



ISSN 2674-8169



Latindex



DOI



Síndrome Metabólica em mulheres acima de 60 anos atendidas em um ambulatório de núcleo de assistência ao idoso da UFPE

Emylle Carolayne Irineu Costa ¹, Raquel Araújo de Santana ¹, Ana Paula Rocha de Melo ¹, Niuahelen Sara da Silva ¹, Maria Goretti Pessoa de Araújo Burgos ¹



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2026v8n4p345-357>

Artigo recebido em 10 Março e publicado em 10 de Abril de 2026

ARTIGO ORIGINAL

RESUMO

A síndrome metabólica é um conjunto de desordens metabólicas e hormonais que elevam os fatores de risco cardiovasculares. Ao mesmo tempo em que, idosos apresentam predomínio de doenças crônicas não transmissíveis, que são constituídas principalmente por patologias presentes na síndrome metabólica. Objetivo: avaliar a prevalência da síndrome metabólica em mulheres acima de 60 anos. Metodologia: estudo retrospectivo, de cunho documental, constituído por idosas, atendidas no período de 2011 – 2019, no ambulatório de Nutrição/Diabetes, do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Federal de Pernambuco. Foram coletados dados sociodemográficos (procedência/faixa etária de idosos), antropométricos (peso, altura, circunferência da cintura), bioquímicos (glicemia jejum, hemoglobina glicada, colesterol total e frações, triglicerídeos) e doenças associadas. Para o diagnóstico da SM foi adotado os critérios propostos pelo NCEP-ATP III, 2001. A análise dos dados foi realizada através do programa SPSS na versão 25. Para avaliar a associação entre duas variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-Quadrado de Pearson ou o teste Exato de Fisher. A verificação da normalidade foi realizada pelo teste de Shapiro-Wilk. Resultados: a prevalência de SM encontrada foi de 77,15%, tendo como principais fatores associados à faixa etária de 60-74 anos (80,9%), hipertensão arterial (81,3%), excesso de peso (64%) e circunferência da cintura (64%). Conclusão: A SM apresentou uma alta prevalência na população idosa avaliada, sendo associada ao estado nutricional.

Palavras-chave: síndrome metabólica, síndrome X, idosas, doenças cardiovasculares, estado nutricional

Metabolic Syndrome in Women Aged Over 60 Attending an Outpatient Clinic at the Elderly Care Center of the UFPE

ABSTRACT

Metabolic syndrome is a cluster of metabolic and hormonal disorders that increase cardiovascular risk factors. At the same time, older adults exhibit a predominance of non-communicable chronic diseases, which are primarily characterized by conditions associated with metabolic syndrome. Objective: to assess the prevalence of metabolic syndrome in women over 60 years of age. Methodology: this is a retrospective, documentary-based study comprising elderly individuals who received care between 2011 and 2019 at the Nutrition/Diabetes outpatient clinic of the Elderly Care Center at the Federal University of Pernambuco. Sociodemographic data (place of origin/age group of elderly individuals), anthropometric measurements (weight, height, appropriate waist measurements), biochemical parameters (fasting blood glucose, glycated hemoglobin, total cholesterol and fractions, triglycerides), and associated diseases were collected. For the diagnosis of metabolic syndrome (MS), the criteria proposed by NCEP-ATP III (2001) were adopted. Data analysis was performed using IBM SPSS software, version 25. To assess the association between two categorical variables, Pearson's Chi-Square test or Fisher's Exact test was used. Normality was verified using the Shapiro-Wilk test. Results: The prevalence of MS found was 77.15%, with the main associated factors being the 60-74 age group (80.9%), arterial hypertension (81.3%), overweight (64%), and waist deficiency (64%). Conclusion: MS showed a high prevalence in the elderly population assessed and was associated with nutritional status

Keywords: Metabolic syndrome, syndrome x, elderly women, cardiovascular disease, nutritional status

Instituição afiliada – UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO – Brasil – PE

