: 10.1111/codi.16118. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/codi.16118>. Acesso em: 18 set. 2026. PMID: 35297146.
- ANTONIOU, S. A. et al. European Hernia Society guidelines on prevention and treatment of parastomal hernias. **Hernia**, [S. l.], v. 22, n. 1, p. 183–198, 2018. DOI: 10.1007/s10029-017-1697-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10029-017-1697-5>. Acesso em: 18 set. 2026. PMID: 29134456.
- BRANDSMA, H. T. et al. Prophylactic Mesh Placement During Formation of an End-colostomy: Long-term Randomized Controlled Trial on Effectiveness and Safety. **Annals of surgery**, [S. l.], v. 278, n. 3, p. e440–e446, 2023. DOI: 10.1097/SLA.0000000000005801. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000005801>. Acesso em: 18 set. 2026. PMID: 36727747.
- 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: 18 set. 2026. PMID: 19221766.
- DANIELSEN, A. K. et al. Early Closure of a Temporary Ileostomy in Patients With Rectal Cancer: A Multicenter Randomized Controlled Trial. **Annals of surgery**, [S. l.], v. 265, n. 2, p. 284–290, 2017. DOI: 10.1097/SLA.0000000000001829. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000001829>. Acesso em: 18 set. 2026. PMID: 27322187.
- GE, Z. et al. Complications of preventive loop ileostomy versus colostomy: a meta-analysis, trial sequential analysis, and systematic review. **BMC surgery**, [S. l.], v. 23, n. 1, p. 235, 2023. DOI: 10.1186/s12893-023-02129-w. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12893-023-02129-w>. Acesso em: 18 set. 2026. PMID: 37568176.
- 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: 18 set. 2026. PMID: 17108855.
- HSU, M. Y. et al. Preoperative Stoma Site Marking Decreases Stoma and Peristomal Complications: A Meta-analysis. **Journal of wound, ostomy, and continence nursing**, [S. l.], v. 47, n. 3, p. 249–256, 2020. DOI: 10.1097/WON.0000000000000634. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000634>. Acesso em: 18 set. 2026. PMID: 32118803.
- LAMBRIGHTS, D. P. V. et al. Hartmann’s procedure versus sigmoidectomy with primary anastomosis for perforated diverticulitis with purulent or faecal peritonitis (LADIES): a multicentre, parallel-group, randomised, open-label, superiority trial. **The lancet. Gastroenterology & hepatology**, [S. l.], v. 4, n. 8, p. 599–610, 2019. DOI: 10.1016/S2468-1253(19)30174-8. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(19\)30174-8](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(19)30174-8). Acesso em: 18 set. 2026. PMID: 31178342.
- 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: 18 set. 2026. PMID: 37330988.

- LEMINI, R. et al. Permanent stoma: a quality outcome in treatment of rectal cancer and its impact on length of stay. **BMC surgery**, [S. l.], v. 21, n. 1, p. 163, 2021. DOI: 10.1186/s12893-021-01166-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12893-021-01166-7>. Acesso em: 18 set. 2026. PMID: 33765978.
- 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: 18 set. 2026. PMID: 33539646.
- 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: 18 set. 2026. PMID: 30112948.
- MATTHIESSEN, P. et al. Defunctioning stoma reduces symptomatic anastomotic leakage after low anterior resection of the rectum for cancer: a randomized multicenter trial. **Annals of surgery**, [S. l.], v. 246, n. 2, p. 207-14, 2007. DOI: 10.1097/SLA.0b013e3180603024. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3180603024>. Acesso em: 18 set. 2026. PMID: 17667498.
- 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: 18 set. 2026. PMID: 22228161.
- NAGLE, D. et al. Ileostomy pathway virtually eliminates readmissions for dehydration in new ostomates. **Diseases of the colon and rectum**, [S. l.], v. 55, n. 12, p. 1266-72, 2012. DOI: 10.1097/DCR.0b013e31827080c1. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/DCR.0b013e31827080c1>. Acesso em: 18 set. 2026. PMID: 23135585.
- ODENSTEN, C. et al. Use of Prophylactic Mesh When Creating a Colostomy Does Not Prevent Parastomal Hernia: A Randomized Controlled Trial-STOMAMESH. **Annals of surgery**, [S. l.], v. 269, n. 3, p. 427-431, 2019. DOI: 10.1097/SLA.0000000000002542. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000002542>. Acesso em: 18 set. 2026. PMID: 29064900.
- VONK-KLAASSEN, S. M. et al. Ostomy-related problems and their impact on quality of life of colorectal cancer ostomates: a systematic review. **Quality of life research**, [S. l.], v. 25, n. 1, p. 125-33, 2016. DOI: 10.1007/s11136-015-1050-3. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1050-3>. Acesso em: 18 set. 2026. PMID: 26123983.
- ZELGA, P. et al. Patient-Related Factors Associated With Stoma and Peristomal Complications Following Fecal Ostomy Surgery: A Scoping Review. **Journal of wound, ostomy, and continence nursing**, [S. l.], v. 48, n. 5, p. 415-430, 2021. DOI: 10.1097/WON.0000000000000796. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000796>. Acesso em: 18 set. 2026. PMID: 34495932.

