

AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO RISCO DE SARCOPENIA E DA VARIÇÃO NA FORÇA DE PREENSÃO PALMAR EM IDOSOS FREQUENTADORES DE UM CENTRO DE CONVIVÊNCIA EM RONDONÓPOLIS, MT.

Gabriela Feitosa REZENDE¹

Isadora de Oliveira Abreu SOUZA¹

Suzana Souza ARANTES²

¹Discente do Curso de Nutrição do Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG).

²Mestre em Ciências da Saúde. Docente do Curso de Nutrição do Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG). E-mail: suzana@univag.edu.br

RESUMO

Introdução: A sarcopenia é uma síndrome multifatorial caracterizada pela perda progressiva de massa, força e qualidade muscular, especialmente em idosos. Sua etiologia envolve fatores como envelhecimento, inatividade física, deficiências nutricionais e presença de comorbidades, sendo frequentemente negligenciada na prática clínica. A avaliação do risco de sarcopenia requer abordagem multidimensional, incluindo instrumentos de triagem e testes de força muscular, como a força de preensão palmar (FPP). Intervenções como o exercício físico, especialmente o treinamento de força, e a adequada ingestão proteica, são fundamentais na sua prevenção e manejo. **Objetivo:** Avaliar o risco de sarcopenia em idosos frequentadores de um Centro de Convivência em Rondonópolis, MT. **Materiais e Métodos:** Estudo de coorte com abordagem quantitativa, realizado com 48 idosos com 60 anos ou mais. Foram coletados dados sociodemográficos, informações sobre comorbidades e prática de atividade física, além de medidas antropométricas (peso, estatura, IMC, circunferência da panturrilha e espessura do músculo adutor do polegar). A triagem para risco de sarcopenia foi realizada por meio do questionário SARC-CP e da aferição da FPP. Após seis meses, 29 idosos foram reavaliados. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, utilizando o Microsoft Excel 365. **Resultados:** A maioria dos participantes era do sexo feminino, de etnia branca, com baixa escolaridade e renda familiar de até um salário-mínimo. Em ambas as avaliações, prevaleceu a prática de atividade física regular, predominantemente aeróbica, e a ausência de multimorbidade. Os indicadores nutricionais se mantiveram estáveis para a maioria dos participantes, especialmente nos homens. Entre as mulheres, observou-se redução na circunferência da panturrilha, espessura do músculo adutor do polegar e força de preensão palmar. O risco de sarcopenia, avaliado pelo SARC-CP, aumentou no segundo momento, sendo mais evidente no sexo feminino. Apesar disso, a maioria manteve valores dentro da normalidade nos testes de força muscular. **Conclusão:** Em seis meses, as alterações nutricionais observadas foram discretas, com maior impacto entre as mulheres, que apresentaram maior risco de sarcopenia e redução da força muscular. Ainda assim, os bons resultados da maioria dos participantes indicam que a prática regular de atividade física, promovida pelo Centro de Convivência, pode ter contribuído para a preservação da massa e da força muscular, destacando a importância desses espaços na promoção do envelhecimento saudável.

Palavras-Chave: Sarcopenia. Idosos. Avaliação nutricional.

