
Comer com pedra na vesícula (e depois de tirar)

O que é verdade e o que é chá de internet



Dr. Mateus Antunes Nogueira

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

Comer com pedra na vesícula (e depois de tirar)

O que é verdade e o que é chá de internet

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 57
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. Por que a gordura dói	5
1.1 Antes de começar	5
1.2 Um depósito ao lado do fígado	6
1.3 O gatilho tem tamanho	8
1.4 O mecanismo da dor, em três tempos	8
1.5 A fama que a feijoada não merece	9
1.6 Onde a leitura para e o telefone toca	10
2. O que comer enquanto a cirurgia não vem	12
2.1 Duas perguntas diferentes	12
2.2 O prato de referência	12
2.3 O que muda a crise e o que não muda a pedra	13
3. Os mitos, um a um	16
3.1 Por que essas histórias pegam	16
3.2 O chá de boldo	17
3.3 "Existe remédio que dissolve"	17
3.4 O ovo e a carne vermelha	19
3.5 O café	19
3.6 A tapioca e o azeite com limão	21
4. O que acontece se eu não tratar	23
4.1 A história natural da pedra calada	23
4.2 Quando já houve dor	24
4.3 O que a comida não muda	25
5. Comer depois de tirar a vesícula	28
5.1 A digestão sem o reservatório	28
5.2 As primeiras semanas	29
5.3 A diarreia que às vezes aparece	29
6. Sete dias de exemplo	33
6.1 Como ler esta tabela	33
6.2 Como testar a gordura de volta	34
7. Quem cuida disso, e o que perguntar	38
7.1 Três portas, três perguntas	38
7.2 O que levar anotado	39

Glossário	41
Referências	43
Sobre o autor	45
Transparência e licenças	46

Por que a gordura dói

EM UMA FRASE

A gordura do prato não fabrica pedra nenhuma. Ela manda a vesícula se contrair, e uma bolsa com pedra dentro, ao se contrair, dói.

1.1 Antes de começar

Este livro é para quem descobriu um cálculo na vesícula e saiu do consultório com uma pergunta de cozinha: o que eu posso comer? Serve também para quem já operou e quer saber o que muda no prato.

Há uma coisa que estas páginas não fazem. Elas não montam a sua dieta. Quem monta é o seu médico, junto com o nutricionista que acompanha você. O que está aqui é o mapa do terreno.

Quem está no meio de uma crise de dor que não cede precisa de atendimento hoje. Leitura fica para depois. Esse quadro tem guia próprio, o da colecistite aguda; a decisão de operar de forma programada tem o seu, o da cirurgia da vesícula.

A Tabela 1.1 diz onde cada assunto mora.

TABELA 1.1 — ONDE ESTÁ CADA ASSUNTO NESTE LIVRO

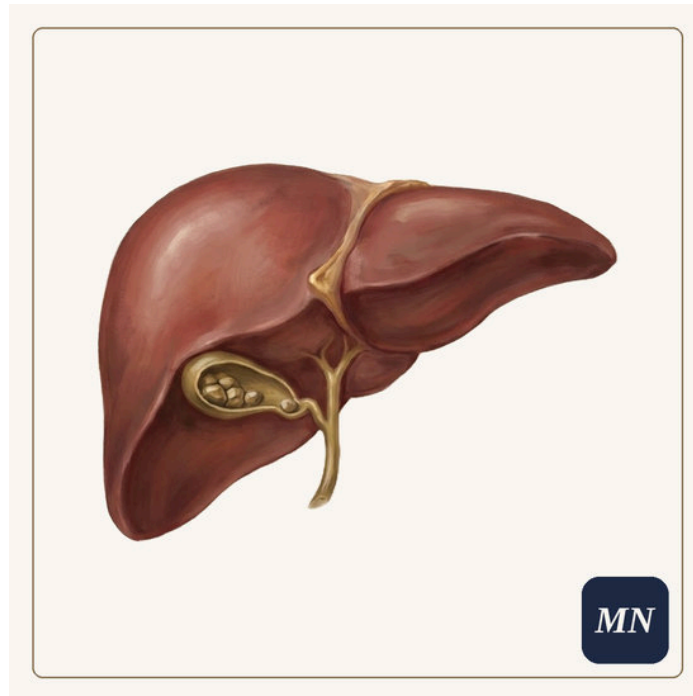
CAPÍTULO	A PERGUNTA QUE ELE RESPONDE
1. Por que a gordura dói	Por que a crise vem depois de comer, se a pedra já estava lá?
2. O que comer enquanto a cirurgia não vem	O que eu ponho no prato hoje, esperando a data?
3. Os mitos, um a um	Chá, remédio caseiro, ovo, café, tapioca: o que é verdade nisso tudo?
4. O que acontece se eu não tratar	A comida certa resolve? O que os estudos viram acontecer com quem esperou?
5. Comer depois de tirar a vesícula	Vou ficar com diarreia? Preciso de dieta para sempre?
6. Sete dias de exemplo	Como isso tudo vira almoço e jantar de verdade?
7. Quem cuida disso, e o que perguntar	Com quem eu falo, e o que eu levo anotado?

1.2 Um depósito ao lado do fígado

O fígado fabrica bile o dia inteiro. Bile é um líquido esverdeado que ajuda o intestino a quebrar a gordura da comida. Ela desce por um cano fino até o intestino delgado. Pendurada na lateral desse cano, existe uma bolsa do tamanho de um dedo polegar. É a vesícula biliar.

A função dela cabe em duas frases. Entre as refeições ela guarda parte da bile e a concentra. Quando chega comida com gordura, ela se contrai e despeja a reserva de uma vez, para que a digestão da gordura comece logo. Vale a comparação com a pia que tem torneira e ralo. O fígado é a torneira, que pinga sem parar, dia e noite. O intestino é o ralo. A vesícula é um balde ao lado da pia, que junta um pouco de água para jogar no momento em que ela faz falta. A Figura 1.2 desenha essa pia.



**FIGURA 1.3**

O fígado, a vesícula e os canais da bile. A vesícula aparece embaixo do fígado, com cálculos no seu interior, ligada por um ducto curto ao canal principal que desce para o intestino.

Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial

A Figura 1.3 troca a pia pelas peças de verdade.

1.3 O gatilho tem tamanho

O sinal que manda a vesícula se contrair vem da gordura que chega ao intestino. Isso tem medida. Trabalhos que mediram o esvaziamento da bolsa depois de refeições com gordura chegaram a um limiar em torno de dez gramas para que esse esvaziamento seja eficiente, o que equivale, mais ou menos, ao que cabe numa colher de sopa de azeite.

Esse número explica as duas pontas da história. Refeição de pouca gordura pede pouco da bolsa. Refeição de bastante gordura pede muito, de uma vez só. Daí a crise da noite da feijoada.

1.4 O mecanismo da dor, em três tempos

A vesícula se contrai depois da refeição. Se um cálculo desliza e tampa a saída, ela continua apertando contra uma porta fechada. Essa pressão é a dor. Ela costuma começar no alto da barriga ou embaixo das costelas do lado direito. Sobe para as costas ou para o ombro direito. Dura de quinze minutos a algumas horas.

Depois, na maioria das vezes, o cálculo escorrega de volta. A porta se abre. A dor cede de uma vez, e a pessoa fica exausta, com a sensação de ter passado por um susto. A Figura 1.4 mostra esses três tempos.



1.5 A fama que a feijoada não merece

Aqui cabe uma ressalva justa. A comida gordurosa tem fama de criar a pedra, e essa fama é exagerada. A gordura provoca a contração da vesícula. Uma vesícula com pedra dentro, ao se contrair, dói. Quem come a feijoada descobre a pedra naquela noite, e conclui que a feijoada fez a pedra. Ela já estava lá antes de o prato chegar à mesa.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Uma revisão internacional reuniu o que se sabe sobre quem forma cálculo e por quê (LAMMERT et al., 2016). A pedra é achado comum: aparece em até um adulto a cada cinco. A maior parte dessas pedras é de colesterol, e o que a torna possível é a bile concentrada demais, somada a uma bolsa que esvazia mal. O peso e o sedentarismo entram na lista dos fatores em que se pode mexer, e é por aí que a mesma revisão vê espaço para prevenir; a gravidez está na mesma lista, e essa ninguém escolhe. Entre os portadores, mais de um em cada cinco chega a ter sintoma ou complicação. Uma revisão de fisiologia mediu o outro lado da moeda (FESTI et al., 2000). É a gordura da refeição que faz a vesícula se contrair de verdade, e cerca de dez gramas já bastam. Refeição com pouca gordura esvazia a bolsa menos. Guarde esse par de fatos: ele reaparece adiante com os sinais trocados.

