



ISSN 2674-8169



Qualis B3
CAPES 2021-2024

Latindex



DOI

Google
Acadêmico

Influência do sexo nos parâmetros nutricionais, clínicos e estilo de vida de idosos

Bruna Figueiredo Florentino¹, Edigleide Maria Figueiroa Barretto¹, Gisela de Santana Muniz¹, Nihelen Sara da Silva¹, Maria Goretti Pessoa de Araújo Burgos¹



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2026v8n7p850-866>

Artigo recebido em 22 de Junho e publicado em 22 de Julho de 2026

ARTIGO ORIGINAL

RESUMO

O envelhecimento causa inúmeras alterações no organismo humano, que podem sofrer diferenças entre os sexos. A avaliação de parâmetros nutricionais poderá contribuir para uma melhor adequação da conduta nutricional. Avaliar as diferenças entre os sexos nos parâmetros nutricionais, clínicos e estilo de vida de idosos. Estudo retrospectivo tipo série de casos com avaliação nutricional em idosos atendidos no ambulatório de nutrição, do núcleo de atendimento ao idoso da Universidade Federal de Pernambuco, no período de 2018 a 2019. Os dados foram coletados das fichas de acompanhamento nutricional e/ou do prontuário. Foram avaliados parâmetros demográficos (idade, sexo e procedência), antropométricos (peso, altura, índice de massa corporal, circunferências do quadril (RCQ), da cintura (CC) e da panturrilha e relação cintura quadril), clínicos (presença de dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica e diabetes) e de estilo de vida (consumo de bebida alcoólica, prática de atividade física e tempo de diabetes). Os dados foram analisados por estatística descritiva e inferencial, adotando-se o nível de significância de 5%. A amostra foi constituída por 150 participantes, sendo 75 de cada sexo. A faixa etária variou de 60 a 93 anos, com média de $70,37 \pm 6,98$ anos. Eram provenientes do Recife, Região Metropolitana e interior do estado/outros estados. Constatou-se maior presença de hipertensão arterial e dislipidemia nas mulheres e maior tempo de diabetes e consumo de álcool, apesar da frequência bastante reduzida, nos homens (18,7%). A prática de atividade física foi similar nos dois sexos. Os homens apresentaram maiores medidas de peso, CC e RCQ. Nas mulheres, ocorreu inadequação da CC e da RCQ. Os demais parâmetros apresentaram similaridade entre os grupos. A presença de patologias como hipertensão arterial e dislipidemias foi mais frequente nas mulheres e, no sexo oposto, maior frequência no consumo de bebida alcoólica. Na adequação antropométrica, o gênero feminino mostrou diferença significativa nos parâmetros inadequados de CC e RCQ. Estudos envolvendo um número maior de pacientes são necessários, para confirmação dos nossos resultados.

Palavras-chave: Envelhecimento, Sexo, Antropometria, Idosos, Diabetes mellitus, Avaliação nutricional.

Influence of Sex on the Nutritional, Clinical, and Lifestyle Parameters of Older Adults

ABSTRACT

Aging leads to numerous physiological changes in the human body, which may differ according to sex. The assessment of nutritional parameters may contribute to the optimization of nutritional care. This study aimed to evaluate sex-related differences in the nutritional, clinical, and lifestyle characteristics of older adults. A retrospective case-series study was conducted involving older adults who underwent nutritional assessment at the Nutrition Outpatient Clinic of the Elderly Care Center, Federal University of Pernambuco, between 2018 and 2019. Data were obtained from nutritional follow-up records and/or medical charts. Demographic (age, sex, and place of residence), anthropometric (body weight, height, body mass index, waist circumference, hip circumference, calf circumference, and waist-to-hip ratio), clinical (presence of dyslipidemia, systemic arterial hypertension, and diabetes mellitus), and lifestyle variables (alcohol consumption, physical activity, and duration of diabetes) were evaluated. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics, adopting a significance level of 5%. The sample comprised 150 participants, including 75 men and 75 women. Participants were aged 60–93 years (mean age: 70.37 ± 6.98 years) and were residents of Recife, its Metropolitan Region, and the interior of Pernambuco or other Brazilian states. A higher prevalence of systemic arterial hypertension and dyslipidemia was observed among women, whereas men showed a longer duration of diabetes and a higher frequency of alcohol consumption, although the latter was relatively low (18.7%). The prevalence of physical activity was similar between the sexes. Men presented significantly higher body weight, waist circumference, and waist-to-hip ratio. Women exhibited inadequate waist circumference and waist-to-hip ratio according to anthropometric reference standards. The remaining parameters were comparable between groups. Systemic arterial hypertension and dyslipidemia were more frequent among women, whereas alcohol consumption was more common among men. Regarding anthropometric status, women showed significantly greater inadequacy in waist circumference and waist-to-hip ratio. Further studies involving larger samples are required to confirm these findings.