Sobre o autor

Dr. Mateus Antunes Nogueira

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

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

Formado em medicina, com 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. Opero pelas vias minimamente invasivas, a plataforma robótica e a laparoscopia, e também pela via convencional. A via de cada caso sai do que aquele caso pede.

Escrevo esta série por um motivo prático. Na consulta o tempo é curto, e a cabeça de quem acabou de ouvir que vai sair da cirurgia com uma bolsa está cheia. Um texto que pode ser lido devagar, e relido antes de decidir, prepara você para a conversa com o seu médico e com a equipe de estomaterapia.

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

Dúvidas e agendamento: cirurgia.mateusnogueira.com.br

Transparência e licenças

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

Figuras e ilustrações

ITEM	ASSUNTO	ARQUIVO	ORIGEM E LICENÇA
Figura 1.3	Ileostomia ou colostomia, temporária ou definitiva: as quatro combinações e a situação em que cada uma costuma aparecer. O quadro é um mapa de leitura; o tipo do seu estoma é definido pela equipe.	Figura_1.3_quatro-combinacoes.png	Elaborado pelo autor
Figura 1.4	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.	Figura_1.4_colostomia-e-ileostomia.png	Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial
Figura 2.1	As três razões que levam a um estoma e o tipo de estoma que cada uma costuma produzir. Na mesma pessoa, mais de uma razão pode pesar.	Figura_2.1_tres-razoes.png	Elaborado pelo autor
Figura 2.2	Ressecção anterior baixa com excisão total do mesorreto. À esquerda, o reto com o tumor, envolvido pelo saco de gordura do mesorreto. À direita, depois da operação: o reto saiu junto com todo o mesorreto, e o cólon foi emendado ao pequeno trecho que sobrou logo acima do ânus. A ileostomia de proteção que costuma acompanhar essa emenda não aparece aqui; ela está na Figura 2.3.	Figura_2.2_ressecacao-anterior-baixa.png	Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial
Figura 2.3	A ileostomia de proteção, em esquema. Uma alça do intestino delgado é trazida à parede da barriga, e as fezes passam a sair por ali, antes de chegar à costura feita no fundo da bacia. A costura continua existindo e continua cicatrizando; ela apenas deixa de receber o trânsito enquanto isso. O desenho simplifica a alça: mostra uma boca só, não mostra o trecho do delgado que segue até o intestino grosso e não respeita o lado do corpo. Na ileostomia em alça ficam duas bocas vizinhas, em geral do lado direito da barriga, como descrevem a Tabela 1.2 e a Tabela 4.2.	Figura_2.3_ileostomia-protecao.png	Elaborado pelo autor
Gráfico 2.4	Falha da emenda com sintomas, em cada 100 pessoas operadas com emenda baixa do reto, com e sem estoma de proteção. Cada quadradinho é uma pessoa.	Grafico_2.4_falha-da-emenda.png	Elaborado pelo autor a partir de (MATTHIESSEN et al., 2007)
Figura 2.5	Amputação abdominoperineal. À esquerda, o tumor na parte mais baixa do reto, encostado no esfíncter. À direita, depois da operação: o reto e o ânus foram retirados, e a ponta do cólon foi trazida à parede da barriga, representada pelo disco claro, onde forma a colostomia definitiva. A ilustração é simplificada e não representa proporções reais.	Figura_2.5_amputacao-abdominoperineal.png	Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial
Gráfico 2.6	Um ano depois da cirurgia de urgência por diverticulite perfurada: em cada 100 pessoas, quantas estavam		