Fonte: LAMMERT et al., 2016; FESTI et al., 2000

1.6 Onde a leitura para e o telefone toca

Uma página de segurança antes de seguir. A maior parte deste livro trata de escolhas de mesa, feitas com calma, ao longo de semanas, entre uma consulta e a seguinte. Uma minoria das situações não espera. A Figura 1.5 separa os sinais em três níveis de pressa, cada um com sua forma de ícone.

**FIGURA 1.5**

Sinais de alerta, em três níveis de pressa. A forma do ícone carrega a urgência e continua legível numa impressão em preto e branco.

Elaborado pelo autor

SINAIS DE ALERTA

Emergência agora — pronto-socorro ou 192. Dor forte no alto da barriga que não cede e vem com febre ou calafrio · pele ou olhos amarelados junto com febre · vômito que impede você de beber água · barriga muito dolorida ao toque, que piora ao caminhar ou tossir · confusão mental, sonolência ou desmaio.

No mesmo dia — fale com a equipe hoje. Dor no alto da barriga que já passa de seis horas · pele ou olhos amarelados, urina escura e fezes muito claras, sem febre · vômito que não cede em casa · febre isolada depois de uma crise de dor.

Na próxima consulta — anote e leve. Crises curtas de dor depois das refeições · enjojo e empachamento, sem dor forte · perda de peso sem explicação · dúvida sobre um chá, um suplemento ou um remédio de uso contínuo.

Entender o gatilho muda a conduta, porque ele diz o que a comida consegue fazer e onde ela para. Falta traduzir isso em prato, para o tempo de espera até a data da cirurgia.

O que comer enquanto a cirurgia não vem

EM UMA FRASE

O que a comida muda tem tamanho conhecido: o número de vezes em que a bolsa é chamada a trabalhar com força. Passada essa fronteira, o cálculo continua onde está.

2.1 Duas perguntas diferentes

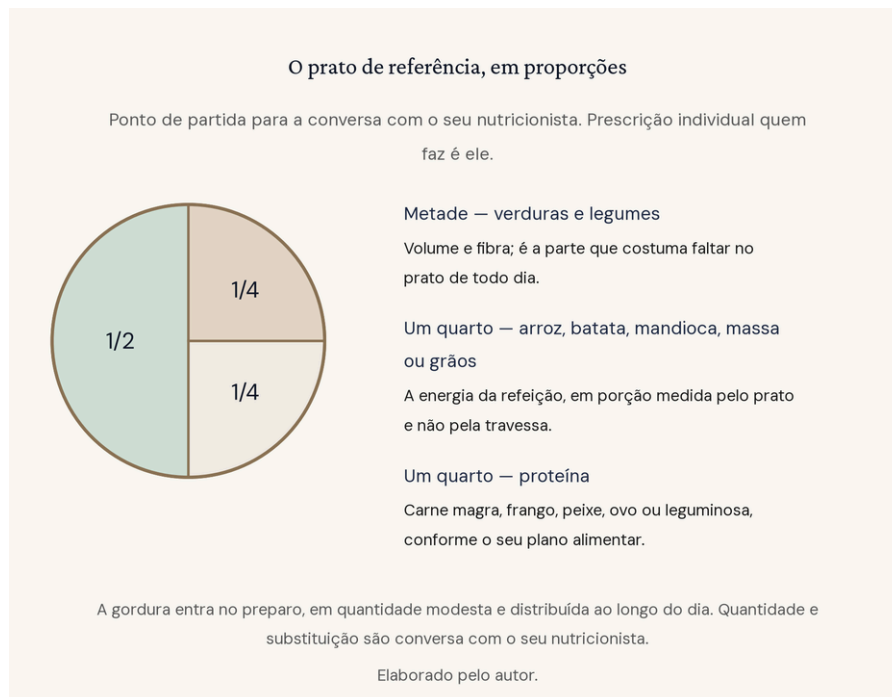
A gordura é o gatilho da contração, e a pedra se forma independentemente do prato de ontem. Daí saem duas perguntas que costumam vir embarçadas na mesma frase da consulta.

A primeira: existe comida que reduza a chance de eu ter outra crise? A resposta é sim, em parte, e o mecanismo é conhecido. A segunda: existe comida que faça a pedra sumir? A resposta é não.

Separar as duas evita dois erros opostos. Um deles é comer como se nada tivesse acontecido. O outro é cortar toda a gordura e passar meses à base de caldo ralado, na esperança de dissolver o que só sai por outra via.

2.2 O prato de referência

Na prática, a orientação de mesa para quem espera cabe em um desenho. Metade do prato de verduras e legumes. Um quarto de arroz, batata, mandioca, massa ou grãos. Um quarto de proteína. A gordura entra no preparo, em quantidade modesta, distribuída ao longo do dia. A Figura 2.1 mostra essa divisão.

**FIGURA 2.1**

O prato de referência, em proporções. Serve de ponto de partida para a conversa com o seu nutricionista.

Elaborado pelo autor

Repare no que o desenho não diz. Ele não proíbe nada. Fracionar ajuda porque distribui a gordura do dia em porções menores, e porção menor pede contração menor. A pessoa que atravessa o dia inteiro sem comer e janta uma travessa cheia concentra num único momento o trabalho que a bolsa teria feito ao longo de doze horas, e é nessa hora que a crise costuma aparecer. Jantar é o campeão de cólica no consultório.

2.3 O que muda a crise e o que não muda a pedra

A Tabela 2.2 põe as duas colunas lado a lado. Ela vale para o tempo de espera, que é quando a dúvida aperta.

TABELA 2.2 — O QUE COSTUMA MUDAR A CRISE, E O QUE NÃO MEXE NA PEDRA

ESCOLHA NA MESA	O QUE ELA PODE MUDAR	O QUE ELA NÃO MUDA
Fracionar em refeições menores	Menos gordura por vez, contração menor da vesícula	O cálculo continua dentro da bolsa
Reduzir a refeição muito gordurosa isolada	Menos chance daquele pico de contração que costuma doer	O cálculo continua dentro da bolsa
Comer mais fibra (verdura, fruta, grão integral)	Associado a menos pancreatite aguda ligada a cálculo, em coorte de população	Nada garante isso caso a caso
Café	Associado a menos doença por cálculo em estudos observacionais	Não dissolve pedra nem trata crise
Jejum longo e dieta muito restritiva	Deixa a vesícula parada por mais tempo — o lado ruim da moeda	Não acelera nada; pode atrapalhar
Chá, tempero e receita caseira	Dá conforto e sensação de controle	Nenhum deles retira o cálculo

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

A base fisiológica do fracionamento vem daquela mesma revisão de motilidade (FESTI et al., 2000). Refeição com pouca gordura esvazia a vesícula menos; refeição com mais gordura esvazia mais. A mesma revisão registra o extremo oposto, que é onde a dieta de gordura zero se machuca: durante o emagrecimento com dieta de muito baixa caloria, a frequência de cálculo aumenta, e a explicação apontada é a bolsa que fica parada por falta de estímulo. Perder peso muito rápido cobra esse preço. Quem está emagrecendo em ritmo acelerado, por dieta, por medicação ou depois de uma cirurgia bariátrica, tem aí um motivo a mais para combinar o plano com quem o acompanha. Sobre a fibra, o dado disponível vem de uma coorte americana com 145.886 pessoas, acompanhadas por registro de internação de 1993 a 2012 (SETIAWAN et al., 2017). Quem comia mais fibra teve menos pancreatite aguda relacionada a cálculo. Duas ressalvas honram o achado: o desfecho medido ali foi a pancreatite, e a dieta foi perguntada uma única vez, por questionário.

Fonte: FESTI et al., 2000; SETIAWAN et al., 2017

A Figura 2.3 desenha como esse dia se organiza na prática.



PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Com a minha rotina e os meus horários, como eu fraciono as refeições sem passar fome?
- Eu preciso cortar algum alimento específico, ou reduzir a quantidade de uma vez já resolve?
- Tenho outra condição (diabetes, colesterol alto, refluxo) que muda essa orientação?
- Vale a pena eu ver um nutricionista antes da consulta de retorno?

Fracionar e reduzir o pico de gordura têm mecanismo e têm limite. Fora desse território começa o outro, muito mais povoado, das promessas de dissolução, e a travessia dele se faz pelos mitos, um a um.

Os mitos, um a um

EM UMA FRASE

Quem toma chá esperando dissolver a pedra recebeu uma explicação ruim de quem tinha o dever de dar uma melhor.

3.1 Por que essas histórias pegam

Enquanto a cirurgia não vem, a comida ajuda até certo ponto, e esse ponto já ficou marcado. A crise de vesícula tem um desenho perfeito para criar credence. A dor vem forte e passa sozinha depois de algumas horas. Qualquer coisa que a pessoa tenha tomado no meio desse intervalo ganha o crédito da melhora, e a dor ainda demora meses para voltar: o chá tomado em março parece ter funcionado até julho.

Aqui a conversa passa a ser sobre o que some da vesícula e o que continua lá dentro. A Figura 3.1 resume os seis casos que mais aparecem no consultório.