Keywords: Aging, Sex, Anthropometry, Aged, Diabetes Mellitus, Nutrition Assessment

Instituição afiliada– Universidade Federal de Pernambuco

Autorcorrespondente: Maria Goretti Pessoa de Araújo Burgos maria.burgos@ufpe.br

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



INTRODUÇÃO

O processo de envelhecer é considerado um conjunto de alterações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que depende, na sua maior parte, da história de vida, de comportamentos, da adaptação ao meio ambiente e da questões genética. Esse processo, apresenta características individuais e coletivas, em seus aspectos físicos, cognitivos, psicológicos e sociais (CHINA *et al.*, 2021).

Além disso, ele afeta diretamente o estado nutricional de um indivíduo, seja por questões senis (patológicas) ou senescentes (fisiológicas). Várias alterações que ocorrem naturalmente no organismo que envelhece são capazes de modificar o estado nutricional, incluindo desde mudanças nas fases iniciais no processo de alimentação, até prejuízos ou redução na eficiência dos processos avançados de absorção e eliminação. Somado a isso, a senescência promove alterações que contribuem para mudanças nos perfis antropométricos dessa população (WACHHOLZ; RODRIGUES; YAMANE, 2011).

A avaliação do estado nutricional tem como objetivo identificar distúrbios e riscos nutricionais e sua gravidade para, traçar condutas que possibilitem a recuperação ou manutenção adequada do estado de saúde. Além disso, o monitoramento do paciente, através da avaliação nutricional, possibilita o acompanhamento das respostas do indivíduo às intervenções nutricionais (SILVA; SAMPAIO, 2012).

Esta avaliação pode ser feita com base em dois métodos: os convencionais e os não convencionais. Os métodos convencionais são práticos, baratos e refletem bem o estado nutricional do indivíduo, são eles: história clínica, exame físico, antropometria, composição corporal, parâmetros bioquímicos e consumo alimentar. Os não convencionais são aqueles que apresentam limitações em seu uso, como custo elevado e dificuldades na execução, por exemplo: densitometria computadorizada, ultrassom, hidrodensitometria ou pesagem hidrostática e ressonância magnética (ACUNÃ; CRUZ, 2004).

Em decorrência do envelhecimento, a avaliação nutricional do idoso deve ser realizada de maneira criteriosa e devem ser consideradas as alterações que ocorrem

na composição corpórea e que são decorrentes do processo de senescência, como o acúmulo de gordura e redução da massa magra (SANTOS; MACHADO; LEITE, 2010).

As medidas antropométricas são indicadores diretos do estado nutricional, e consistem em aferições do tamanho corporal e de suas proporções que estimam ou se relacionam com a quantidade dos tecidos (SANTOS *et al*, 2014). São medidas de fácil obtenção e universalmente aplicáveis, além de não invasivas e que refletem a saúde e bem-estar de pessoas e populações, conforme afirma Campos *et al* (2007).

O peso corporal pode ser considerado como a soma de todos os componentes de cada nível da composição corporal, sendo uma medida aproximada das reservas totais de energia do corpo (ACUÑA; CRUZ, 2004). Em países industrializados, o peso de homens e mulheres aumenta na meia-idade. No sexo masculino, o ganho de peso tende a ter um platô ao redor dos 65 anos de idade e, desde então, começa a reduzir. Nas mulheres, o ganho de peso é maior e o platô ocorre aos 75 anos de idade (CAMPOS *et al.*, 2007).