Autorcorrespondente: Emylle Carolyne Irineu Costa emylle.costa@ufpe.br

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

A síndrome metabólica (SM) é um conjunto de desordens metabólicas e hormonais que elevam os fatores de risco cardiovasculares, comumente associados à deposição de gordura central e a resistência à insulina (RI) (DE CARVALHO, 2005). Na década de 80, o endocrinologista Reaven descreveu, pela primeira vez, a SM e seus equivalentes de risco, que inicialmente foi denominada síndrome X. Em seus estudos, constatou que era comum a ocorrência simultânea de algumas patologias em pacientes com obesidade, como: hipertensão (HAS); dislipidemias e alterações no metabolismo da glicose. Ademais, também constatou que essas doenças geralmente estavam ligadas a RI e obesidade. (SAAD; ZANELLA; FERREIRA, 2006; SBEM, 2011). Ainda não há um consenso sobre a definição da SM, mas é fato que, o aumento da pressão arterial, alteração do metabolismo da glicose e dos lipídios, além do excesso de peso estão envolvidos na sua fisiopatologia (COSTA *et al.*, 2020). Estas patologias estão associadas, ao aumento de eventos cardiovasculares fatais, não sendo apenas observado nos países desenvolvidos mas também, nos países em desenvolvimento, a exemplo do Brasil (COSTA; DUARTE; ANDRADE, 2020). Em 2001, nos Estados Unidos o National Cholesterol Education Program Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (NCEP-ATP III, 2001), propôs a determinação da SM caracterizada pela presença de três ou mais componentes no indivíduo: obesidade central, dislipidemia, hiperglicemia e hipertensão arterial sistêmica (GRUNDY, 2002). Dados Brasileiros da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 (PNS, 2013), na análise de prevalência de SM segundo a idade, constatou que a partir dos 60 anos, a prevalência foi de 66%. Além disso, estimou que um a cada três brasileiros têm SM, sendo que as mulheres, os indivíduos com baixa escolaridade e pessoas em idade avançada são os grupos mais afetados (OLIVEIRA *et al.*, 2020). Por ser uma síndrome complexa, a SM requer como prevenção primária a modificação do estilo de vida, principalmente em idosos, para evitar ou controlar as múltiplas patologias associadas. Esta prevenção é constituída por modificação de estilo de vida, com adoção de um padrão alimentar saudável e prática regular de 13 atividade física. Na presença de fatores de risco da SM, o tratamento farmacológico deve ser instituído



sempre que necessário (FALUDI *et al.*, 2017). Desse mesmo modo, devido ao rápido processo de transição demográfica, se faz necessário uma melhor conhecimento sobre os fatores associados à SM em idosos, visando à elaboração de estratégias específicas para esse público, como forma de prevenção e/ou controle da doença (AQUINO *et al.*, 2021).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo retrospectivo, de base documental, realizado no ambulatório de Nutrição/Diabetes do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Foram usados dados secundários, a partir do banco de dados de pacientes idosas com DM2, atendidas durante o período de 2011 a 2019. Foram avaliados parâmetros demográficos, como procedência e faixa etária (60–74 e ≥ 75 anos). Foram excluídas do estudo fichas de pacientes com dados incompletos, aquelas que faziam uso crônico de corticoides, que realizaram cirurgia bariátrica e metabólica, além de portadores de doenças renais, hepáticas, reumáticas ou consumptivas. As medidas de peso e altura foram realizadas conforme a técnica original recomendada por Lohman (1992), bem como a aferição da CC foi realizada conforme a técnica original, com o abdome relaxado (ao final da expiração), no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca. A aferição da CC serviu para rastreamento de risco cardiovascular (FRISANCHO, 1990). Por se tratar de pacientes idosas a avaliação do Índice de massa corporal (IMC), foi considerado o estabelecido por LIPSCHITZ, 1994 (IMC < 22 – baixo peso; > 22 e < 27 – eutrofia; > 27 excesso de peso). Para determinação do peso corporal e da estatura foi utilizada uma balança tipo plataforma (Filizola, São Paulo, SP) com capacidade máxima de 150 kg e escala de 100 g. Foram avaliadas presença de patologias associadas e exames laboratoriais (hemoglobina glicada, glicemia em jejum, colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL e triglicérides). Para classificar as pacientes com SM foi levado em consideração os critérios do NCEP–ATP III–2001, a variável desfecho do estudo foi classificada em duas categorias: sem SM, os pacientes que apresentavam menos que três componentes da SM; e com SM, pacientes que apresentavam três ou mais componentes da SM. Para o diagnóstico de HAS, as pacientes foram consideradas com diagnóstico prévio ou em uso de medicação hipotensora. Os dados foram analisados descritivamente por meio de frequências