3.2 O chá de boldo

O boldo é usado há muito tempo para queixas digestivas, e tem gosto de casa de avó. Tomar a infusão por prazer é uma coisa. Esperar que ela retire do corpo uma pedra sólida de colesterol é outra bem diferente, porque nenhuma planta atravessa essa pedra.

Há um segundo ponto, menos conhecido. Extratos de folha de boldo já foram descritos como causa provável de lesão do fígado, em pessoas que os tomaram de forma repetida.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Um serviço de medicina interna português publicou o caso de uma paciente de 72 anos (RIBEIRO et al., 2017). Ela tomou infusão de folha de boldo durante duas semanas; vieram a icterícia e a alteração das enzimas do fígado. As causas comuns de doença do fígado e das vias biliares foram afastadas, e suspender a bebida devolveu os exames ao normal. Os autores fecham com um recado a quem tem doença das vias biliares: numa pessoa idosa com esse histórico, o boldo pode explicar uma icterícia que ninguém consegue justificar. O nível de prova é o de um único paciente. Relato de caso não mede frequência nem prova causa. Ele obriga a perguntar: vale a pena eu continuar tomando isso?

Fonte: RIBEIRO et al., 2017

3.3 "Existe remédio que dissolve"

Existe. Ácidos biliares em comprimido, tomados por meses, dissolvem certos cálculos de colesterol. A questão é quem se qualifica, e o que acontece com quem se qualifica.

**FIGURA 3.2**

Dissolver com remédio: os critérios de entrada de um estudo multicêntrico e o que aconteceu com quem entrou.

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

A Figura 3.2 mostra o funil. Quem indica esse tratamento, quando ele cabe, é o médico que acompanha você.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Um estudo multicêntrico coreano testou uma combinação de dois ácidos biliares em comprimido, tomada por seis meses (HYUN et al., 2015). O portão de entrada era estreito: entrava quem tinha sintoma ausente ou leve, com uma vesícula que ainda esvaziava metade do que guardava, e cujo cálculo não passava de quinze milímetros nem aparecia no raio X simples. Dos 237 inscritos, 195 chegaram ao fim. A dissolução aconteceu em 45,1% deles. Leia esse número junto com o funil: pedra grande ou crise franca ficou de fora antes de começar. A diretriz europeia trata a dissolução como opção estreita (EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF THE LIVER, 2016). Quem decide se isso cabe em você é o médico que examina você.

Fonte: HYUN et al., 2015; EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF THE LIVER, 2016

3.4 O ovo e a carne vermelha

O ovo carrega a fama de vilão da vesícula há décadas. O dado que existe sobre ele é mais estreito do que a fama sugere, e trata de uma complicação específica de quem já tem cálculo.

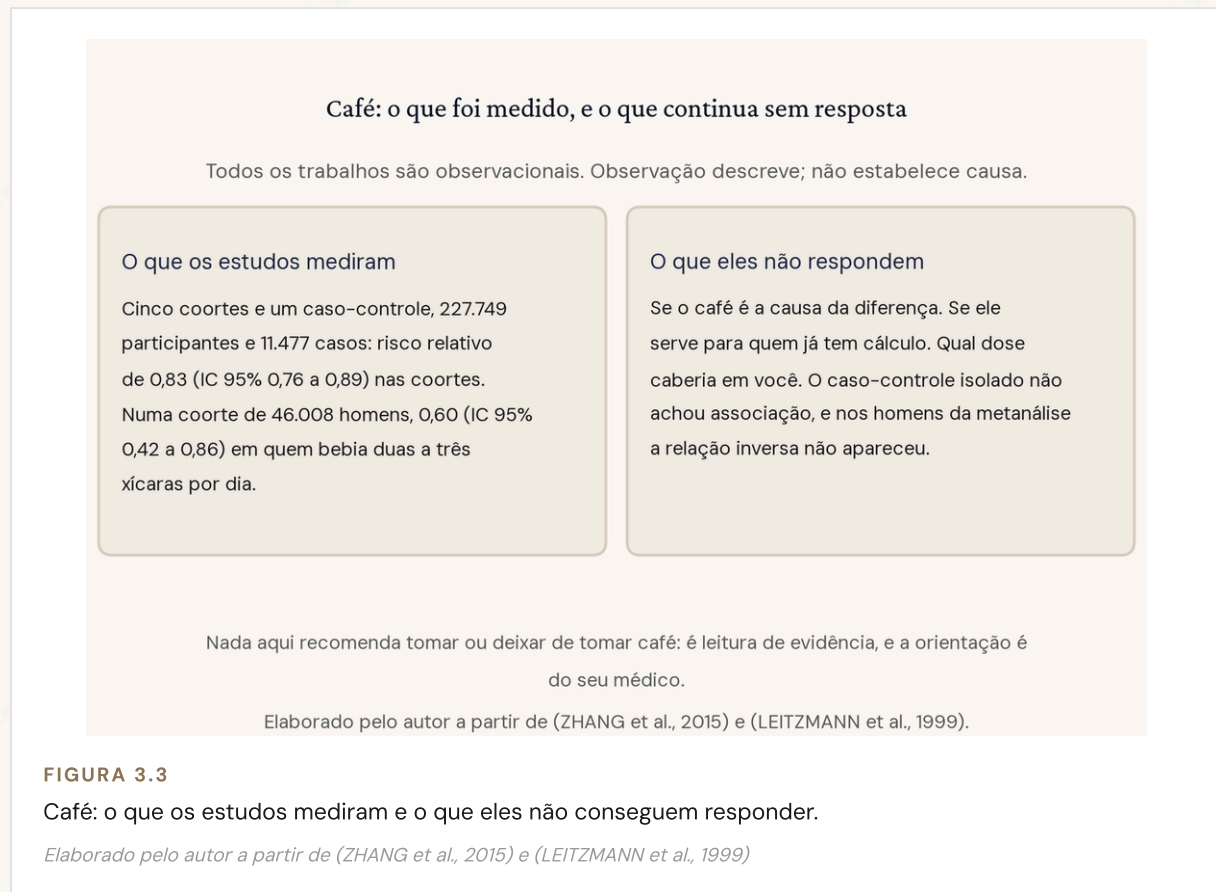
O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Na coorte americana de 145.886 adultos já citada, a pancreatite aguda ligada a cálculo apareceu com mais frequência entre quem comia mais carne vermelha e mais ovo; o mesmo padrão apareceu para a gordura saturada e para o colesterol da dieta (SETIAWAN et al., 2017). Três limites definem o que fazer com esse achado. A dieta foi medida por questionário respondido uma vez. O desenho é observacional: quem come mais ovo difere de quem come menos em muitas outras coisas. E o desfecho contado foi a pancreatite, sem passar pela cólica. O que isso rende para a sua mesa é modesto e verdadeiro: moderar a gordura saturada tem lastro; banir o ovo, não tem.

Fonte: SETIAWAN et al., 2017

3.5 O café

O café é o caso em que a credence popular e a literatura apontam para o mesmo lado, e mesmo assim a conclusão precisa ser cautelosa.



A Figura 3.3 separa as duas colunas.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