A altura representa o maior indicador do tamanho corporal geral e o comprimento dos ossos (ACUÑA; CRUZ, 2004). Para indivíduos impossibilitados de ficar em pé, podem ser utilizados métodos indiretos, entre eles a medida da altura do joelho, que diminui pouco com a idade, sendo indicada para idosos (CHUMLEA, 1985). É normal observar uma redução da altura dos pacientes idosos, em decorrência do achatamento plantar, diminuição da altura das vértebras e discos intervertebrais e alterações posturais (SANTOS; MACHADO; LEITE, 2010).

O índice de massa corporal (IMC), criado por Quetelet, é um dos parâmetros antropométricos mais utilizados, dada sua facilidade de mensuração e disponibilidade de dados (OLIVEIRA, 2021). Ele é obtido através da divisão do peso, em quilos, pelo quadrado da altura, em metros (CAMPOS *et al.*, 2007). É útil em nível individual e populacional, permitindo comparações entre estudos nacionais e internacionais, tem boa correlação com morbidade e mortalidade, além de expressar as reservas energéticas do indivíduo. Entretanto, possui algumas limitações como baixa correlação com a estatura, sofre influência da proporcionalidade corporal, baixa correlação com a massa livre de gordura, principalmente em homens, não expressa a distribuição da gordura corporal, nem a composição corpórea (CERVI; FRANCESCHINI; PRIORE, 2005).

A circunferência da panturrilha (CP) é um valor sensível de alterações

musculares no idoso, sendo considerada superior a circunferência do braço (CB). Trata-se de um procedimento simples, barato e não invasivo e que parece ser relevante no diagnóstico da condição nutricional, da capacidade funcional e de saúde (SANTOS; MACHADO; LEITE, 2010). Pagotto *et al.* (2017), propôs os pontos de corte para circunferência da panturrilha, com pontos de corte de 33 cm, nas mulheres, e de 34 cm nos homens, em que estes apresentaram boa acurácia e melhor equilíbrio entre sensibilidade e especificidade.

Considerando a importância da avaliação nutricional e o impacto do sexo na qualidade de vida e na saúde da pessoa idosa, torna-se relevante o aprofundamento das pesquisas nessa área.

METODOLOGIA

Estudo retrospectivo tipo série de casos, realizado com idosos atendidos no ambulatório de nutrição, do núcleo de atendimento ao idoso da Universidade Federal de Pernambuco (NAI/UFPE), durante o período de 2018 e 2019. Os dados foram coletados das fichas de acompanhamento nutricional e/ou do prontuário do NAI/UFPE. Foram analisados dados de 217 pacientes, dos quais apenas 150 atendiam os critérios de inclusão (mínimo de três consultas e dados antropométricos e bioquímicos completos) e exclusão (60 anos incompletos, fichas de acompanhamento nutricional com dados bioquímicos antigos e pacientes com doenças reumáticas). Os pacientes foram divididos em dois grupos, sendo 75 pacientes por cada sexo.

Foram avaliados parâmetros demográficos, antropométricos e de estilo de vida, dos pacientes que compareceram a três consultas durante os dois anos, com coleta de dados antropométricos em todas elas. Na pesquisa, foram considerados os dados coletados na última consulta realizada.

A pesquisa foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas, envolvendo seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, sob protocolo CAAE nº 54320416.9.0000.5208 e, número do parecer 4.205.307.

Antropometria:

Na avaliação antropométrica foram mensurados peso (kg), estatura (m), IMC, CC, CQ, CP e RCQ. A aferição das medidas foi realizada em triplicata e retirado média, com base em técnicas recomendadas e validadas.

Para determinação do peso corporal e da estatura, foi utilizada uma balança de marca WELMY® com capacidade para 150 kg, anteriormente calibrada e, por se tratarem de idosos hígidos sem patologias articulares, foi utilizada a altura mensurada através do estadiômetro presente acoplado à balança. O IMC foi calculado pela divisão de peso, em quilos, pelo quadrado da altura, em metros. Por se tratar de indivíduos idosos, a classificação usada para o IMC foi a de baixo peso $IMC < 23 \text{ kg/m}^2$, eutrofia IMC entre 23 e 28 kg/m^2 e excesso de peso $IMC > 28 \text{ kg/m}^2$ (OPAS, 2002).