ABSTRACT

Introduction: Sarcopenia is a multifactorial syndrome characterized by the progressive loss of muscle mass, strength, and quality, especially among older adults. Its etiology involves factors such as aging, physical inactivity, nutritional deficiencies, and the presence of comorbidities, and it is often overlooked in clinical practice. Risk assessment for sarcopenia requires a multidimensional approach, including screening tools and muscle strength tests such as handgrip strength (HGS). Interventions such as physical exercise—particularly strength training—and adequate protein intake are essential for its prevention and management. **Objective:** To assess the risk of sarcopenia in older adults attending a Community Center in Rondonópolis, Brazil. **Materials and Methods:** This was a cohort study with a quantitative approach, conducted with 48 older adults aged 60 years or older. Sociodemographic data, information on comorbidities and physical activity, as well as anthropometric measurements (weight, height, BMI, calf circumference, and thickness of the adductor pollicis muscle) were collected. Sarcopenia risk was screened using the SARC-CP questionnaire and assessed via handgrip strength. After six months, 29 participants were reassessed. Data were analyzed using descriptive statistics in Microsoft Excel 365. **Results:** Most participants were female, white, had low educational attainment, and a household income of up to one minimum wage. In both assessments, regular physical activity—mainly aerobic—was predominant, along with the absence of multimorbidity. Nutritional indicators remained stable for most participants, especially among men. In women, reductions in calf circumference, adductor pollicis muscle thickness, and handgrip strength were observed. Sarcopenia risk, as assessed by the SARC-CP, increased in the second evaluation, particularly among women. Nevertheless, most participants maintained normal values in muscle strength tests. **Conclusion:** Over six months, the observed nutritional changes were modest, with greater impact among women, who showed higher sarcopenia risk and reduced muscle strength. Still, the overall positive results suggest that regular physical activity, promoted by the Community Center, may have contributed to preserving muscle mass and strength, highlighting the importance of such spaces in promoting healthy aging.

Keywords: Sarcopenia. Elderly. Nutritional assessment.

INTRODUÇÃO

É conceituada como sarcopenia a síndrome multifatorial que tem como desfecho a perda progressiva de massa, força e qualidade muscular, relacionada à diminuição da função do músculo esquelético, sofrida durante o processo de envelhecimento. Estima-se que 17% da população brasileira, acima dos 50 anos, seja acometida por esta doença, prevalência esta que pode variar caso haja existência ou não da institucionalização da pessoa idosa (Pontes, 2022).

Devido ao seu caráter multifatorial, não só a idade avançada, como também uma série de fatores compõem a sua etiologia, tais como: deficiências nutricionais, alterações hormonais, comorbidades, distúrbios metabólicos, inflamação, efeitos adversos de medicamentos, predisposição genética e ambiental. Além destes, são reconhecidos como fatores contributivos para o declínio da massa e força muscular em idosos, a inatividade física e a nutrição inadequada. Desse modo, considerando a capacidade de modificação comportamental destas variáveis, a adequação dietética e a promoção de um estilo de vida ativo emergem como elementos cruciais na prevenção e no tratamento dessa síndrome, com vistas a proteger a função física e permitir a mobilidade e independência funcional do idoso (Demoliner e Daltoé, 2021).

Neste contexto, a diminuição da massa e força muscular, características da sarcopenia, trazem com si uma série de repercussões que envolvem desde a diminuição da capacidade de realizar atividades diárias, redução da mobilidade, aumento do risco de quedas e fraturas, elevação das taxas de internações hospitalares, dependência física e piora na qualidade de vida, até a elevação da morbidade e mortalidade do idoso. Tais consequências não só afetam a saúde das pessoas com idade mais avançada, mas também geram impactos negativos para toda a população, configurando-se como um problema de saúde pública que demanda maior atenção (Oliveira *et al.*, 2021).

A sarcopenia é negligenciada e subtratada na prática clínica regular. Isso se deve à complexidade de determinar quais variáveis medir, como medi-las, quais pontos de corte considerar, bem como avaliar os efeitos das intervenções terapêuticas (Pontes, 2022). Portanto, é crucial que haja uma maior conscientização sobre a sarcopenia e seus impactos na saúde dos idosos, juntamente com o desenvolvimento de diretrizes claras para sua identificação e tratamento, a fim de melhorar a qualidade de vida e promover o envelhecimento saudável.

Neste sentido, a avaliação do risco de sarcopenia em idosos, conforme diretrizes do European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP), envolve uma abordagem multifacetada. O Questionário SARC-CP é utilizado como ferramenta de triagem inicial para identificar indivíduos com maior probabilidade de sarcopenia. Já o Teste de Preensão Palmar (FPP) é utilizado para confirmar a presença de sarcopenia (Cruz-jentoft *et al.*, 2019).

Além dos métodos mencionados, outros recursos podem ser utilizados como ferramentas adicionais. O Índice de Massa Corporal (IMC), por exemplo, é uma medida padrão para avaliar o estado nutricional dos idosos, enquanto a Circunferência da Panturrilha (CP) é empregada para mensurar a redução da massa muscular e estimar a prevalência de sarcopenia (Lipschitz, 1994; Pagotto *et al.*, 2018).