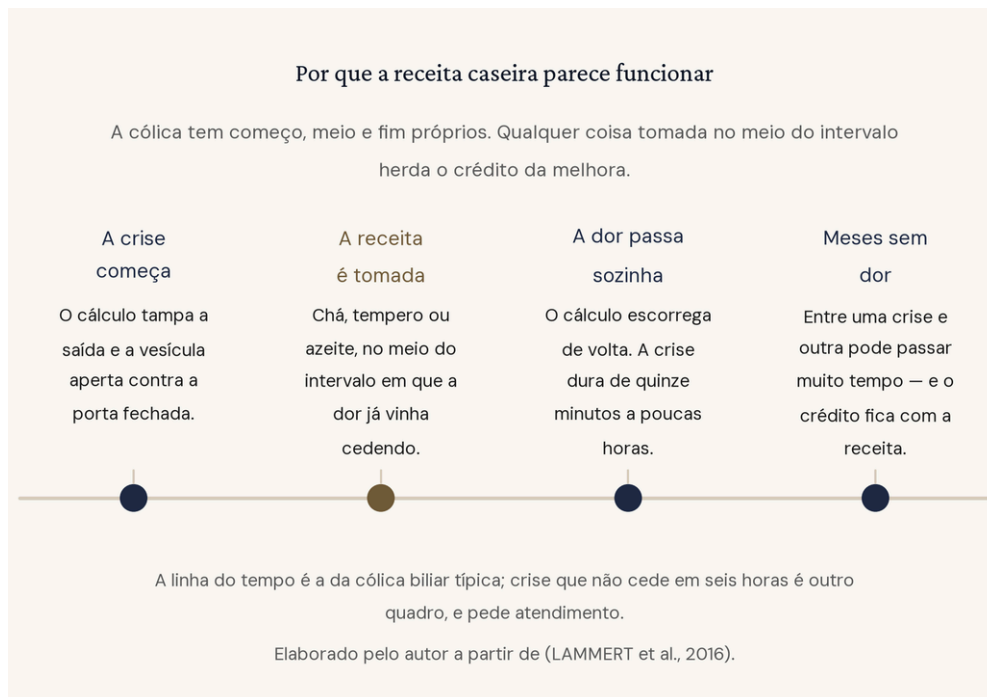
Uma revisão sistemática com metanálise reuniu 227.749 participantes e 11.477 casos de doença por cálculo, vindos de cinco coortes prospectivas e de um estudo de caso-controle (ZHANG et al., 2015). Entre quem bebia café, o risco de doença por cálculo foi menor nas coortes: risco relativo de 0,83, com intervalo de confiança de 95% entre 0,76 e 0,89. Nas mulheres esse sinal apareceu; entre os homens daquele conjunto, não. E o caso-controle, sozinho, não mostrou associação alguma. Uma das coortes vale de perto, e ela é inteiramente masculina: 46.008 homens, profissionais de saúde americanos, entre os quais 1.081 desenvolveram doença sintomática por cálculo em dez anos (LEITZMANN et al., 1999). Entre os que mantinham duas ou três xícaras por dia, o risco relativo ficou em 0,60, com intervalo de confiança de 95% entre 0,42 e 0,86. O descafeinado não veio com a mesma redução. Os dois trabalhos convivem mal, e vale dizer isso em voz alta: no conjunto dos homens a metanálise não encontrou a redução que esta coorte de homens encontrou, e a razão da diferença continua em aberto. Falta ainda a parte que a manchete corta: todos esses trabalhos são observacionais, e observação não estabelece causa. Os autores escreveram que o café pode ter ajudado a prevenir — no condicional.

Fonte: ZHANG et al., 2015; LEITZMANN et al., 1999

3.6 A tapioca e o azeite com limão

Sobram dois personagens. A tapioca é citada como alimento de quem tem vesícula porque quase não tem gordura, e a lógica do primeiro capítulo confirma a metade boa dessa fama: sem gordura, a bolsa é pouco chamada a se contrair. A outra metade some quando a pergunta muda. A tapioca não interfere no cálculo, e um cardápio montado só em torno dela deixa de fora a fibra e a proteína de que o corpo precisa.

O azeite com limão em jejum convence porque vem com prova visível: no dia seguinte aparecem bolinhas esverdeadas nas fezes, lidas como as pedras eliminadas. Uma pedra de vesícula é dura e não atravessa o ducto fino sem causar sintoma. O que a receita entrega com fartura é gordura em dose alta, de estômago vazio — a contração mais forte possível de uma bolsa que tem pedra dentro. A Figura 3.4 desenha por que essas receitas colhem um crédito que não é delas.

**FIGURA 3.4**

Por que a receita caseira parece funcionar: a cólica tem começo, meio e fim próprios, e quem entra no meio do intervalo herda o crédito da melhora.

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

Nenhum desses caminhos retira o cálculo. Resta então a pergunta que quase ninguém faz em voz alta, com medo de parecer que está fugindo da cirurgia: e se eu simplesmente não tratar? A resposta vem em números.

O que acontece se eu não tratar

EM UMA FRASE

Esperar é uma decisão, e não a ausência de uma. Ela tem consequências que os estudos mediram.

4.1 A história natural da pedra calada

Cada um daqueles mitos existe porque promete uma saída sem bisturi. Continuar como está também tem consequências, e elas foram medidas numa população inteira.

O Gráfico 4.1 mostra quantas pedras caladas passaram a dar sintoma, traduzido em pessoas, que é como esses números se leem melhor.

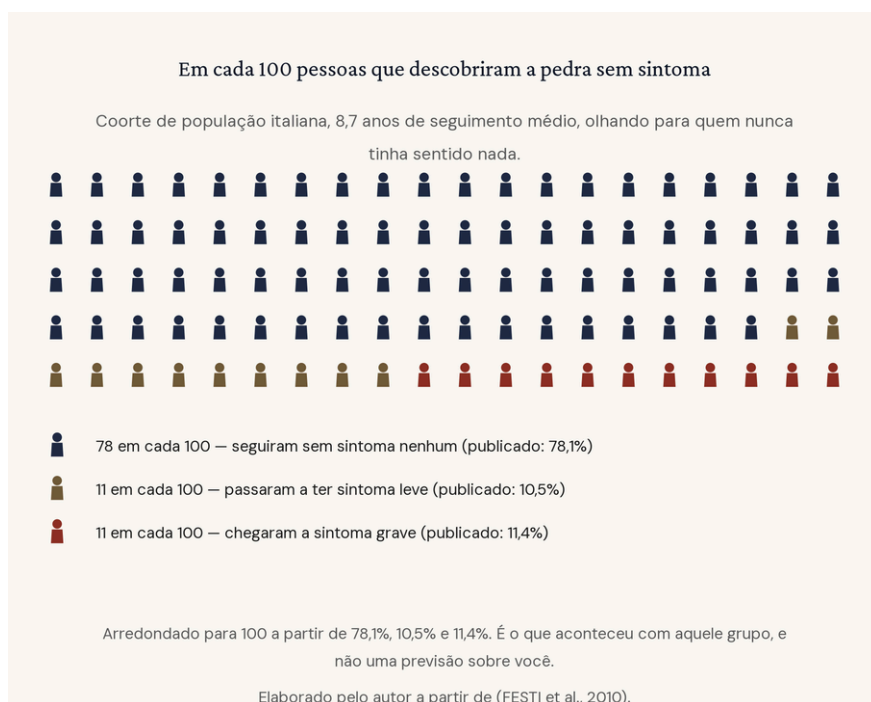


GRÁFICO 4.1

Em cada 100 pessoas que descobriram a pedra sem sintoma, o que aconteceu ao longo de 8,7 anos de seguimento médio.

Elaborado pelo autor a partir de (FESTI et al., 2010)

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Uma coorte italiana de base populacional rastreou 11.229 adultos com ultrassom e encontrou cálculo em 856 deles (FESTI et al., 2010). Desses, 580 estavam sem sintoma nenhum no dia do exame. O grupo foi acompanhado por 8,7 anos em média: 78,1% seguiram sem sintoma até o fim do seguimento. Outros 10,5% passaram a ter sintoma leve. Os 11,4% restantes chegaram a sintoma grave. Somados os dois grupos, cerca de 22 em cada 100 portadores calados passaram a ter sintoma ao longo do seguimento. Os autores da coorte (FESTI et al., 2010) e algumas diretrizes internacionais, como a europeia (EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF THE LIVER, 2016), ainda admitem acompanhar sem operar quem não tem sintomas; nesta série, a orientação é operar, exceto quando o risco da cirurgia é alto, e essa decisão é feita com o seu cirurgião.

Fonte: FESTI et al., 2010; EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF THE LIVER, 2016

4.2 Quando já houve dor

O quadro muda quando a dor já apareceu. A comparação certa passa a ser entre dois caminhos sorteados.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

O ensaio britânico C-GALL recrutou 434 adultos com cálculo sintomático sem complicação, em vinte centros, e sorteou metade para observação e metade para a retirada da vesícula por laparoscopia (INNES et al., 2024). Na escala geral de qualidade de vida usada como desfecho principal, ao longo de dezoito meses, não houve evidência de diferença entre os grupos: diferença média de -0,0, com intervalo de confiança de 95% entre -1,7 e 1,7. Uma escala desenhada para a doença da vesícula contou outra história aos 24 meses, favorável à cirurgia: diferença média de 9,0 pontos, com intervalo entre 4,1 e 14,0.

Há um dado do ensaio que costuma decidir a conversa no consultório. Até 24 meses, 29,5% das pessoas sorteadas para observar já haviam sido operadas, com mediana de nove meses. O seguimento vai só até aí, e a conta de longo prazo continua aberta.

Uma ressalva do outro lado da balança vem do ensaio holandês SECURE: operar não encerra a dor em todo mundo, e a proporção de quem segue com dor depois da cirurgia varia, de uma série para outra, entre 10% e 41% (VAN DIJK et al., 2019). Resta a porta que nenhum dos dois grupos escolhe: a crise que não cede. Para ela existe uma régua internacional, revista em 2018 sem mudança de critério. A graduação de gravidade dessa régua já foi validada em muitos estudos, e ela acompanha o que acontece depois: mortalidade em trinta dias e tempo de internação (YOKOE et al., 2018). É com ela que o hospital classifica quem chega assim.