absolutas e percentuais e as variáveis numéricas pelas medidas estatísticas: média, desvio padrão, mediana e percentis. Para avaliar a diferença entre os percentuais das categorias nas tabelas univariadas foi utilizado teste de igualdade de proporções 23 de uma amostra e nas variáveis numéricas se obteve intervalos de confiança para as médias correspondentes. Para avaliar associação entre duas variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-Quadrado de Pearson ou o teste Exato de Fisher nas situações que a condição para utilização do teste Qui-quadrado não foi verificada e a força da associação foi quantificada pelo valor do OddsRatio (OR) e respectivo intervalo de confiança. A verificação da normalidade foi realizada pelo teste de Shapiro-Wilk. O nível de significância utilizado na decisão dos testes estatísticos foi de 5% e os intervalos com confiança de 95%. Os dados foram digitados na planilha EXCEL e o programa utilizado para obtenção dos cálculos estatísticos foi o SPSS na versão 25. Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal de Pernambuco, sob o CAAE nº 54320416.9.0000.5208 e de parecer nº 4.205.307.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na tabela 1, estão descritas as características demográficas, clínicas e de estilo de vida, em follow up de 8 anos. Onde foram incluídas inicialmente 285 idosas portadoras de DM2, no entanto, a partir dos critérios de exclusão e inclusão, apenas 267 fizeram parte do estudo. Neste grupo, prevaleceram pacientes da cidade do Recife, com idade na faixa etária entre 60–74 anos e IMC de sobrepeso. Enquanto o baixo peso foi mínimo, sem predominância de faixa etária. Foi observada uma prevalência de 77,15%, para SM na população estudada

Tabela 1 – Características sociodemográficas das idosas, atendidas no ambulatório de nutrição/diabetes – NAI/UFPE, 2011–2019

Variáveis	Resultados	IC à 95%
TOTAL: N (%)	267 (100,0)	
Procedência:		
Recife		
RM	159 (59,6)	53,7 a 65,4
Interior/Outro Estado	106 (39,7)	33,8 a 45,6
	2 (0,7)	-0,3 a 1,8
Faixa etária:		
60 a 74		

75 ou mais	216 (80,9)	76,2 a 85,6
	51 (19,1)	
Peso (kg): Média ± DP	69,09 ± 13,43	67,5 a 70,7
IMC (kg/altura²): Média ± DP	29,12 ± 5,27	28,5 a 29,8
Classificação do IMC:		
Baixo peso		
Eutrofia	15 (5,6)	2,9 a 8,4
Sobrepeso	81 (30,3)	24,8 a 35,9
	171 (64,0)	58,3 a 69,8
CC: Média ± DP	97,20 ± 12,00	95,8 a 98,6
PAS: Média ± DP	125,77 ± 15,36	123,9 a 127,6
PAD: Média ± DP	79,10 ± 10,72	77,8 a 80,4

*RM: Região Metropolitana; IMC: Índice de Massa Corporal; CC: Circunferência da cintura; PAS: Pressão arterial sistêmica; PAD: Pressão arterial diastólica.

