



AVALIAÇÃO DIETÉTICA E IMC DE PACIENTES DO AMBULATÓRIO DE URO-ONCOLOGIA DO HC-UNICAMP: CORRELAÇÃO COM POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES PÓS-CIRÚRGICAS

Palavras-Chave: IMC, uro-oncologia, complicações pós-cirúrgicas

Autores/as:

Cristiane Mayumi Watanabe [PUC-Campinas]

Prof. Dr. Ubirajara Ferreira (orientador) [UNICAMP]

Wagner Eduardo Matheus [UNICAMP]

Simone Avelino Laranja [UNICAMP]

INTRODUÇÃO:

As neoplasias de próstata, bexiga e rim são um dos tumores urológicos mais comuns, sendo eles um dos principais causadores de morbimortalidade relacionadas ao câncer no mundo¹. Há indícios de que a dieta, o Índice de Massa Corporal (IMC) e o consumo de ultraprocessados podem estar relacionados com a etiologia desses tipos de cânceres, haja vista que metabólitos pró-inflamatórios são excretados pelo trato urinário e que podem afetar negativamente os pacientes com tumores malignos, com consequentes complicações após o tratamento².

METODOLOGIA:

A coleta de dados foi realizada em dois tempos, sendo T0 após o diagnóstico e antes da cirurgia e T1, até seis meses após a cirurgia, no qual apuramos os desdobramentos do pós-operatório no prontuário médico hospitalar. O Índice de Massa Corporal (IMC) foi obtido através do cálculo $\text{Kg} / \text{estatura}^2$ (m^2) e classificado de acordo com os critérios da OMS (Organização Mundial de Saúde) para adultos e para idosos acima de 60 anos. Para avaliar a dieta habitual do paciente, foi coletado um Recordatório Alimentar de 24hs e realizado um Questionário de Frequência Alimentar. Verificamos o Valor Energético Total (VET) e a porcentagem de consumo de alimentos ultraprocessados em relação ao VET.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

No presente estudo, foram entrevistados um total de 102 pacientes que realizaram cirurgia na Uro-Oncologia do Hospital das Clínicas da Unicamp, sendo 29 com tumor de próstata, 38 com tumor de bexiga e 35 com tumor de rim. As variáveis avaliadas foram o surgimento de complicações pós-operatórias, o IMC, o consumo energético e o consumo de alimentos ultraprocessados.

O número de pacientes que tiveram complicações pós-cirúrgicas de acordo com cada tipo de tumor urológico está descrito na tabela 1. Dos 29 pacientes com tumor de próstata avaliados nesta pesquisa, 9 (31%) tiveram complicações; dos 38 pacientes diagnosticados com tumor de bexiga, 14 (36.8%) tiveram complicações e dos 35 pacientes com de tumor de rim, 8 (22.9%) tiveram complicações.

O Índice de Massa Corporal (IMC) daqueles que tiveram complicações pós-operatórias está descrito na tabela 2. O IMC foi considerado adequado entre 18.5 e 24.9, e inadequado os indivíduos de baixo peso (< 18.5), sobrepeso (25–29.9) e obesidade (> 30). O número de pacientes com IMC inadequado que possuíam diagnóstico de tumor de próstata, bexiga e rim foi, respectivamente, 7 (77.8%), 8 (57.1%) e 5 (62.5%).

Outro dado analisado foi o consumo energético, subdivido em adequado e inadequado, sendo adequada a ingestão total de calorias condizente com peso e altura de cada paciente (tabela 3). O consumo era inadequado para 7 (77.8%) pacientes com tumor de próstata, 12 (85.7%) com tumor de bexiga e 7 (87.5%) com tumor de rim.

A quantidade de alimentos ultraprocessados consumida pelos pacientes está descrita na tabela 4. Os pacientes foram divididos em dois grupos. O primeiro grupo corresponde àqueles que tinham consumo de ultraprocessados menor que 50% em relação ao Valor energético Total (VET), e o segundo grupo, àqueles com consumo maior que 50%. O número de pacientes correspondente ao segundo grupo foi de 3 (33.3%), 7 (50%) e 3 (37.5%), respectivamente para os tumores de próstata, bexiga e rim.

	Com complicação	Sem complicação	Total
Tumor de próstata	9 (31%)	20 (69%)	29 (100%)
Tumor de bexiga	14 (36.8%)	24 (63.2%)	38 (100%)
Tumor de rim	8 (22.9%)	27 (77.1%)	35 (100%)

Tabela 1 – Número de pacientes que tiveram complicações pós-operatórias de cada tumor urológico.