Fonte: INNES et al., 2024; VAN DIJK et al., 2019; YOKOE et al., 2018

4.3 O que a comida não muda

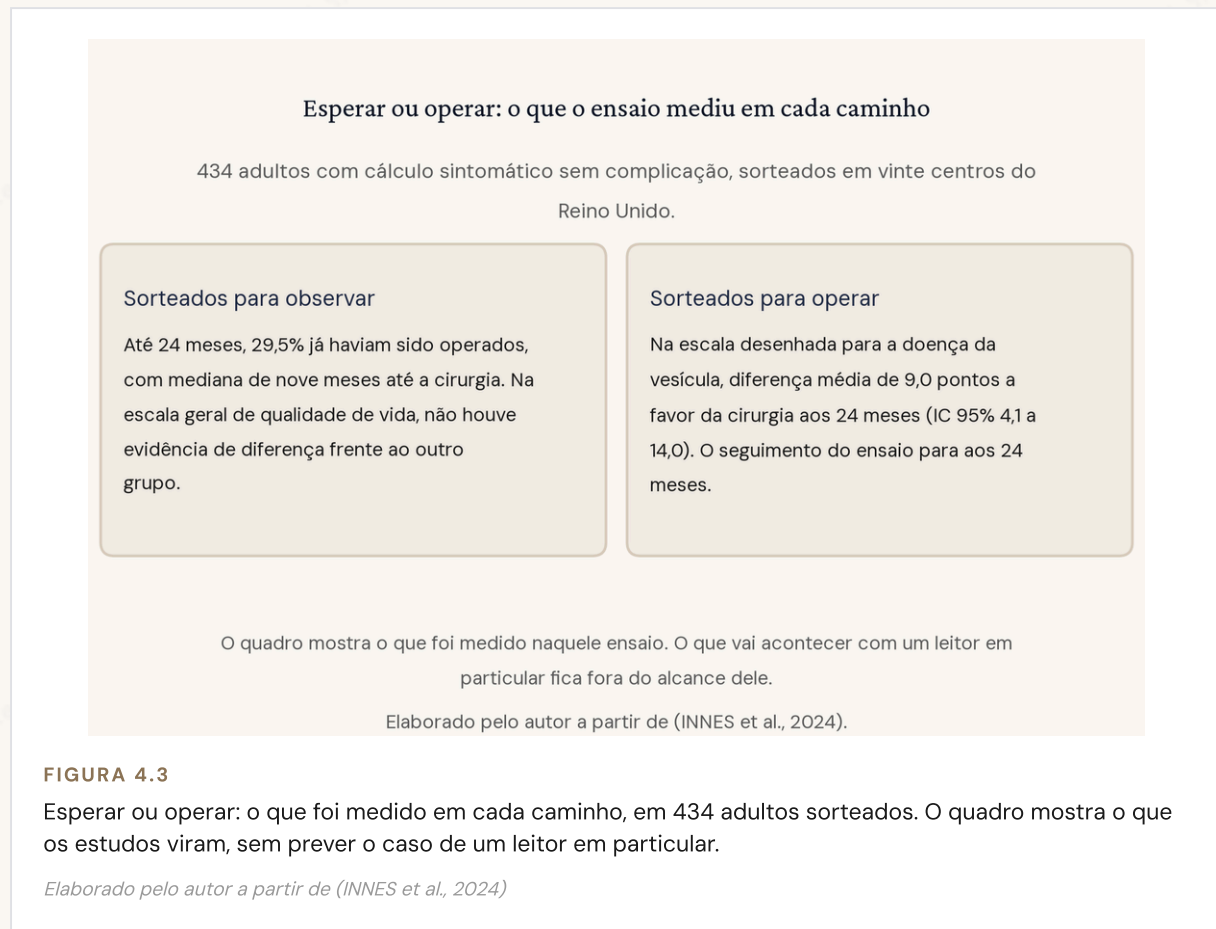
Dois pontos ficam fora de qualquer estatística de alívio, e eles pesam na conversa de mesa. A Figura 4.2 põe os dois lado a lado.



O primeiro é mecânico. Comer melhor não dissolve o que está dentro da bolsa, e o caminho do cálculo até o canal principal da bile continua aberto. Quando um cálculo escapa para lá, o problema deixa de ser dor e passa a ser bile represada — assunto do livro sobre a pedra no canal da bile.

O segundo é de tempo. A crise não consulta o cardápio do dia. Quando a obstrução deixa de ceder e a parede da vesícula inflama, o quadro muda de pressa: vem febre, a dor não passa mais, e o atendimento é no hospital, hoje. Esse quadro tem livro próprio, o da colecistite aguda.

A Figura 4.3 resume o que o ensaio britânico mediu em cada um dos dois caminhos.



PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- O meu risco cirúrgico permite operar com data marcada?
- Existe no meu exame ou na minha história algum achado que torne a espera menos segura?
- Se a cirurgia ficar para depois, o que deve me fazer procurar atendimento antes da data?
- A minha alimentação entra nessa decisão de alguma forma?

Escolhida a cirurgia, a pergunta da cozinha reaparece do outro lado, e com tom de preocupação: como se come sem a vesícula.

Comer depois de tirar a vesícula

EM UMA FRASE

O fígado continua produzindo a mesma bile. Sem o reservatório, ela chega ao intestino de forma contínua — e o corpo leva algumas semanas para se ajustar a esse ritmo novo.

5.1 A digestão sem o reservatório

A pergunta sobre o que acontece sem tratar tem uma irmã, que aparece assim que a data é marcada: e depois, como eu vou comer? A vesícula guarda e concentra. Ela não fabrica nada. Retirada a bolsa, o fígado segue produzindo a mesma bile, que passa a escorrer direto pelo canal até o intestino.

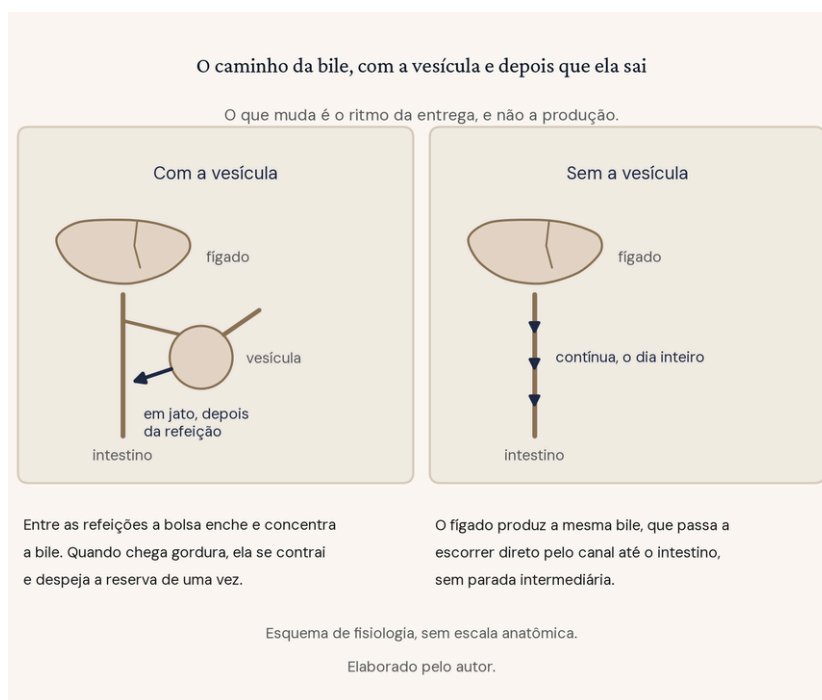


FIGURA 5.1

O caminho da bile com a vesícula no lugar e depois que ela sai. O que muda é o ritmo da entrega, e não a produção.

Elaborado pelo autor

A Figura 5.1 compara as duas situações. O que se perde é o pulso. A bile continua chegando, um pouco o tempo todo, e essa mudança de ritmo explica boa parte do que algumas pessoas sentem nas primeiras semanas depois da alta.

5.2 As primeiras semanas

Na prática, a maior parte das pessoas volta a comer de tudo depois de algumas semanas. Não há dieta de caderno para o resto da vida. O que ajuda no começo é fracionar as refeições e reintroduzir a gordura aos poucos. Anote o que não descer bem. Essa lista curta vale mais na consulta do que qualquer cardápio de internet, e a Figura 5.2 põe a adaptação num eixo de tempo.



5.3 A diarreia que às vezes aparece

Uma parte das pessoas apresenta fezes mais moles ou urgência para evacuar depois de refeições gordurosas, sobretudo nos primeiros meses. Isso costuma melhorar com o tempo. Tem tratamento. Vale relatar em vez de conviver calado: o sintoma que ninguém conta no retorno é o que fica anos sem investigação. O Gráfico 5.3 mostra por que esse assunto é difícil de responder com um número só.

**GRÁFICO 5.3**

A faixa em que os estudos situam a diarreia depois da retirada da vesícula, e o que essa largura significa.