Ademais, a espessura do músculo adutor do polegar (EMAP) correlaciona-se com os métodos anteriores para diagnóstico de desnutrição e estimativa da massa muscular (Valente *et al.*, 2016). Assim, a sua inclusão na avaliação contribui para uma análise mais abrangente e precisa da condição sarcopênica.

Quanto ao tratamento, a prática de atividade física é uma terapia de primeira linha para controlar a sarcopenia. Dentre os diferentes tipos de exercícios, o treino de força promove um grande efeito sobre o aumento da massa e força muscular (Corona, 2020; Martinez *et al.*, 2014). Além disso, devido ao aumento da necessidade proteica e da dificuldade que os idosos apresentam de atingi-la apenas por meio da alimentação, a suplementação proteica tem sido recomendada como estratégia nutricional crucial em indivíduos com sarcopenia. Tal

suplementação pode aumentar a massa muscular, reduzir complicações, melhorar a força de preensão e produzir ganho de peso (Pontes, 2022).

Diante disso, o objetivo desse trabalho foi avaliar o risco de sarcopenia em idosos frequentadores de um Centro de Convivência em Rondonópolis, MT.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de coorte para avaliar o risco de sarcopenia em idosos residentes do município de Rondonópolis – MT.

Foram incluídos idosos, de ambos os sexos, com mais de 60 anos de idade, frequentadores do Centro de Convivência de Rondonópolis, em dois momentos distintos, em um intervalo de 6 meses, que tinham interesse em participar da pesquisa.

Foram excluídos os indivíduos portadores de necessidades especiais que limitam sua mobilidade e dificultam o processo habitual de aferição das medidas antropométricas de peso, estatura e circunferência da panturrilha. Além destes, não participaram da pesquisa os indivíduos que não souberam relatar informações, aqueles que apresentaram idade inferior a 60 anos, aqueles que não frequentam assiduamente o Centro de Convivência e os próprios funcionários do local de coleta.

A primeira onda foi realizada em agosto de 2024, compondo a linha de base do estudo ou primeira onda. Seis meses depois, em fevereiro de 2025, foi realizada a segunda onda, caracterizada como o seguimento do estudo, contando com a participação dos idosos que continuaram frequentando o centro de convivência.

Para garantir a padronização e a fidedignidade dos resultados, as mesmas técnicas e ferramentas foram utilizadas, com o mesmo avaliador responsável por cada medida.

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário contendo informações sociodemográficas, presença de doenças e prática de exercícios físicos. Considerou-se multimorbidade, a presença de duas ou mais doenças crônicas simultaneamente no mesmo indivíduo, conforme Nguyen *et al.* (2019). Posteriormente, os idosos participaram da triagem com o SARC-CP, aferiram peso e estatura, circunferência da panturrilha (CP), força de preensão palmar (FPP) e espessura do músculo adutor do polegar (EMAP).

A SARC-CP é uma ferramenta que avalia a força muscular, a necessidade da assistência para caminhar, a capacidade de levantar-se de uma cadeira, subir escadas, frequência de quedas e circunferência da panturrilha. Cada item pode ser pontuado de 0 a 2, sendo 0 nenhuma dificuldade, 1 alguma dificuldade, e 2 muita dificuldade ou incapaz de realizar. No item quedas,

0 corresponde a nenhuma queda, 1 corresponde de 1 a 3 quedas e 2 corresponde a 4 ou mais quedas. Já a circunferência da panturrilha segue um critério de ponto de corte: valores iguais ou superiores a 33 cm recebem 10 pontos, e inferiores a 33 cm recebem 0 pontos; para homens, o ponto de corte é de 34 cm. O escore final pode variar de 0 a 20, sendo que a pontuação 11 é considerada preditiva de sarcopenia (Malmstrom e Morley, 2013).