	IMC adequado	IMC inadequado	Total
Tumor de próstata	2 (22.2%)	7 (77.8%)	9 (100%)
Tumor de bexiga	6 (42.9%)	8 (57.1%)	14 (100%)
Tumor de rim	3 (37.5%)	5 (62.5%)	8 (100%)

Tabela 2 - Índice de Massa Corporal (IMC) dos pacientes que tiveram complicações pós-operatórias de cada tumor urológico. IMC adequado: peso normal (18.5-24.9); IMC inadequado: baixo peso (< 18.5), sobrepeso (25-29.9), obesidade (> 30)

	Consumo energético Adequado	Consumo energético Inadequado	Total
Tumor de próstata	2 (22.2%)	7 (77.8%)	9 (100%)
Tumor de bexiga	2 (14.3%)	12 (85.7%)	14 (100%)
Tumor de rim	1 (12.5%)	7 (87,5%)	8 (100%)

Tabela 3 - Consumo energético dos pacientes que tiveram complicações pós-operatórias de cada tumor urológico.

	Consumo de ultraprocessados < 50%	Consumo de ultraprocessados ≥ 50%	Total
Tumor de próstata	6 (66,7%)	3 (33.3%)	9 (100%)
Tumor de bexiga	7 (50%)	7 (50%)	14 (100%)
Tumor de rim	5 (62.5%)	3 (37.5%)	8 (100%)

Tabela 4 - Porcentagem de consumo de alimentos ultraprocessados em relação ao VET dos pacientes que tiveram complicações pós-operatórias de cada tumor urológico.

É sabido que o aumento da incidência de diversos cânceres tem sido associado com a obesidade, devido às suas consequências trazidas ao organismo, como a hipóxia tecidual e a resposta inflamatória crônica³. Além do aumento da incidência, indivíduos com IMC elevado também têm maior mortalidade por qualquer tipo de câncer⁴. Por outro lado, o baixo peso também pode levar a prognósticos ruins, pois o paciente apresenta perda de músculo esquelético e peso corporal⁵. Em nosso estudo, 77.8%, 57.1% e 62.5% dos pacientes que tiveram complicações pós-cirúrgicas por tumores de próstata, bexiga e rim, respectivamente, tinham IMC inadequado. Com isso, inferimos que o desfavorável desfecho cirúrgico nesses pacientes pode estar relacionado ao peso inapropriado para suas respectivas altura e idade.

Ao analisar o consumo de ultraprocessados, sabemos que se forem consumidos em grande quantidade facilitam o desenvolvimento da obesidade e aumentam o risco da mortalidade⁶, pois seu consumo excessivo aumenta a ingestão de calorias e, conseqüentemente, leva ao ganho de peso. Por esse motivo, as diretrizes alimentares brasileiras recomendam sempre preferir alimentos in natura ou minimamente processados, evitando-se ao máximo os ultraprocessados⁶. Em nosso estudo, pudemos observar que mais de 33% dos pacientes com complicações de cada tumor urológico (tabela 4), tinham mais de 50% do valor energético total (VET) baseada em ultraprocessados, um consumo considerado alto, o que pode ter contribuído para o aparecimento de complicações pós-cirúrgicas.

CONCLUSÕES:

A ingestão de alimentos ultraprocessados associado ao consumo energético e IMC inadequados podem culminar para um maior risco de complicações pós-operatórias para as cirurgias uro-oncológicas do HC-Unicamp analisadas em nosso estudo.

Tivemos como limitação o número pequeno de pacientes analisados para cada tipo de tumor urológico. Além disso, outros fatores que podem ter contribuído com o desfecho cirúrgico não foram contabilizados, como a desnutrição, a prática de exercícios físicos, o estadiamento de cada tumor urológico e a presença de comorbidades prévias.

BIBLIOGRAFIA

1. Lu, D.-L., Ren, Z.-J., Zhang, Q., Ren, P.-W., Yang, B., Liu, L.-R., & Dong, Q. (2018). *Meta-analysis of the association between the inflammatory potential of diet and urologic cancer risk. PLOS ONE, 13(10), e0204845.* doi:10.1371/journal.pone.0204845
2. Gourd, E. Ultra-processed foods might increase cancer risk. **Lancet Oncol**, 2018. Disponível em: [www.thelancet.com/oncology/dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(18\)30184-0](http://www.thelancet.com/oncology/dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(18)30184-0)
3. Kolb, R., Sutterwala, F. S., & Zhang, W. (2016). Obesity and cancer: inflammation bridges the two. *Current opinion in pharmacology*, 29, 77–89. <https://doi.org/10.1016/j.coph.2016.07.005>
4. Taghizadeh, N., Boezen, H. M., Schouten, J. P., Schröder, C. P., Vries, E. G. E. de, & Vonk, J. M. (2015). BMI and Lifetime Changes in BMI and Cancer Mortality Risk. *PLOS ONE, 10(4), e0125261.* doi:10.1371/journal.pone.0125261

5. Tan, B. H., & Fearon, K. C. (2008). Cachexia: prevalence and impact in medicine. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*, 11(4), 400–407. doi:10.1097/mco.0b013e328300ecc1
6. E.A. Melo, P.C. Jaime, C.A. Monteiro and G.C.F.a. Nutrition Ministry of Health of Brazil (2015), p. 152