Elaborado pelo autor a partir de (FARRUGIA et al., 2021)

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Um levantamento em cinco centros britânicos revisou 9.439 retiradas de vesícula por laparoscopia feitas entre 2013 e 2017 e foi atrás de quem havia sido investigado por diarreia depois (FARRUGIA et al., 2021). Os autores abrem o texto registrando a faixa que a literatura publica: entre 2,1% e 57,2% dos operados relatam diarreia depois, e nem toda ela vem do ácido biliar. Essa largura diz mais sobre a pergunta do que sobre a doença: cada estudo definiu diarreia de um jeito e perguntou num momento diferente. No próprio levantamento, 202 pessoas (2,1%) chegaram a fazer o exame específico, e o diagnóstico foi confirmado em 62,8% delas.

A mediana até o exame foi de 672 dias. Quase dois anos. O sintoma tem nome e tem tratamento, e demora demais a ser investigado.

Sobre prescrever dieta pobre em gordura logo depois da operação, um ensaio brasileiro sorteou 40 pacientes entre orientação alimentar habitual e orientação com pouca gordura (DE MENEZES et al., 2013). Naquele grupo, prescrever pouca gordura não mudou a queixa digestiva de forma estatisticamente significativa, e isso valeu com mais clareza para quem chegou à cirurgia sem sintoma. Com 40 pessoas, um estudo não tem tamanho para descartar diferenças pequenas — ausência de evidência de diferença não é o mesmo que prova de igualdade. Os autores devolvem a decisão ao cirurgião.

Fonte: FARRUGIA et al., 2021; DE MENEZES et al., 2013

O sintoma que atravessa meses depois da retirada tem livro próprio, o da vida depois de tirar a vesícula.

SINAIS DE ALERTA

Emergência agora — pronto-socorro ou 192. Febre acima de 38 graus com calafrio depois da alta · dor que aumenta a cada dia em vez de diminuir · barriga distendida e dolorida, com parada de gases · vômito que impede beber água.

No mesmo dia — fale com a equipe hoje. Pele ou olhos amarelados, urina escura · saída de líquido pelos furos, vermelhidão ou calor ao redor deles · diarreia com sangue ou com desidratação.

Na próxima consulta — anote e leve. Fezes moles depois de refeições gordurosas que não melhoram em semanas · empachamento persistente · dúvida sobre quando voltar a treinar ou a beber.

Tudo o que foi dito até aqui vira, no fim do dia, almoço e jantar de verdade — sete dias de exemplo, postos no papel.

Sete dias de exemplo

EM UMA FRASE

Sete dias no papel valem como amostra de proporção. Quem ajusta a quantidade e o horário é o nutricionista que conhece a sua rotina.

6.1 Como ler esta tabela

Comer sem a vesícula acontece na cozinha de casa, com o que existe na geladeira. A Tabela 6.1 mostra uma semana montada sobre duas ideias já explicadas: fracionar as refeições e distribuir a gordura ao longo do dia, dando lugar à fibra. Ela vale nos dois momentos deste livro, com perguntas diferentes: na espera pela cirurgia, o objetivo é pedir menos da bolsa; depois da operação, é reencontrar o seu limite de gordura.

Leia a tabela como exemplo de proporção. Quantidade, horário, tempero e substituição são conversa com o seu nutricionista, que conhece o seu peso, os seus exames e o seu bolso, e que vai adaptar cada linha ao que você de fato come. Quem tem diabetes ou alergia alimentar precisa de um ajuste que nenhuma tabela genérica faz. Nada aqui é prescrição.

TABELA 6.1 — SETE DIAS DE EXEMPLO, EM PROPORÇÕES

DIA	CAFÉ DA MANHÃ	ALMOÇO	JANTAR
1	Café com leite desnatado, pão integral, mamão	Arroz, feijão, frango grelhado, salada verde, laranja	Sopa de legumes com macarrão, pera
2	iogurte natural, aveia, banana	Arroz integral, lentilha, peixe assado, abobrinha refogada	Omelete de um ovo com tomate, salada, pão integral
3	Café, tapioca com queijo branco, melão	Purê de batata, carne magra desfiada, brócolis, salada	Caldo de feijão com legumes, torrada integral
4	Café com leite, pão integral, requeijão leve, maçã	Arroz, feijão, frango cozido com cenoura, salada, ameixa	Peixe grelhado, arroz, chuchu refogado
5	iogurte, granola sem açúcar, morango	Macarrão ao sugo, carne moída magra, salada verde	Sopa de abóbora com frango desfiado, pão integral
6	Café, cuscuz com ovo mexido, laranja	Arroz integral, grão-de-bico, peixe, salada de folhas	Wrap integral com frango e salada, iogurte
7	Café com leite, pão integral, queijo branco, banana	Arroz, feijão, assado de forno com legumes, salada, abacaxi	Canja leve, salada de frutas

6.2 Como testar a gordura de volta

Depois da cirurgia, a pergunta deixa de ser o que evitar e passa a ser em que ritmo voltar. Isso se faz em passos. A Figura 6.2 desenha os três.



A Figura 6.2 deixa claro o ponto que a internet costuma pular: a resposta à gordura é individual, e o jeito de descobrir a sua é reintroduzir devagar, um alimento por vez, registrando o que aconteceu nas horas seguintes. Quem faz esse teste num churrasco de família perde a informação e ganha a noite ruim. Escolha um dia comum. A Figura 6.3 traz as quatro linhas que bastam por teste.

O caderno de bolso: quatro linhas por teste

Quatro campos bastam. É o que transforma a experiência da cozinha em informação que rende na consulta.

1 O que você comeu O alimento testado e a porção, com o resto do prato como estava.	2 A que horas Horário da refeição e horário do sintoma, se ele apareceu.
3 O que você sentiu Fezes moles, urgência, empachamento, dor — e quanto tempo durou.	4 O que veio depois Se repetiu no dia seguinte, se melhorou sozinho, se você precisou mudar alguma coisa.

Leve o registro ao retorno. Quem interpreta o padrão é o seu médico, com o nutricionista.

Elaborado pelo autor.

FIGURA 6.3

O caderno de bolso: quatro campos por teste. O que fazer com o que ele mostrar é conversa de consulta, individualizada caso a caso.

Elaborado pelo autor

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Duas medidas sustentam este capítulo. A revisão de motilidade já citada mostra que refeição com pouca gordura esvazia a vesícula menos, e que cerca de dez gramas bastam para o esvaziamento eficiente (FESTI et al., 2000): é dessa medida que o fracionamento tira o seu fundamento. Sobre prescrever pouca gordura depois da operação, o que existe é aquele ensaio de 40 pacientes, sem diferença estatisticamente significativa na queixa digestiva, com a decisão devolvida ao cirurgião (DE MENEZES et al., 2013). Com esse tamanho de amostra, diferenças pequenas continuam possíveis. É por isso que o caderno da Figura 6.3 rende mais do que um cardápio pronto: ele traz o dado do seu caso.

Fonte: FESTI et al., 2000; DE MENEZES et al., 2013

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Nesta primeira semana, quanto de gordura eu posso incluir por refeição?
- Existe algum alimento que eu deva evitar por causa de outra condição minha?
- Se as fezes ficarem moles depois de comer gordura, eu reduzo e tento de novo quando?
- Quando vale a pena me encaminhar a um nutricionista?

Um cardápio pressupõe alguém que o ajuste. Falta dizer quem cuida disso, e o que perguntar a cada um.