Após a aplicação dos questionários, foram investigados e aferidos os dados antropométricos peso e estatura, para isso foram utilizadas balança digital marca AVA nutri® com capacidade máxima de 180 kg para aferição do peso e estadiômetro portátil da marca Sanny com capacidade de 210 cm e precisão de 1 cm para aferição da estatura, na realização da antropometria. Em seguida, foi realizado cálculo do índice de massa corporal (IMC), variável utilizada para classificação do estado nutricional do idoso, que foi calculado pela razão entre o peso e o quadrado da altura, seguindo os critérios de Lipschitz (1994), sendo utilizado nesta pesquisa as categorias de Baixo Peso, quando o IMC é inferior a 22 kg/m²; Eutrofia, IMC entre 22 e 27 kg/m²; e excesso de peso, IMC superior 27 kg/m².

A circunferência da panturrilha (CP) foi aferida utilizando fita métrica inelástica, com precisão de 1 cm. O indivíduo foi posicionado sentado, com a perna pendendo relaxadamente, com o peso distribuído igualmente entre ambos os pés, conforme protocolos adaptados do Mini Nutritional Assessment (MNA) (Piodena-Aportadera *et al.*, 2022). Inicialmente, solicitou-se que o participante levantasse a perna da calça, expondo totalmente a panturrilha. Em seguida, a fita métrica foi posicionada ao redor da região de maior diâmetro da panturrilha direita, identificada previamente. Medidas adicionais foram realizadas acima e abaixo desse ponto para garantir que a maior circunferência fosse registrada. A fita métrica foi mantida em ângulo reto em relação ao comprimento da panturrilha durante as medições, e diferenças de até 0,1 cm foram consideradas para registro final. Adotou-se como ponto de corte os valores de 33 cm nas mulheres e 34 cm nos homens, de acordo com o estudo de Pagotto *et al.*, (2018).

A Força de Preensão Palmar (FPP) foi aferida por meio de um dinamômetro da marca Jamar. Para isso, foram realizadas três medidas da mão direita e três da mão esquerda, de forma intercalada, utilizando-se o maior valor obtido em ambas, como o resultado do teste. As medidas foram feitas com os indivíduos sentados, com as costas e os braços apoiados nos encostos, com o ombro relaxado e cotovelos flexionados a 90°. Foi solicitado que a pessoa idosa faça a maior força de compressão que conseguir sob a alça do aparelho enquanto a avaliadora o estimula e observa a maior marcação (Roberts *et al.*, 2011). O EWGSOP2 adota as notas para diminuição da força de preensão manual <27 kg para homens ou <16 kg para mulheres (Cruz-jentoft *et al.*, 2019).

A medida da EMAP foi realizada com o paciente sentado, o braço flexionado a aproximadamente 90° com o antebraço e mão relaxada apoiada sobre o joelho. Foi utilizado um adipômetro da marca Sanny para pinçar o músculo adutor no vértice de um triângulo imaginário formado pela extensão do polegar e indicador, como descrito por Lameu *et al.*, 2004. O procedimento foi realizado na mão dominante e não dominante por três vezes, sendo usada a média como medida da EMAP. Adotou-se como ponto de corte o parâmetro descrito por Vaez *et al* (2021), com os valores de 17,63mm para mulheres e de 18,51mm para homens para avaliar massa muscular e sarcopenia nesse grupo etário.

Considerando que a pesquisa envolve seres humanos, o estudo seguiu as diretrizes da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo aprovado pelo Comitê de Ética sob o parecer nº 7.217.406/2024 e CAAE (80847524.9.0000.5692). A participação foi efetivada por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Por fim, para a tabulação dos dados foi utilizado o programa Microsoft 365, Office 2023®, onde foi aplicada a análise estatística descritiva através de porcentagem para verificar o risco de sarcopenia.

RESULTADOS

Na linha de base foram avaliados 48 idosos, sendo a maioria do sexo feminino (n=39), com 65 a 69 anos (n=14), raça/cor branca (n=25), viúvo (n=22), que estudou até o ensino fundamental (n=18) e que possui renda familiar de até 1 salário-mínimo (n=19). No seguimento, 29 idosos foram avaliados, sendo a maioria do sexo feminino (n=23), com 75 a 79 anos (n=8), raça/cor branca (n=14), casado ou em uma união estável (n=14), que estudou até o ensino fundamental (n=11) e que pertenciam a famílias com renda de até 1 salário-mínimo (n=10) ou superior a 3 salários-mínimos (n=10), conforme evidenciado na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização demográfica e socioeconômica dos idosos avaliados quanto ao risco de sarcopenia, Rondonópolis-MT, 2024.