A tabela 2 descreve associações do excesso de peso com fatores da SM, onde se observa que 100% das pacientes com excesso de peso, possuem C/C elevada.

Tabela 2 – Associação do excesso de peso com fatores da SM, nas idosas atendidas no ambulatório de nutrição/diabetes – NAI/UFPE, 2011–2019.

Variável	Excesso de Peso		TOTAL n (%)	Valor de p	OR (IC à 95%)
	Sim n (%)	Não n (%)			
Total	171 (100,0)	96 (35,9%)	267 (100,0)		
Classificação daCC:				$p^{(1)} < 0,001^*$	**
≥ 88	171 (100,0)	83 (86,5)	254 (95,1)		
< 88	-	13 (13,5)	13 (4,9)		
HAS				$p^{(2)} < 0,001^*$	
Sim	152 (88,9)	65 (67,7)	217 (81,3)		3,8 (2,0 a 7,2)
Não	19 (11,1)	31 (32,3)	50 (18,7)		1,0
DLP				$p^{(2)} = 0,594$	
Sim	103 (60,2)	61 (63,5)	164 (61,4)		1,0
Não	68 (39,8)	35 (36,5)	103 (38,6)		1,2 (0,7 a 1,9)

(*) Associação significativa ao nível de 5,0% (**) Não foi possível determinar devido à ocorrência de frequência nula (1) Teste Exato de Fisher (2) Teste Qui-quadrado de Pearson. *HAS: hipertensão arterial sistêmica; DLP: Dislipidemias.

A tabela 3 descreve a correlação entre excesso de peso e parâmetros bioquímicos, destacando a significância estatística para HDL-c baixo e TG elevado, nesta faixa de IMC. De maneira análoga, a tabela 4, descreve a CC elevada associada a estes mesmos parâmetros.

Tabela 3 – Avaliação do perfil bioquímico segundo presença de excesso de peso nas idosas atendidas no ambulatório de nutrição/diabetes – NAI/UFPE, 2011–2019.

Variável	Excesso de Peso		Grupo Total n (%)	Valor de p	OR (IC à 95%)
	Sim n (%)	Não n (%)			
GJ				$p^{(1)} = 0,620$	
Elevada	108 (80,6)	65 (83,3)	173 (81,6)		1,0

Normal	26 (19,4)	13 (16,7)	39 (18,4)		1,2 (0,6 a 2,5)
TOTAL	134 (100,0)	78 (100,0)	212 (100,0)		
HbA1C				$p^{(1)} = 0,506$	
Elevada	79 (89,8)	43 (86,0)	122 (88,4)		1,4 (0,5 a 4,1)
Normal	9 (10,2)	7 (14,0)	16 (11,6)		1,0
TOTAL	88 (100,0)	50 (100,0)	138 (100,0)		
CT				$p^{(1)} = 0,621$	
Elevada	57 (50,4)	39 (54,2)	96 (51,9)		1,0
Normal	56 (49,6)	33 (45,8)	89 (48,1)		1,2 (0,6 a 2,1)
TOTAL	113 (100,0)	72 (100,0)	185 (100,0)		
LDL-C				$p^{(1)} = 0,534$	
Elevada	66 (65,3)	40 (60,6)	106 (63,5)		1,2 (0,6 a 2,3)
Normal	35 (34,7)	26 (39,4)	61 (36,5)		1,0
TOTAL	101 (100,0)	66 (100,0)	167 (100,0)		
HDL-C				$p^{(1)} = 0,023^*$	
Elevada	57 (57,6)	27 (39,7)	84 (50,3)		2,1 (1,1 a 3,9)
Normal	42 (42,4)	41 (60,3)	83 (49,7)		1,0
TOTAL	99 (100,0)	68 (100,0)	167 (100,0)		
TG				$p^{(1)} = 0,037^*$	
Elevada	56 (53,3)	24 (36,9)	80 (47,1)		2,0 (1,0 a 3,7)
Normal	49 (46,7)	41 (63,1)	90 (52,9)		1,0
TOTAL	105 (100,0)	65 (100,0)	170 (100,0)		

(*) Diferença significativa a 5,0%; (1) Teste Qui-quadrado de Pearson.