Quem cuida disso, e o que perguntar

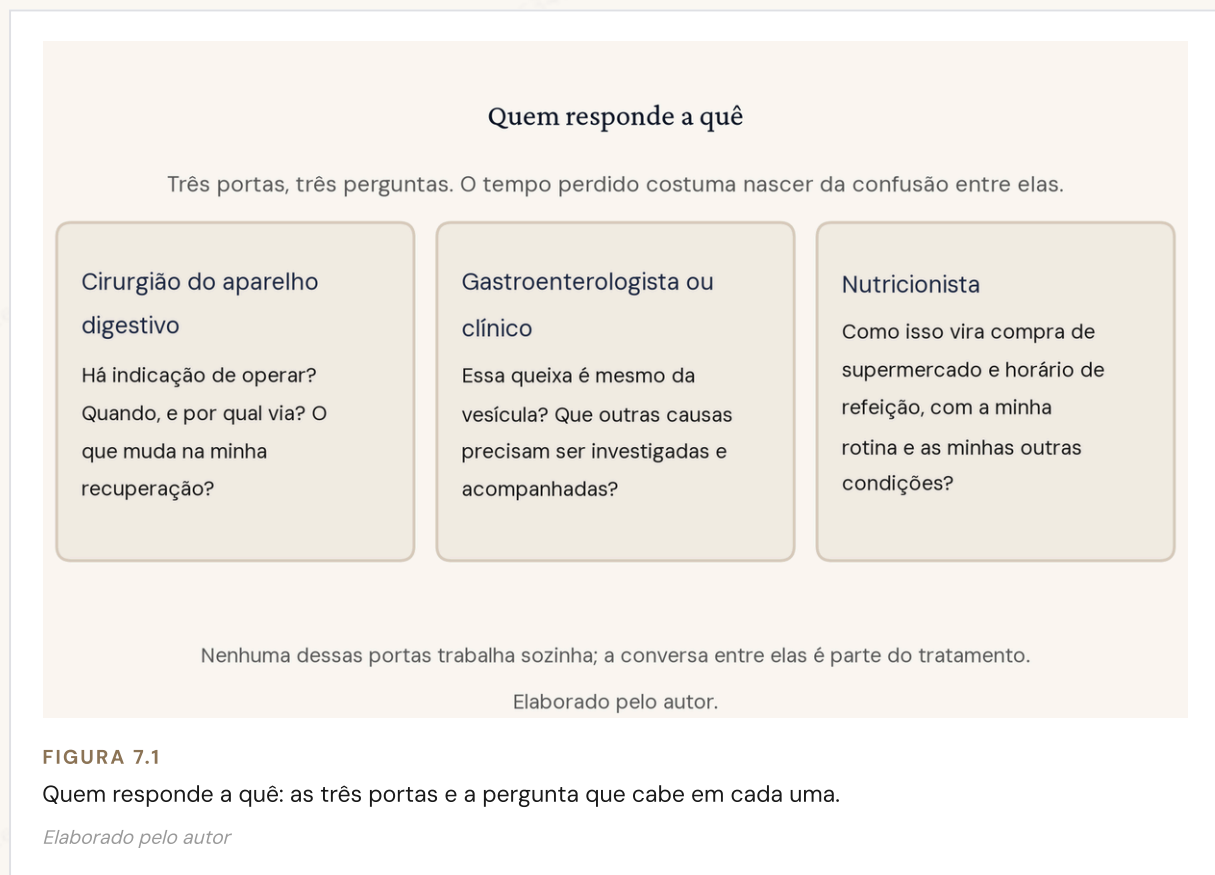
EM UMA FRASE

Três profissionais olham para a mesma pedra com perguntas diferentes. Saber qual pergunta é de quem economiza meses.

7.1 Três portas, três perguntas

A semana de exemplo só vira plano quando alguém a ajusta a você. Três profissionais dividem esse trabalho. A confusão entre eles é a causa mais comum de tempo perdido entre o dia do laudo e o dia em que algo muda de fato na sua rotina.

O cirurgião do aparelho digestivo responde se há indicação de operar, quando e como. Ao gastroenterologista ou ao clínico cabe investigar a queixa digestiva que pode não vir da vesícula, e acompanhar as condições associadas. Já o nutricionista transforma tudo isso em compra de supermercado e em horário de refeição. A Figura 7.1 organiza quem responde o quê.



Nenhuma dessas portas funciona sozinha. O caso que trava por meses costuma ser aquele em que cada profissional supôs que o outro já tinha explicado. Pergunte quem cuida do quê.

O QUE OS ESTUDOS MOSTRAM

Existe um número que mede o tamanho dessa demora. No levantamento britânico de 9.439 operações já citado, entre a retirada da vesícula e o exame que investiga a diarreia por ácidos biliares passaram-se 672 dias, na mediana (FARRUGIA et al., 2021). São quase dois anos de intervalo entre a operação e a resposta, num sintoma que tem exame próprio. O levantamento não diz onde esse tempo se perdeu. A parte que está ao alcance de quem lê é contar o sintoma, à pessoa certa, logo na primeira consulta em que ele aparecer, e insistir até que alguém responda de quem é a pergunta.

Fonte: FARRUGIA et al., 2021

7.2 O que levar anotado

Este livro termina onde começou: numa conversa. A Tabela 7.2 junta, por momento, as perguntas espalhadas pelos capítulos anteriores, para você levar impressas e riscar o que já foi respondido.

TABELA 7.2 — O QUE PERGUNTAR, POR MOMENTO

MOMENTO	O QUE VALE PERGUNTAR
Ao receber o laudo	A minha dor tem cara de vesícula? · Eu preciso mudar alguma coisa na alimentação agora? · O que deve me fazer procurar atendimento antes da próxima consulta?
Enquanto espero	Como eu fraciono as refeições com a minha rotina? · Tenho outra condição que muda essa orientação? · O meu risco cirúrgico permite operar com data marcada?
Sobre chás e receitas	Esse chá que eu tomo interfere em alguma coisa? · Existe indicação de tentar dissolver o cálculo no meu caso? · Algum suplemento meu precisa ser revisto?
Depois de operar	Quanto de gordura por refeição nesta primeira semana? · Se as fezes ficarem moles, eu reduzo e tento de novo quando? · Quando vale me encaminhar a um nutricionista?

PERGUNTE AO SEU MÉDICO

- Quem, na minha equipe, é a pessoa a quem eu mando a dúvida de alimentação?
- O que eu registro em casa para que a próxima consulta renda mais?
- Existe algum exame meu que eu deva repetir antes de voltar?
- Se a dor voltar daqui a meses, a quem eu procuro primeiro?

EM UMA FRASE

A comida decide quantas vezes a vesícula é chamada a trabalhar com força, e isso pode significar menos crises. Ela não decide se a pedra fica ou sai. Quem ajusta o prato é o seu nutricionista; sobre a cirurgia, a orientação desta série é operar, salvo risco cirúrgico alto, e a decisão é sua, com o cirurgião que vai operar.

Glossário

Palavras que aparecem no livro e costumam gerar dúvida.

Vesícula biliar

Uma bolsa do tamanho de um dedo polegar, pendurada na face de baixo do fígado. Ela guarda e concentra a bile entre as refeições.

Bile

O líquido que o fígado produz o tempo todo para ajudar o intestino a quebrar a gordura dos alimentos.

Ácidos biliares

Os componentes da bile que fazem o trabalho de dissolver a gordura da comida dentro do intestino. Eles são reabsorvidos no fim do intestino delgado e voltam ao fígado.

Cálculo biliar

O nome técnico da “pedra”. Formação sólida que aparece quando a bile fica concentrada demais e parte do que estava dissolvido nela se deposita.

Colelitíase

A presença de cálculos dentro da vesícula. É o diagnóstico que aparece escrito no laudo do ultrassom.

Cólica biliar

A crise de dor que acontece quando um cálculo tampa a saída da vesícula. Ela aperta, dura de minutos a poucas horas e depois passa.

Colecistite

A inflamação da parede da vesícula, que acontece quando a obstrução não cede. A dor deixa de ir embora e costuma vir com febre.

Colecistectomia

A operação que retira a vesícula inteira, com os cálculos dentro dela.

Esvaziamento da vesícula

A contração que despeja a bile guardada no intestino. É medido por ultrassom, antes e depois de uma refeição de prova.

Ácido ursodesoxicólico

Um ácido biliar que existe em forma de remédio e é usado, em situações estreitas, para tentar dissolver cálculo de colesterol.

Diarreia por ácidos biliares

Fezes moles e urgência para evacuar que aparecem quando chega ao intestino grosso mais ácido biliar do que ele consegue lidar.

Coorte

Estudo que acompanha um grupo de pessoas ao longo de anos e registra o que acontece com elas. Descreve bem; prova causa mal.

Ensaio randomizado

Estudo em que as pessoas são sorteadas entre dois caminhos. O sorteio é o que permite comparar os dois sem que a escolha do médico contamine o resultado.

Metanálise

Trabalho que junta os resultados de vários estudos sobre a mesma pergunta e calcula um número combinado.

Relato de caso

A descrição de um único paciente. Serve de alerta e de hipótese; não mede frequência nem prova relação.

Referências

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

DE MENEZES, H. L. et al. Randomized study for assessment of hypolipidic diet in digestive symptoms immediately following laparoscopic cholecystectomy. **Revista do Colegio Brasileiro de Cirurgioes**, [S. l.], v. 40, n. 3, p. 203–7, 2013. DOI: 10.1590/s0100–69912013000300007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0100–69912013000300007>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 23912367.

EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF THE LIVER. EASL Clinical Practice Guidelines on the prevention, diagnosis and treatment of gallstones. **Journal of hepatology**, [S. l.], v. 65, n. 1, p. 146–181, 2016. DOI: 10.1016/j.jhep.2016.03.005. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2016.03.005>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 27085810.

FARRUGIA, A. et al. Rates of Bile Acid Diarrhoea After Cholecystectomy: A Multicentre Audit. **World journal of surgery**, [S. l.], v. 45, n. 8, p. 2447–2453, 2021. DOI: 10.1007/s00268–021–06147–8. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00268–021–06147–8>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 33982189.

FESTI, D. et al. Natural history of gallstone disease: Expectant management or active treatment? Results from a population–based cohort study. **Journal of gastroenterology and hepatology**, [S. l.], v. 25, n. 4, p. 719–24, 2010. DOI: 10.1111/j.1440–1746.2009.06146.x. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1440–1746.2009.06146.x>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 20492328.