Para aferição da circunferência da cintura, do quadril e da panturrilha, foi utilizada fita métrica inelástica, milimetrada, com 150 centímetros de extensão. A CC, foi medida no ponto médio entre o último arco costal e a crista ilíaca (LOHMAN; ROCHE; MARTORELL, 1988). Os pontos de corte adotados para essa classificação foram os estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1998) para adultos, uma vez que não há, ainda, valores específicos para idosos. Assim, valores de $CC \geq 80 \text{ cm}$ para as mulheres, e $\geq 94 \text{ cm}$ para os homens, foram classificados como risco elevado para DCV. A mensuração da CQ foi realizada no maior perímetro do quadril, levando-se em consideração a porção mais volumosa das nádegas, localizada observando-se lateralmente a pelve. Por fim, a CP, foi medida na região mais protuberante da panturrilha. Foram considerados adequados resultados menores que 34 nos homens e iguais ou menores que 33 nas mulheres (PAGOTTO *et al.*, 2017).

Para se obter o valor da RCQ, os valores da CC e da CQ foram divididos por sexo. Os pontos de corte para essa classificação foram diferentes entre homens e mulheres, sendo considerados inadequados para homens, valores acima de 0,95 e, inadequados para mulheres, valores acima de 0,80 (PEREIRA; SICHIERI; MARINS, 1999).

Parâmetros demográficos e de estilo de vida:

Os parâmetros demográficos avaliados foram idade, sexo e procedência. A amostra foi dividida em dois grupos etários: idoso jovem (60 a 75 anos) e idoso (acima de 75 anos). A procedência também foi dividida em dois grupos, sendo: grupo 1 (Recife e Região Metropolitana) e grupo 2 (interior do estado de Pernambuco e outros

estados).

Para a avaliação do estilo de vida, foram utilizados dados sobre a prática de atividade física e consumo de bebidas alcoólicas. Foram considerados como não sedentários, aqueles que mantinham a prática de atividade física regular, com tempo maior ou igual a 150 minutos por semana. O uso de bebidas alcoólicas foi classificado positivo, aqueles que não tinham o hábito de ingerir com regularidade, mais que 2 doses/dia para homens e 1 dose/dia para mulheres.

Aspectos clínicos

Os aspectos clínicos observados foram presença registrada em prontuários (valores maiores que 120/80 mmHg) ou pelo uso de medicação em receituário médico de HAS, DM e DLP. Nos diabéticos, o exame bioquímico com mais de três glicemias acima de 140mg/dL e, a DLP caracterizada por exames bioquímicos dos últimos três meses que apresentassem elevação do colesterol total, LDL colesterol, triglicerídeos ou redução do HDL colesterol.

Análises estatísticas

Os dados foram analisados descritivamente por meio de frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas e das medidas: média, desvio padrão ($média \pm DP$) e mediana para as variáveis numéricas. Para avaliar a associação entre duas variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson ou o teste Exato de Fisher, quando a condição para utilização do teste Qui-quadrado não foi verificada.

Na comparação entre duas categorias em relação às variáveis numéricas foram utilizados os testes t-Student de variâncias iguais ou Mann-Whitney e na comparação de mais duas categorias foram utilizados os testes F (ANOVA) ou Kruskal-Wallis. No caso de diferença significativa pelo teste F (ANOVA) foram realizadas comparações múltiplas de Tukey e comparações de Conover no caso de diferença pelo teste de Kruskal-Wallis.

A escolha dos testes t-Student com variâncias iguais e F (ANOVA) ocorreram quando os dados apresentavam distribuição normal e os testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis na ausência de normalidade dos dados. A verificação da normalidade foi realizada pelo teste de Shapiro-Wilk e a igualdade de variâncias pelo teste F de Levene. O nível de significância utilizado na decisão dos testes estatísticos foi de 5%. Os dados



foram digitados na planilha EXCEL e o programa utilizado para obtenção dos cálculos estatísticos foi o IMB SPSS na versão 25 (DOUGLAS, 1991; CONOVER, 1980).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através das análises estatísticas, foi observado que faixa etária dos pacientes variou entre 60 e 93 anos e teve média de 70,37±6,98 anos, sem diferenças entre os grupos. Predominou a faixa etária de 60-75 anos, de procedência do Recife e Região Metropolitana e foi constatado sobrepeso em todos (tabela 1).