Variável	Total (linha de base)		Total (seguimento)	
	n	%	n	%
Total de Participantes	48	100	29	100
Sexo				
Masculino	9	18,8	6	20,7
Feminino	39	81,2	23	79,3
Faixa etária				
60 a 64 anos	9	18,7	7	24,1

65 a 69 anos	14	29,2	7	24,1
70 a 74 anos	7	14,6	4	13,9
75 a 79 anos	11	22,9	8	27,6
80 a 84 anos	4	8,3	3	10,3
85 a 89 anos	2	4,2	0	0
90 a 95 anos	1	2,1	0	0
Raça/Cor				
Branca	25	52,1	14	48,3
Parda	17	35,4	11	38
Preta	5	10,4	3	10,3
Amarela	1	2,1	1	3,4
Estado civil				
Casado/ União estável	17	35,4	14	48,3
Solteiro	1	2,1	0	0
Viúvo	22	45,8	10	34,5
Divorciado	8	16,7	5	17,2
Escolaridade				
Nenhuma	4	8,3	2	6,9
Ensino Fundamental	18	37,5	11	38
Ensino Médio	14	29,2	7	24,1
Ensino Superior	12	25	9	31
Renda familiar				
Até 1 salário-mínimo	19	39,6	10	34,5
1 a 2 salários-mínimos	10	20,8	5	17,2
2 a 3 salários-mínimos	5	10,4	4	13,8
Acima de 3 salários-mínimos	14	29,2	10	34,5

Fonte: As autoras, 2025.

Com relação ao estilo de vida (Tabela 2), observou-se, na linha de base, maior percentual de idosos que não apresentam multimorbidade (n=34), praticantes de atividade física de 2 a 3 vezes na semana (n=32) e que priorizam os exercícios aeróbicos (n=40). No seguimento, também foi observado maior percentual de idosos que não apresentam multimorbidade (n=21), praticantes de atividade física de 2 a 3 vezes na semana (n=20) e que priorizam os exercícios aeróbicos (n=23).

Tabela 2. Variáveis de estilo de vida e presença de comorbidades em idosos avaliados quanto ao risco de sarcopenia, Rondonópolis-MT, 2024 e 2025.

Variável	Total (linha de base)		Total (seguimento)	
	n	%	n	%
Presença de multimorbidades				
Não	34	70,8	21	72,4
Sim	14	29,2	8	27,6
Prática de exercícios físicos				
Frequência				
Nunca	0	-	0	0
1 vez por semana	2	4,2	2	6,9
2 a 3 vezes por semana	32	66,7	20	69

4 a 5 vezes por semana	9	18,7	5	17,2
6 a 7 vezes por semana	5	10,4	2	6,9
Tipos				
Treinamento de Força	6	12,5	5	17,2
Aeróbicos	40	83,3	23	79,3
Treinamento de flexibilidade e equilíbrio	2	4,2	1	3,5

Fonte: As autoras, 2025.

A Tabela 3 apresenta as médias das variáveis nutricionais nos dois momentos distintos do estudo, ou seja, na avaliação inicial ou linha de base (1ª onda) e no seguimento (2ª onda). Nas colunas que representam o total da linha de base estão incluídos os resultados referentes a todos os 48 participantes do estudo, separados por sexo. Enquanto nas colunas que representam o total do seguimento estão incluídos apenas os 29 participantes que foram avaliados nos dois momentos do estudo, também separados por sexo. Quanto aos idosos que não participaram do seguimento do estudo, a ausência ocorreu devido a óbito (n=1), agravamento do estado de saúde (n=14), mudança de cidade (n=1) e baixa assiduidade nas atividades do centro de convivência (n=3).