*GJ: Glicemiade jejum; HbA1C: Hemoglobina glicada A1C; LDL-c: LowDensityLipoproteinCholesterol (Lipoproteína de baixa densidade); HDL-c: High densityLipoproteinCholesterol (Lipoproteína de alta densidade); TG: Triglicerídeos.

Tabela 4 – Correlação entre parâmetros bioquímicos e circunferência da cintura nas idosas atendidas no ambulatório de nutrição/diabetes – NAI/UFPE, 2011–2019.

Variável	Circunferência da cintura		Grupo Total n (%)	Valor de p	OR (IC à 95%)
	≥ 88 n (%)	< 88 n (%)			
GJ				$p^{(1)} = 0,620$	
Elevada	164 (81,2)	9 (90,0)	173 (81,6)		**
Normal	38 (18,8)	1 (10,0)	39 (18,4)		
TOTAL: N (%)	202 (100,0)	10 (100,0)	212 (100,0)		
HbA1C				$p^{(1)} = 0,596$	
Elevada	114 (87,7)	8 (100,0)	122 (88,4)		**
Normal	16 (12,3)	-	16 (11,6)		
TOTAL: N (%)	130 (100,0)	8 (100,0)	138 (100,0)		
CT				$p^{(2)} = 0,421$	
Elevada	89 (51,1)	7 (63,6)	96 (51,9)		1,0
Normal	85 (48,9)	4 (36,4)	89 (48,1)		1,7 (0,5 a 5,9)
TOTAL: N (%)	174 (100,0)	11 (100,0)	185 (100,0)		
LDL-C				$p^{(1)} = 0,748$	
Elevada	98 (62,8)	8 (72,7)	106 (63,5)		1,0
Normal	58 (37,2)	3 (27,3)	61 (36,5)		1,6 (0,4 a 6,2)
TOTAL: N (%)	156 (100,0)	11 (100,0)	167 (100,0)		
HDL-C				$p^{(2)} = 0,005^*$	
Elevada	83 (53,2)	1 (9,1)	84 (50,3)		**
Normal	73 (46,8)	10 (90,9)	83 (49,7)		
TOTAL: N (%)	156 (100,0)	11 (100,0)	167 (100,0)		
TG				$p^{(1)} = 0,020^*$	
Elevada	79 (49,4)	1 (10,0)	80 (47,1)		**
Normal	81 (50,6)	9 (90,0)	90 (52,9)		

TOTAL: N (%)	160 (100,0)	10 (100,0)	170 (100,0)
---------------------	--------------------	-------------------	--------------------

(*) Diferença significativa a 5,0%;() Não foi possível determinar devido à ocorrência de frequências nulas e muito baixas; (1) Teste Exato de Fisher; (2) Teste Qui-quadrado de Pearson.**

*GJ: Glicemia de jejum; HbA1C: Hemoglobina glicada A1C; LDL-c: LowDensityLipoproteinCholesterol (Lipoproteína de baixa densidade); HDL-c: High densityLipoproteinCholesterol (Lipoproteína de alta densidade); TG: Triglicerídeos.