Variável	Sexo		Grupo Total n (%)	Valor de p
	Masculino n (%)	Feminino n (%)		
TOTAL	75 (100,0)	75 (100,0)	150 (100,0)	
Faixa etária				p ⁽¹⁾ = 0,126
60 a 75 anos	61 (81,3)	53 (70,7)	114 (76,0)	
76 ou mais	14 (18,7)	22 (29,3)	36 (24,0)	
Procedência				p ⁽¹⁾ = 0,488
Recife/RM	52 (69,3)	48 (64,0)	100 (66,7)	
Interior/Outro Estado	23 (30,7)	27 (36,0)	50 (33,3)	
Atividade física				p ⁽¹⁾ = 0,317
Sim	27 (36,0)	33 (44,0)	60 (40,0)	
Não	48 (64,0)	42 (56,0)	90 (60,0)	
Consumo de bebida alcoólica				p ⁽¹⁾ = 0,003*
Sim	21 (28,0)	7 (9,3)	28 (18,7)	
Não	54 (72,0)	68 (90,7)	122 (81,3)	
HAS				p ⁽¹⁾ = 0,007*
Sim	54 (72,0)	67 (89,3)	121 (80,7)	
Não	21 (28,0)	8 (10,7)	29 (19,3)	
DLP				p ⁽¹⁾ < 0,001*
Sim	32 (42,7)	56 (74,7)	88 (58,7)	
Não	43 (57,3)	19 (25,3)	62 (41,3)	
Tempo de DM (Anos)				p ⁽¹⁾ = 0,009*
Até 5	66 (88,0)	74 (98,7)	140 (93,3)	
Mais de 5	9 (12,0)	1 (1,3)	10 (6,7)	
Tempo uso medicação para DM (Anos)				p ⁽¹⁾ = 0,117
Até 5	67 (89,3)	72 (96,0)	139 (92,7)	
Mais de 5	8 (10,7)	3 (4,0)	11 (7,3)	
Complicações do DM				p ⁽¹⁾ = 0,132
Sim	12 (16,0)	6 (8,0)	18 (12,0)	
Não	63 (84,0)	69 (92,0)	132 (88,0)	

(*Diferença significativa ao nível de 5,0% (1) Teste Qui-quadrado de Pearson. RM: Região Metropolitana; HAS: Hipertensão arterial sistêmica; DLP: Dislipidemia; DM: Diabetes mellitus.

A Tabela 2 indica os valores das medidas antropométricas, onde se observa predomínio dos homens com relação ao peso, altura, CC e RCQ.

Tabela 2: Variáveis antropométricas segundo o gênero. Ambulatório de Nutrição - Núcleo de Atendimento ao Idoso (UFPE), 2018-2019.

Sexo				
Variável	N M / F	Masculino Média ± DP Mediana (P25; P75)	Feminino Média ± DP Mediana (P25; P75)	Valor de p
Peso	75 / 75	77,30 ± 14,28 76,27 (69,63; 84,50)	68,66 ± 12,52 68,78 (58,60; 76,80)	p ⁽¹⁾ < 0,001*
Altura	75 / 75	1,64 ± 0,07 1,66 (1,59; 1,70)	1,54 ± 0,07 1,54 (1,49; 1,58)	p ⁽¹⁾ < 0,001*
IMC	75 / 75	28,60 ± 5,18 28,45 (25,30; 30,58)	28,88 ± 4,80 28,04 (25,53; 31,75)	p ⁽²⁾ = 0,843
CC	62 / 75	102,20 ± 9,95 101,18 (96,88; 106,63)	98,02 ± 10,82 96,00 (91,00; 103,50)	p ⁽²⁾ = 0,006*
CQ	60 / 75	102,84 ± 11,61 102,60 (95,00; 107,98)	101,61 ± 11,03 101,25 (93,50; 107,83)	p ⁽²⁾ = 0,663
RCQ	60 / 75	0,98 ± 0,10 1,00 (0,97; 1,03)	0,96 ± 0,06 0,97 (0,94; 0,99)	p ⁽²⁾ < 0,001*
CP	59 / 75	36,52 ± 5,24 36,50 (33,00; 38,00)	35,06 ± 3,54 34,80 (32,17; 38,00)	p ⁽²⁾ = 0,102

(*Diferença significativa ao nível de 5,0% (1) Pelo teste t-Student com variâncias iguais (2) Pelo teste Mann-Whitney. IMC: Índice de massa corporal; CC: Circunferência da cintura; CQ: Circunferência do quadril; RCQ: Relação cintura quadril; CP: Circunferência da panturrilha.