Com relação às variáveis nutricionais, observou-se que as médias de Peso (kg), Índice de Massa Corporal (kg/m²), Circunferência da Panturrilha, Espessura do Músculo Adutor do Polegar (mm) e Força de Preensão Palmar (kg), para os 6 indivíduos do sexo masculino que estiveram presentes nos dois momentos do estudo, sofreram aumento da primeira para a segunda onda. No que tange ao público feminino, que representa a maior parte da amostra também no seguimento (n=23), observou-se um aumento apenas na média do Índice de Massa Corporal (kg/m²), durante os 6 meses. As médias de Circunferência da Panturrilha (cm), Espessura do Músculo Adutor do Polegar (mm) e Força de Preensão Palmar (kg) sofreram uma redução e as médias de Peso (kg) e Estatura (m), para este público, mantiveram-se iguais nas duas avaliações.

Tabela 3. Médias das variáveis nutricionais em idosos acompanhados quanto ao risco de sarcopenia, Rondonópolis-MT, 2024 e 2025.

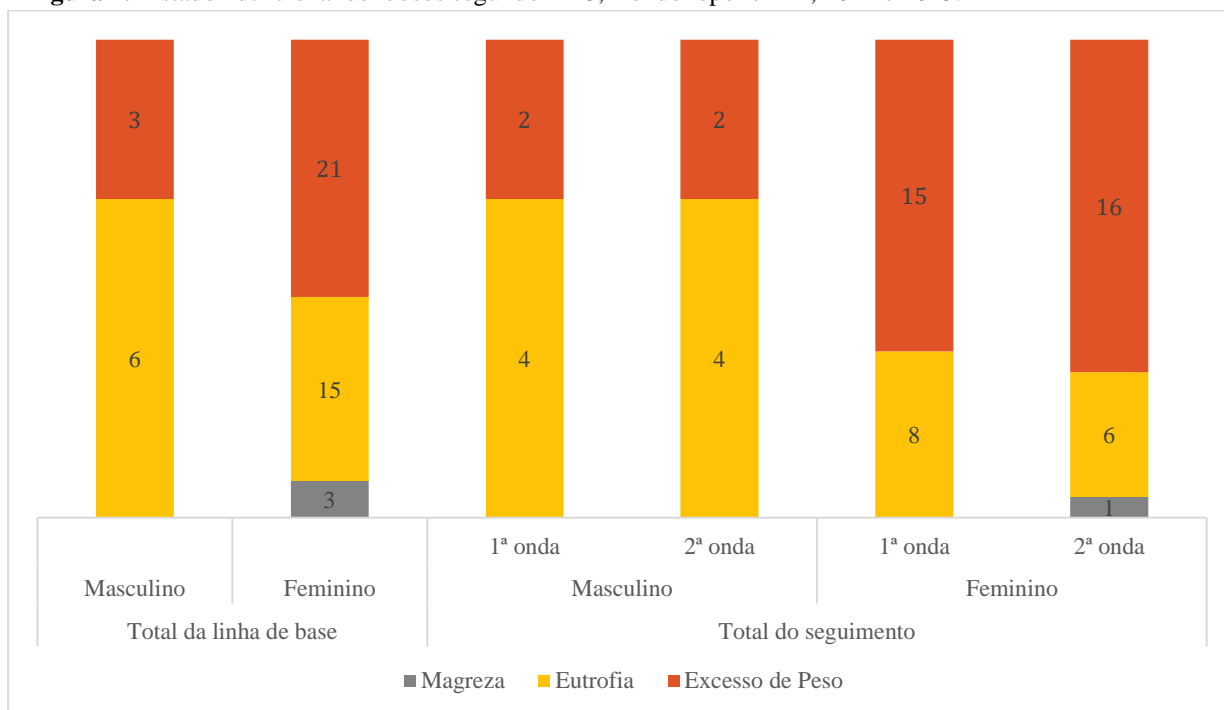
Variável	Total (linha de base)		Total (seguimento)			
	Masculino	Feminino	Masculino		Feminino	
			1ª onda	2ª onda	1ª onda	2ª onda
Peso (kg)	74,9	68,1	73,9	75,2	71,4	71,4
Estatura (m)	1,70	1,56	1,68	1,67	1,56	1,56
Índice de Massa Corporal (kg/m ²)	25,8	28	26,4	26,9	29,2	29,4
Circunferência da Panturrilha (cm)	35,1	36,8	35,3	35,7	37,9	37,4
Espessura do Músculo do Adutor do polegar (mm)						
Mão dominante	11,9	11,1	11,8	12,4	11,4	10,5