A alta prevalência de SM encontrada neste estudo mostra o quão suscetível está a população estudada para o desenvolvimento de SM e, conseqüentemente, mau controle das DCNTs, sobretudo quando avaliado as mudanças características dessa fase da vida. Ao mesmo tempo em que foram encontradas elevadas medidas de peso corporal, IMC, CC, glicemia de jejum (GJ), Hba1C e diagnóstico prévio de HAS. Esses fatores aumentam os risco de desenvolvimento de SM, adicionalmente quando observada Estudo transversal feito com 344 idosos, em sua maioria do sexo feminino (72,7%) foi achada uma prevalência de 62,2% de SM nas mulheres, utilizando os critérios diagnósticos propostos pelo NCEP-ATP III (SANTANA *et al.*, 2023). Achados de Rosa et al. (2016) em um estudo no Rio Grande do Sul com 485 idosos sendo 62,5% do sexo feminino, a SM foi diagnosticada em 66,3% das mulheres. Esses dados são inferiores aos deste estudo, que detectou 77,15%, explicado provavelmente pela mais elevada faixa etária da amostra, maior do que os demais estudos referidos. Do mesmo modo, que corroborou com a tendência mundial de prevalência de SM na 3ª idade, onde as mulheres são as mais afetadas, enfatizando a necessidade de políticas públicas para esse público específico (GE *et al.*, 2020). No que diz respeito aos parâmetros do estado nutricional, os resultados obtidos mostram uma íntima relação entre o excesso de peso e risco cardiovascular elevado. A CC elevada, ao mesmo tempo em que o IMC está acima da normalidade, agrava ainda mais o perfil de risco cardiovascular (DA SILVA; SANTOS; DE ARAÚJO BURGOS, 2020). Quando avaliado de forma isolada, o IMC não é um bom preditor para estratificar risco cardiovascular, no entanto, quando associado a outros parâmetros agrega mais confiabilidade (SOUZA, 2020). Pesquisa realizada por Lira Neto *et al.* (2018), no Piauí, também demonstrou a frequência do excesso de peso, concomitante a CC elevada em idosas, onde prevaleceu 71,6% de excesso de peso e 62% da CC elevada. Estudo realizado em hospital público da cidade do Recife, com população semelhante, também constatou que o fator de risco para DCV mais frequente foi a CC elevada (ALHEIROS; SOUZA; BURGOS, 2017). Em relação a correlação significativa, entre a presença de excesso de peso e diagnóstico de HAS, que

ao mesmo tempo é uma morbidade é também fator de 29 risco para outras doenças (FRANSCISCO *et al.*, 2022). Diferentes autores, sugerem que o excesso de peso está diretamente relacionado a uma super estimulação do sistema renina-angiotensina-aldosterona, pois requerem pressão arterial mais alta do que o normal para manter o equilíbrio do sódio, o que indica natriurese de pressão renal afetada. Levando à retenção de sódio e à vasoconstrição, mecanismos que favorecem o desenvolvimento e a manutenção da HAS (DO NASCIMENTO *et al.*, 2023; HALL *et al.*, 2015). Os achados do presente estudo corroboram esses mecanismos fisiopatológicos, evidenciando alta frequência de HAS entre as idosas com excesso de peso. Quanto à remodelação da composição corporal na senescência, estudo de Falsarella *et al.* (2014), destaca que a partir da quinta década, ocorre uma diminuição da massa magra em detrimento do aumento de TA, conseqüentemente maior depósito de gordura central em ambos os sexos até a sétima década (FALSARELLA *et al.*, 2014). Quando avaliado os parâmetros bioquímicos relacionados com o excesso de peso e da CC, todos os parâmetros estavam acima do limite de normalidade. Explicado pelas alterações hormonais que ocorrem nas mulheres pós-menopausadas, sobretudo pelo impacto da ausência do estrogênio favorecendo o acúmulo de gordura abdominal, aumento das concentrações de LDL-c, fator relacionado a RI, HAS e risco cardiovascular (RAMIRES *et al.*, 2018). Com relação a alteração significativa da GJ e HbA1C, encontrada neste estudo, era um resultado esperado, afinal tratava-se de idosas com DM2 ou, em condição de pré-DM2. Esse perfil glicídico pode atuar como fator principal de risco para o desenvolvimento de SM, simultâneo para RI e hiperglicemia, conseqüentemente causando vasoconstrição e maior retenção de sódio (ROCHA; MELO; MENEZES, 2016). A elevação significativa de idosos portadores de DM2, é crescente, elevando o risco de piora da qualidade de vida, uma vez que idosos portadores de DM2, têm maior incidência de alterações cognitivas e infartos (MOURA *et al.*, 2023). O excesso de peso torna os indivíduos mais suscetíveis a dislipidemias aterogênicas (LIMA; VIEIRA, 2017). No presente estudo, foi verificado valores abaixo da normalidade para HDL-c e alto para TG, naquelas com excesso de peso, sendo estes alguns dos critérios para caracterizar a SM concomitante à presença de outros parâmetros. Estudo Equatoriano, Hidalgo *et al.* (2006), com uma amostra de 30 325 mulheres pós-menopáusicas com o objetivo de verificar a ocorrência de SM, verificou que 54,9% tinham hipertrigliceridemia,