Na Tabela 3, estão descritos os resultados da adequação da antropometria entre os gêneros, destacando-se significativamente a inadequação dos parâmetros de CC e RCQ no sexo feminino. No presente estudo, a adequação foi considerada como a ausência de risco

Tabela 3: Comparação da adequação antropométrica entre os gêneros. Ambulatório de Nutrição
- Núcleo de Atendimento ao Idoso (UFPE), 2018-2019.

Sexo				
Variável	Masculino	Feminino	Grupo Total	Valor de p
	n (%)	n (%)	n (%)	
Classificação da CC				$p^{(1)} = 0,043^*$
Adequado	8 (12,9)	2 (2,7)	10 (7,3)	
Inadequado	54 (87,1)	73 (97,3)	127 (92,7)	
TOTAL	62 (100,0)	75 (100,0)	137 (100,0)	
Classificação da RCQ				$p^{(1)} = 0,005^*$
Adequado	9 (15,0)	1 (1,3)	10 (7,4)	
Inadequado	51 (85,0)	74 (98,7)	125 (92,6)	
TOTAL	60 (100,0)	75 (100,0)	135 (100,0)	
Classificação da CP				$p^{(2)} = 0,598$
Adequado	40 (67,8)	54 (72,0)	94 (70,1)	
Inadequado	19 (32,2)	21 (28,0)	40 (29,9)	
TOTAL	59 (100,0)	75 (100,0)	134 (100,0)	

(*) Diferença significativa ao nível de 5,0% (1) Teste Exato de Fisher (2) Teste Qui-quadrado de Pearson. CC: Circunferência da cintura; RCQ: Relação cintura quadril; CP: Circunferência da panturrilha.

Estudos analisando diferenças entre os gêneros em populações idosas, com ou sem comorbidades, são escassos na literatura. No grupo estudado, foram encontradas variações significativas com relação as características clínicas (HAS, DLP e tempo de DM), de estilo de vida (consumo de bebida alcoólica) e antropométricas (CC e RCQ).

Pesquisa de Mongraw-Chaffin (2015), realizada nos Estados Unidos, analisando a relação entre antropometria e composição corporal entre os gêneros de 1851 idosos, encontrou maior consumo de bebida alcoólica entre homens sem patologias. Do mesmo modo, Martins (2016), em Portugal, encontrou resultado semelhante em população com média de 74 anos, corroborando os resultados do presente estudo.

Em relação a presença de HAS entre indivíduos idosos, achado frequente na maioria dos estudos, considerada uma das patologias mais recorrentes (GOMEZ, 2005). Pesquisas de Amorim *et al.* (2017) e Calheiro *et al.* (2021), avaliando o perfil clínico e antropométrico de idosos com DM atendidos a nível ambulatorial, detectou HAS em 75% e 85,31%, respectivamente. Em outro estudo, com 105 pacientes, a HAS foi a comorbidade mais frequente, associada (35,2%) ou não a DM (28,6%) (ARAÚJO; SILVA; BURGOS, 2022). Entretanto, os autores não analisaram a prevalência por gênero, impossibilitando a comparação com os resultados da presente amostra, que detectou

uma maior prevalência de HAS feminina. Por outro lado, o VIGITEL 2021, refere maior percentual de HAS feminina à nível nacional com valores de 27,1%, confirmando nossos resultados de predomínio feminino, porém com valores bastante inferiores ao desta pesquisa (89,3%).

Quanto à presença de DLP, estudo de Gomez (2005), realizado no Paraguai com 104 pacientes, evidenciou maior frequência de colesterol total e triglicerídeos elevados em mulheres, especialmente na faixa etária de 60 a 70 anos, inclusive com associação significativa à HAS. Do mesmo modo, Lotufo *et al.* (2017), detectou diagnóstico de hipercolesterolemia em 12,5% dos idosos, sendo 9,7% nos homens e 15,1% nas mulheres, concluindo que as mulheres apresentaram probabilidade 60% mais elevada de diagnóstico de colesterol alto. Similar ao predomínio feminino deste grupo, porém com valor bastante inferior ao detectado nesta pesquisa, com 74,4% de DLP nas mulheres.