Mão não-dominante	10,8	10,4	9,7	10,8	10,8	10,3
Força de Preensão Palmar (kg)						
Mão dominante	29,8	19,4	32,5	32,7	21,1	20,4
Mão não-dominante	24,6	17,5	26,7	27,8	18,8	18,4

Fonte: As autoras, 2025.

Quanto ao estado nutricional segundo o Índice de Massa Corporal (IMC) dos idosos (Figura 1), observou-se que entre os homens, durante a linha de base do estudo, houve um perfil com predominância para eutrofia (n=6), já no caso das mulheres, o excesso de peso (n= 21) foi a condição mais frequente, embora também tenham sido registrados casos de magreza (n=3) e eutrofia (n=15). No que se refere apenas aos participantes do seguimento do estudo, para o sexo masculino não houve diferenças entre a 1ª e a 2ª onda, com predominância de eutrofia em ambas. Já entre as mulheres, o excesso de peso foi o perfil mais prevalente nas duas ondas (n=15 e n=16, respectivamente), o que indica maior prevalência desse indicador nutricional no sexo feminino. Além disso, na segunda onda, verificou-se o surgimento de 1 caso de magreza entre as mulheres.

Figura 1. Estado nutricional de idosos segundo IMC, Rondonópolis-MT, 2024 e 2025.

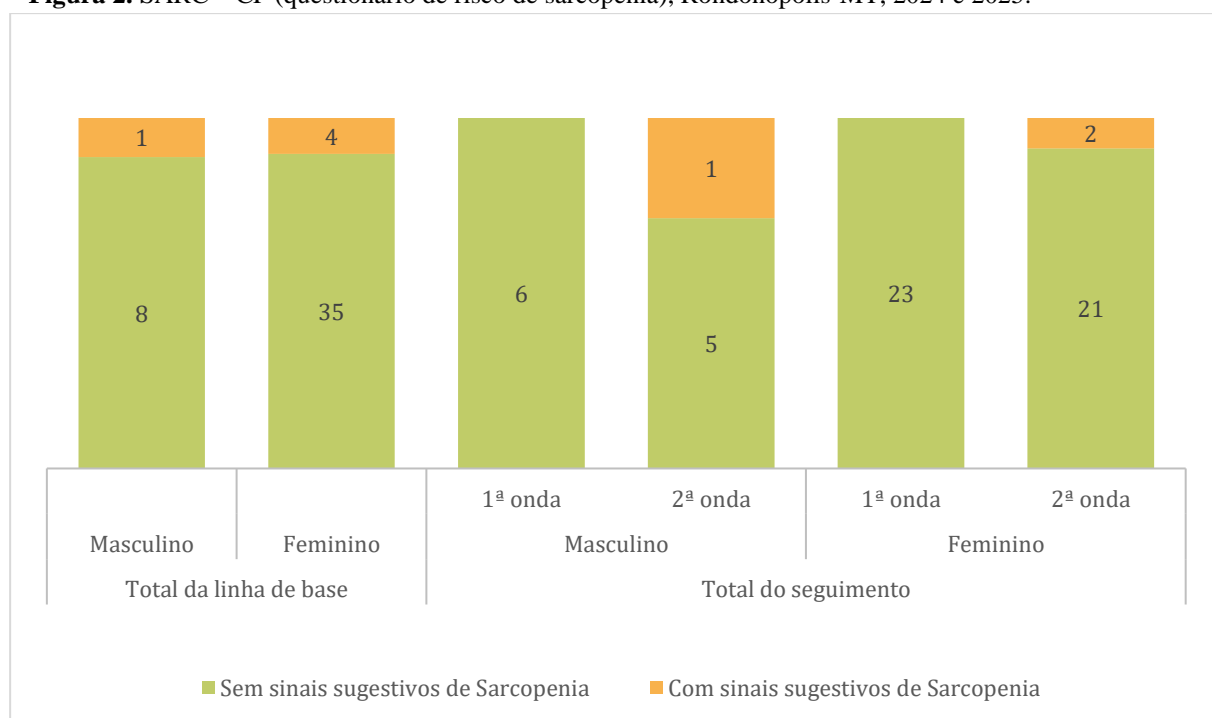


Fonte: As autoras, 2025.