semelhante aos achados deste estudo (HIDALGO *et al.*, 2006). O baixo HDL-c é um fator de risco independente para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Estudo de Rosenson *et al.* (2011) sugere que a função cardioprotetora do HDL-c, ou seja, a capacidade de participar do transporte reverso de colesterol, pode ser atenuada durante a menopausa (ROSENSEN *et al.*, 2011). O que favorece um cenário onde que representa uma mudança para um perfil lipídico pró-aterogênico. Destarte, apesar da limitada disponibilidade de estudos com esta população, o presente estudo demonstrou resultados importantes no que diz respeito a parâmetros de avaliação do estado nutricional, de pacientes nessa faixa etária, com critérios elegíveis para SM. Diante deste cenário, se faz necessário desenvolver programas de aconselhamento para esta população de alto risco.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados mostraram a alta prevalência de SM nas idosas estudadas, com associação de valores elevados de peso corporal, IMC, CC, GJ e HbA1c. Além disso, foi observada frequência elevada de HAS nas mulheres com excesso de peso. Não houve diferença significativa quando estudado os fatores por faixa etária. Os achados demonstram a necessidade de elaboração de estratégias que visem o controle metabólico, a fim de prevenir a instalação de DCV e seus agravos, como, por exemplo, orientações para a importância de um estilo de vida saudável com prática de atividade física regular e um padrão alimentar saudável e equilibrado. Corroborando, assim, para a melhora da qualidade de vida de mulheres acima de 60 anos.

REFERÊNCIAS

- ALHEIROS LIRA, M. C.; SOUZA, N. M. M.; PESSOA DE ARAÚJO BURGOS, M. G. P. A. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em diabéticas. **Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria**, v.37,n. 1, p. 75–81, 2017
- AQUINO, N. B. et al. Síndrome metabólica em idosos de um aglomerado urbano subnormal: prevalência e fatores associados. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 29, p. 444–452, 2021.
- COSTA, A. C. de O.; DUARTE, Y. A. De O.; ANDRADE, F.B. Síndrome metabólica:



- inatividade física e desigualdades socioeconômicas entre idosos brasileiros não institucionalizados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. e200046, 2020.
- COSTA, M. V. G. et al. Risco cardiovascular aumentado e o papel da síndrome metabólica em idosos hipertensos. **Escola Anna Nery**, v. 25, p. e20200055, 2020.
- DA SILVA, L. O.; SANTOS, R. E. A.; DE ARAÚJO BURGOS, M. G. P.. Síndrome metabólica em idosos diabéticos tipo 2 atendidos em ambulatório de uma capital brasileira. **Scientia Medica**, v. 30, n. 1, p. e36742–e36742, 2020.
- DE CARVALHO, Ma. H. C. I Diretriz brasileira de diagnóstico e tratamento da síndrome metabólica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 84, p. 1–28, 2005.
- DO NASCIMENTO, L. L. et al. Associação entre hipertensão arterial sistêmica e indicadores antropométricos em idosos do estudo brazuca. **Revista Ciência Plural**, v. 9, n. 1, p. 1–15, 2023.
- FALUDI, A. A. et al. Atualização da diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose –2017. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 109, n. 2 Supl 1, p. 1–76, 2017.
- FALSARELLA, G. R. et al. Envelhecimento e os fenótipos da composição corporal. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 17, n. 2, p. 57–77, 2014.
- FRANCISCO, P. M. S. B. et al. Diabetes mellitus em idosos, prevalência e incidência: resultados do Estudo Fibra. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 25, p. e210203, 2022.
- FRISANCHO, R. Anthropometric standards for the assessment of growth and nutritional status. **Michigan: The University of Michigan Press**, 1990.
- GE, H. et al. The prevalence and associated factors of metabolic syndrome in Chinese aging population. **Scientific Reports**, v. 10, n. 1, p. 20034, 2020.
- GRUNDY, S.M. Terceiro relatório do painel de especialistas do programa nacional de educação sobre colesterol (NCEP) sobre detecção, avaliação e tratamento de colesterol alto no sangue em adultos (Painel de Tratamento de Adultos III) relatório final. **Circulation**, v. 106, p. 3143–3421, 2002.
- HALL, J. E. et al. Obesity-induced hypertension: interaction of neurohumoral and renal mechanisms. **Circulation research**, v. 116, n. 6, p. 991–1006, 2015.
- HIDALGO, L. A. et al., The metabolic syndrome among postmenopausal women in Ecuador. **Gynecol Endocrinol**, **Gynecol Endocrinol.**, vol. 22, n. 08, p. 447–454, 2006.
- LIMA, W. P.; VIEIRA, A. L. R. Doença hepática gordurosa não alcoólica, hormônios e exercício físico: uma abordagem fisiológica. **Revista Brasileira de Fisiologia do**



Exercício, v. 16, n. 5, p. 304–318, 2017.

LIPSCHITZ, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. **Primary Care** 1994; 21(1): 55–67.

LIRA NETO, J. C. G. et al. Prevalência da síndrome metabólica e de seus componentes em pessoas com diabetes mellitus tipo 2. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, p. e3900016, 2018.

LOHMAN, T. G. Advances in body composition assessment. Current issues in exercise science series. **Monograph**, n. 3, 1992

MOURA, F. et al. Abordagem do paciente idoso com diabetes mellitus. **Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes** (2023).

OLIVEIRA, L. V. A. et al. Prevalência da Síndrome Metabólica e seus componentes na população adulta brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.25, n.11, p.4269–4280, 2020

RAMIRES, E. K. N. M. et al. Prevalência e fatores associados à síndrome metabólica na população adulta brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde–2013. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 110, n. 5, p. 455–466, 2018.

ROCHA, F. L.; MELO, R. L. P. D.; MENEZES, T. N. D. Fatores associados à síndrome metabólica em idosos do interior do Nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 6, p. 978–986, 2016

ROSA, C. Bö. et al. Síndrome metabólica e estado nutricional de idosos cadastrados no HiperDia. **Scientia Medica**, v. 26, n. 3, p. 5, 2016.

ROSENSON, R. S.; BREWER, H. B. Jr; CHAPMAN, M. J.; FAZIO, S.; HUSSAIN, M. M.; KONTUSH, A. et al. HDL Measures, Particle Heterogeneity, Proposed Nomenclature, and Relation to Atherosclerotic Cardiovascular Events. **Clinical Chemistry**. 2011; 57(3):392–410.

SAAD, M. J. A. ; ZANELLA, M. T.; FERREIRA, S. R. G. Síndrome metabólica: ainda indefinida, mas útil na identificação do alto risco cardiovascular. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v.2, pág. 161–162, abril de 2006.

SANTANA, V. et al. Prevalência e fatores associados à síndrome metabólica em idosos atendidos na atenção primária em saúde. **Revista de Pesquisa (Universidade Federal do Estado Rio Janeiro, Online)**, p. 12014–12014, 2023.

SBEM. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Síndrome Metabólica, 2011. Disponível em: <https://www.endocrino.org.br/sindrome-metabolica> Acessado em: 25 de janeiro de 2025.