Analisando o tempo de acometimento por DM, dados de Burgos *et al.* (2019), encontraram em amostra com 121 idosos da cidade do Recife, maioria significativa de mulheres com diagnóstico de DM2 ≥ 5 anos, correspondendo a 86,6% da amostra. Em contrapartida, no presente estudo, apenas 1,3% das mulheres possuíam este tempo de doença.

No que diz respeito aos parâmetros antropométricos, Moreira (2009), em São Paulo, refere similaridade entre os gêneros. Em contrapartida, Magalhães *et al.* (2017), em PE encontrou resultados diferentes: eutrofia entre os homens e sobrepeso nas mulheres. Achados semelhantes aos de Santos *et al.* (2014), em Minas Gerais, que observou medidas antropométricas com valores inferiores no sexo masculino. Mongraw-Chaffin (2015), publicou resultados semelhantes com relação ao IMC. Esse mesmo estudo, por outro lado, detectou de forma significativa maiores valores no sexo masculino no tocante ao peso, CC e RCQ, em concordância com os resultados desta pesquisa.

Quanto à elevação da RCQ e risco de DCV, Moreira (2009), observou RCQ com risco moderado para homens e risco muito alto para mulheres, concordando com os achados deste grupo da pesquisa, com inadequação e risco muito alto da RCQ nas mulheres.

Pesquisa da cidade de Ribeirão Preto/SP, refere CC inadequada apenas no

gênero feminino (Nagatsuyu,2009). Por outro lado, ao comparar valores de classificação da CC e CP, estudo no Recife, referiu CC com risco de DCV em ambos os sexos e CP normal nos dois casos, corroborando com os valores do presente estudo, em que a CC foi considerada elevada nos dois gêneros e a CP apresentou, em ambos o sexos, valores adequados.

Cavalcante *et al* (2016), avaliando o risco nutricional ou desnutrição, através do IMC de idosos Pernambucanos, refere prevalência de 9,4% nas mulheres e nulo nos homens. Resultados discordantes da presente pesquisa, que não detectou pelo IMC baixo peso/desnutrição e, pelo contrário em ambos os gêneros, o excesso de peso esteve presente em 100% da amostra estudada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados, conclui-se que o sexo apresentou diferença nos parâmetros avaliados. No estilo de vida, relacionado ao uso de álcool, e no maior tempo de diagnóstico de DM prevaleceram os homens; o mesmo ocorreu na antropometria, com peso, CC e RCQ mais elevados. No gênero feminino a HAS e DLP foram maioria, como também a inadequação da CC e RCQ.

A pesquisa teve extrema relevância e contribuiu para o melhor entendimento entre a relação do sexo com os parâmetros antropométricos e de estilo de vida em idosos, de nossa região. Ainda assim, estudos envolvendo um maior número amostral em diferentes regiões e áreas metropolitanas do país, são necessários para confirmação destes resultados.