FESTI, D. et al. Review: low caloric intake and gall–bladder motor function. **Alimentary pharmacology & therapeutics**, [S. l.], v. 14 Suppl 2, p. 51–3, 2000. DOI: 10.1046/j.1365–2036.2000.014s2051.x. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1365–2036.2000.014s2051.x>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 10903004.

HYUN, J. J. et al. Efficacy of Magnesium Trihydrate of Ursodeoxycholic Acid and Chenodeoxycholic Acid for Gallstone Dissolution: A Prospective Multicenter Trial. **Gut and liver**, [S. l.], v. 9, n. 4, p. 547–55, 2015. DOI: 10.5009/gnl15015. Disponível em: <https://doi.org/10.5009/gnl15015>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 26087862.

INNES, K. et al. Laparoscopic cholecystectomy versus conservative management for adults with uncomplicated symptomatic gallstones: the C–GALL RCT. **Health technology assessment**, [S. l.], v. 28, n. 26, p. 1–151, 2024. DOI: 10.3310/MNBY3104. Disponível em: <https://doi.org/10.3310/MNBY3104>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 38943314.

LAMMERT, F. et al. Gallstones. **Nature reviews. Disease primers**, [S. l.], v. 2, p. 16024, 2016. DOI: 10.1038/nrdp.2016.24. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.24>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 27121416.

LEITZMANN, M. F. et al. A prospective study of coffee consumption and the risk of symptomatic gallstone disease in men. **JAMA**, [S. l.], v. 281, n. 22, p. 2106–12, 1999. DOI: 10.1001/jama.281.22.2106. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.281.22.2106>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 10367821.

RIBEIRO, R. J.; SILVESTRE, C.; DUARTE, C. Hidden Risks of Alternative Medicines: A Case of Boldo–Induced Hepatotoxicity. **Journal of dietary supplements**, [S. l.], v. 14, n. 2, p. 186–190, 2017. DOI: 10.1080/19390211.2016.1207123. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/19390211.2016.1207123>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 27576017.

SETIAWAN, V. W. et al. Dietary Factors Reduce Risk of Acute Pancreatitis in a Large Multiethnic Cohort. **Clinical gastroenterology and hepatology**, [S. l.], v. 15, n. 2, p. 257–265.e3, 2017. DOI: 10.1016/j.cgh.2016.08.038. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2016.08.038>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 27609706.

- VAN DIJK, A. H. et al. Restrictive strategy versus usual care for cholecystectomy in patients with gallstones and abdominal pain (SECURE): a multicentre, randomised, parallel-arm, non-inferiority trial. **Lancet**, [S. l.], v. 393, n. 10188, p. 2322-2330, 2019. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)30941-9. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30941-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30941-9). Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 31036336.
- YOKOE, M. et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). **Journal of hepato-biliary-pancreatic sciences**, [S. l.], v. 25, n. 1, p. 41-54, 2018. DOI: 10.1002/jhbp.515. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jhbp.515>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 29032636.
- ZHANG, Y. P. et al. Systematic review with meta-analysis: coffee consumption and the risk of gallstone disease. **Alimentary pharmacology & therapeutics**, [S. l.], v. 42, n. 6, p. 637-48, 2015. DOI: 10.1111/apt.13328. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/apt.13328>. Acesso em: 11 set. 2026. PMID: 26198295.

Sobre o autor

Dr. Mateus Antunes Nogueira

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

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

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

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

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

Dúvidas e agendamento: cirurgia.mateusnogueira.com.br

Transparência e licenças

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

Figuras e ilustrações

ITEM	ASSUNTO	ARQUIVO	ORIGEM E LICENÇA
Figura 1.2	A pia com torneira e ralo: o fígado que pinga sem parar, o balde que guarda e o ralo que recebe.	Figura_1.2_pia-torneira-ralo.png	Elaborado pelo autor
Figura 1.3	O fígado, a vesícula e os canais da bile. A vesícula aparece embaixo do fígado, com cálculos no seu interior, ligada por um ducto curto ao canal principal que desce para o intestino.	vesicula_vias_biliares_marfim.png	Ilustração produzida pelo autor com auxílio de inteligência artificial
Figura 1.4	Por que a crise vem depois de comer, em três tempos: a gordura chega ao intestino, a vesícula se contrai, o cálculo tampa a saída.	Figura_1.4_mecanismo-da-colica.png	Elaborado pelo autor a partir de (LAMMERT et al., 2016) e (FESTI et al., 2000)
Figura 1.5	Sinais de alerta, em três níveis de pressa. A forma do ícone carrega a urgência e continua legível numa impressão em preto e branco.	Figura_1.5_alerta-tres-niveis.png	Elaborado pelo autor
Figura 2.1	O prato de referência, em proporções. Serve de ponto de partida para a conversa com o seu nutricionista.	Figura_2.1_prato-de-referencia.png	Elaborado pelo autor
Figura 2.3	O dia fracionado: a mesma comida do dia, repartida em porções que pedem menos da vesícula de uma vez.	Figura_2.3_dia-fracionado.png	Elaborado pelo autor
Figura 3.1	Seis histórias, seis respostas: o que se diz na internet e o que a evidência sustenta.	Figura_3.1_verdade-e-mito.png	Elaborado pelo autor a partir de (RIBEIRO et al., 2017), (HYUN et al., 2015), (SETIAWAN et al., 2017), (ZHANG et al., 2015) e (FESTI et al., 2000)
Figura 3.2	Dissolver com remédio: os critérios de entrada de um estudo multicêntrico e o que aconteceu com quem entrou.	Figura_3.2_dissolucao-por-remedio.png	Elaborado pelo autor a partir de (HYUN et al., 2015)
Figura 3.3	Café: o que os estudos mediram e o que eles não conseguem responder.	Figura_3.3_cafe-o-que-mostrou.png	Elaborado pelo autor a partir de (ZHANG et al., 2015) e (LEITZMANN et al., 1999)
Figura 3.4	Por que a receita caseira parece funcionar: a cólica tem começo, meio e fim próprios, e quem entra no meio do intervalo herda o crédito da melhora.	Figura_3.4_por-que-parece-funcionar.png	Elaborado pelo autor a partir de (LAMMERT et al., 2016)

Gráfico 4.1	Em cada 100 pessoas que descobriram a pedra sem sintoma, o que aconteceu ao longo de 8,7 anos de seguimento médio.	Grafico_4.1_pedra-calada.png	Elaborado pelo autor a partir de (FESTI et al., 2010)
Figura 4.2	Os dois pontos que nenhum cardápio cobre: a pedra continua onde está, e a crise pode chegar por um caminho que não passa pela mesa.	Figura_4.2_o-que-a-dieta-nao-muda.png	Elaborado pelo autor
Figura 4.3	Esperar ou operar: o que foi medido em cada caminho, em 434 adultos sorteados. O quadro mostra o que os estudos viram, sem prever o caso de um leitor em particular.	Figura_4.3_esperar-ou-operar.png	Elaborado pelo autor a partir de (INNES et al., 2024)
Figura 5.1	O caminho da bile com a vesícula no lugar e depois que ela sai. O que muda é o ritmo da entrega, e não a produção.	Figura_5.1_caminho-da-bile.png	Elaborado pelo autor
Figura 5.2	A adaptação depois da cirurgia, semana a semana. As faixas são orientação de consulta, individualizadas caso a caso.	Figura_5.2_adaptacao-semanas.png	Elaborado pelo autor
Gráfico 5.3	A faixa em que os estudos situam a diarreia depois da retirada da vesícula, e o que essa largura significa.	Grafico_5.3_diarreia-pos-operatoria.png	Elaborado pelo autor a partir de (FARRUGIA et al., 2021)
Figura 6.2	Como testar a gordura de volta, em três passos. A anotação é o que transforma a experiência de casa em informação útil na consulta. O ritmo de cada passo é ajustado com a sua equipe, caso a caso.	Figura_6.2_testar-a-gordura.png	Elaborado pelo autor
Figura 6.3	O caderno de bolso: quatro campos por teste. O que fazer com o que ele mostrar é conversa de consulta, individualizada caso a caso.	Figura_6.3_caderno-de-bolso.png	Elaborado pelo autor
Figura 7.1	Quem responde a quê: as três portas e a pergunta que cabe em cada uma.	Figura_7.1_quem-cuida-disso.png	Elaborado pelo autor

Base das informações

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

Conflitos de interesse

O autor declara não ter recebido patrocínio, amostra de cortesia, honorário de palestra ou qualquer outra contrapartida de fabricantes de equipamentos, instrumentais, próteses, alimentos, suplementos ou medicamentos citados nesta obra. Nenhum hospital, operadora, indústria ou fabricante patrocinou esta obra. As ilustrações do acervo do autor foram produzidas por ele com auxílio de inteligência artificial e aparecem creditadas nas legendas.

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.