	vivas e sem estoma, conforme a operação sorteada. Cada quadradinho é uma pessoa.	Grafico_2.6_sem-estoma-em-um-ano.png	Elaborado pelo autor a partir de (LAMBRICHTS et al., 2019)
Figura 3.1	O que a marcação do local procura, item por item. A marca é feita na pele antes da operação e serve de guia para o cirurgião.	Figura_3.1_o-que-a-marcao-procura.png	Elaborado pelo autor
Figura 3.2	A consulta de estomaterapia antes da cirurgia, passo a passo. O roteiro varia de serviço para serviço.	Figura_3.2_consulta-antes.png	Elaborado pelo autor
Figura 4.1	A montagem do estoma em quatro tempos, iguais nas três vias de acesso. Esquema de leitura, sem desenho anatômico.	Figura_4.1_quatro-tempos.png	Elaborado pelo autor
Figura 5.1	Da sala de cirurgia à rotina: o que costuma acontecer com o estoma e com você nas primeiras semanas. Os prazos variam; quem define o seu calendário é a equipe.	Figura_5.1_primeiros-dias.png	Elaborado pelo autor
Figura 5.3	A troca da bolsa em seis passos. A sequência ensinada pelo seu estomaterapeuta prevalece sobre este resumo.	Figura_5.3_troca-passo-a-passo.png	Elaborado pelo autor
Figura 6.1	Por que a ileostomia perde mais água e sal: com o intestino grosso no caminho, a água é retirada devagar; com a ileostomia, o conteúdo sai antes dessa etapa. Esquema de fluxo, sem desenho anatômico.	Figura_6.1_caminho-da-agua.png	Elaborado pelo autor
Gráfico 6.2	Nova internação por desidratação depois de uma ileostomia, em cada 100 pessoas, em 30 e em 60 dias. Cada quadradinho é uma pessoa.	Grafico_6.2_desidracao-em-100.png	Elaborado pelo autor a partir de (LIU et al., 2021)
Figura 6.3	Ileostomia: os sinais de que a água está faltando, em três níveis de urgência. A lista orienta; ela não substitui a avaliação da sua equipe.	Figura_6.3_alerta-desidracao.png	Elaborado pelo autor
Gráfico 7.2	Quatro complicações do estoma em frequência natural, em cada 100 pessoas. Os números vêm de estudos diferentes, com populações e tempos de acompanhamento diferentes, e não se somam. Cada quadradinho é uma pessoa.	Grafico_7.2_complicacoes-em-100.png	Elaborado pelo autor a partir de (HERLUFSEN et al., 2006), (BRANDSMA et al., 2023) e (LIU et al., 2021)
Figura 7.3	Estoma: o que não pode esperar, em três níveis de urgência. A lista orienta; ela não substitui a avaliação da sua equipe.	Figura_7.3_alerta-tres-niveis.png	Elaborado pelo autor
Figura 8.2	A bagagem de mão de quem tem estoma: o que conferir antes de sair. As		

	quantidades e as soluções de reposição vêm da sua equipe.	Figura_8.2_bagagem-de-mao.png	Elaborado pelo autor
Figura 9.1	O percurso do estoma de proteção, da operação principal à adaptação depois do fechamento. Os prazos de fechamento são os dois braços do ensaio EASY; o seu é definido pela equipe.	Figura_9.1_do-estoma-ao-fechamento.png	Elaborado pelo autor a partir de (DA-NIELSEN et al., 2017)
Gráfico 9.2	Depois do fechamento da ileostomia em alça: complicações em cada 100 pessoas. Cada quadradinho é uma pessoa.	Grafico_9.2_complicacoes-do-fechamento.png	Elaborado pelo autor a partir de (CHOW et al., 2009)
Figura 10.2	O caminho até o equipamento pelo SUS, da alta ao acompanhamento. Cada município organiza o próprio serviço; endereço e documentos mudam de lugar para lugar.	Figura_10.2_caminho-no-sus.png	Elaborado pelo autor a partir da Portaria SAS/MS nº 400/2009

Base das informações

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

Conflitos de interesse

O autor declara não ter recebido patrocínio ou qualquer outra contrapartida de fabricantes de equipamentos, bolsas, placas, adjuvantes de estomia, plataformas cirúrgicas ou medicamentos. Nenhuma marca é citada ou recomendada. Nenhum hospital ou operadora de saúde patrocinou este livro. As ilustrações são didáticas; algumas foram produzidas pelo autor com auxílio de inteligência artificial. Nenhuma imagem representa um paciente real.

Condições de uso

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

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