REFERÊNCIAS

- ACUÑA, K; CRUZ, T. Avaliação do estado nutricional de adultos e idosos e situação nutricional da população brasileira. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia [online]**, v. 48, n. 3, p. 345-361, 2004.
- AMORIM, T. C.; BURGOS, M. G. P. A.; CABRAL, P. C. Perfil clínico e antropométrico de pacientes idosos com diabetes mellitus tipo 2 atendidos em ambulatório. **Scientia Medica**, v. 27, n. 3, 2017.
- ARAÚJO, A.; SILVA, L.; BURGOS, M. G. P. A. Estado nutricional e fatores associados à força depreensão manual em idosos candidatos à cirurgia. **Revista Portuguesa de Cirurgia**, v. 52, p. 1-12, 2022.
- BURGOS, M. G. P. A. et al. Consumo de macro e micronutrientes de idosos com diabetes mellitus tipo 2 atendidos no núcleo de apoio ao idoso. **Medicina Ribeirão Preto [online]**, v. 52, n. 2, p. 121-127, 2019.
- CALHEIROS, C. G. et al. Impacto do atendimento nutricional em parâmetros antropométricos, metabólicos e dietéticos: um estudo de coorte em diabéticos. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 1, p. 3704-3715, 2021.
- CAMPOS, M. A G. et al. Estado nutricional e antropometria em idosos: revisão da literatura. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 17, n. 3/4, p. 111-120, 2007.
- CAVALCANTE, L. S.; COUTINHO, P. T. Q.; BURGOS, M. G. P. A. Aplicabilidade da MAN –Mini Avaliação Nutricional em Idosos diabéticos. **Nutrición Clínica: dietética y hospitalaria**, v. 37, n. 1, p. 67-74, 2017.
- CERVI, A; FRANCESCHINI, S. C. C.; PRIORE, S. E. Análise crítica do uso do índice de massa corporal para idosos. **Revista de Nutrição**, v. 18, n. 6, 2005.
- CHINA, D. et al. Envelhecimento ativo e fatores associados. **Revista Kairós-Gerontologia**, v.24, p. 141-156, 2021.
- CONOVER, W. J. **Practical Nonparametric Statistics**. Second Edition. Editora John Wiley & Sons - New York, Texas Tech University, 495 pg., 1980.
- DOUGLAS, G. A; Chapman and Hall. **Practical Statistics for Medical Research**. Great Britain, London, 611 pg, 1991.
- GÓMEZ, J. C. Dislipidemia em ancianos. **Anais da Faculdade de Ciências Médicas de Assunção**, v. 38, n. 1, 2005.
- LOHMAN, T; ROCHE, A; MARTORELL, R. Anthropometric standardization reference manual. **Human Kinetics**, 1988.

LOTUFO, P. A. et al. Prevalência de Diagnóstico Médico de Colesterol Alto Autorreferido na População Brasileira: Análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 108, n. 5, p. 411-416, 2017.

MAGALHÃES, G. et al. Efeitos do acompanhamento nutricional sobre os parâmetros antropométricos em idosos diabéticos a nível ambulatorial. **Nutrición Clínica: dietética y hospitalaria**, v. 37, n. 3, p. 29-34, 2017.

MARTINS, A. et al. Prevalência do consumo de risco de álcool no idoso: estudo numa unidade de cuidados primários da região de Braga. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 32, 2016.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016.

MONGRAW-CHAFFIN, M. et al. The Sex and Race Specific Relationship between Anthropometry and Body Fat Composition Determined from Computed Tomography: Evidence from the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. **Plos One**, v. 10, n. 10, 2015.

MOREIRA, A. et al. Composição corporal de idosos segundo a antropometria. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 12, n. 2, p. 201-214, 2009.

NAGATSUYU, D. et al. O impacto da obesidade abdominal sobre os níveis plasmáticos de lípidos nos idosos. **Revista de Medicina de Ribeirão Preto**, v. 42, n. 2, p. 157-163, 2009.

OLIVEIRA, N. et al. Avaliação nutricional em estudos com idosos brasileiros praticantes de atividade física. **Práticas e cuidado: Revista de Saúde Coletiva**, v. 2, n.e 11139, p. 01-13, 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Encuesta Multicéntrica: salud, bienestar y envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe. 2002.

PAGOTTO, V. et al. Circunferência da panturrilha: validação clínica para avaliação de massa muscular em idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 2, p. 322-328, 2017.

PEREIRA, R.; SICHIERI, R.; MARINS, V. Razão cintura/quadril como preditor de hipertensão arterial. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 2, 1999.

SANTOS, A. C. O; MACHADO, M. M. O; LEITE, E. M. Envelhecimento e alterações do estado nutricional. **Geriatria e Gerontologia**, v. 4, n. 3, p. 168-175, 2010.

SANTOS, C. A. et al. Influência do gênero e do tipo de tratamento nos parâmetros nutricionais de idosos em oncologia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 60, n. 2, p. 143-150, 2014.

SILVA, M. C. M; SAMPAIO, L. R. Avaliação nutricional: conceitos e importância para a formação do nutricionista. **Sala de aula collection**, p. 15-21, 2012.

VIGITEL Brasil 2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e



no Distrito Federal em 2021, **Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis**. Brasília, 2021.

WACHHOLZ, P. A; RODRIGUES, S. C; YAMANE, R. Estado nutricional e a qualidade de vida em homens idosos vivendo em instituição de longa permanência em Curitiba, PR. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 4, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Geneva: **World Health Organization**; 1998. (Report of WHO Consultation on Obesity).