A aplicação do questionário SARC-CP (Figura 2) revelou que, durante a linha de base do estudo, foram identificados 5 idosos com risco de sarcopenia, sendo a maioria do sexo feminino (n=4). No entanto, quando excluídos os participantes que não retornaram para a

segunda avaliação, observa-se que na 1ª onda, em ambos os sexos, não houve idosos com sinais sugestivos de sarcopenia. Enquanto na 2ª onda, observou-se um aumento na prevalência de sinais sugestivos de sarcopenia, sendo que 16,7% eram do sexo masculino e 8,7% do sexo feminino.

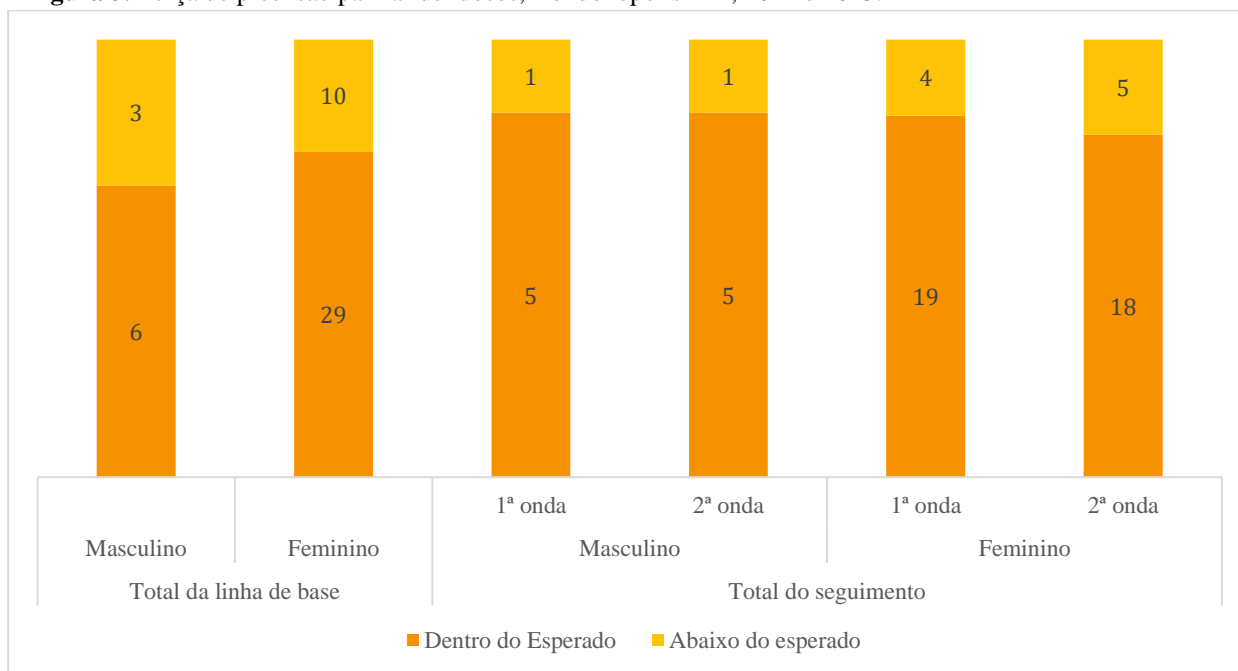
Figura 2. SARC – CP (questionário de risco de sarcopenia), Rondonópolis-MT, 2024 e 2025.



Fonte: As autoras, 2025.

A avaliação da força de preensão palmar (Figura 3) demonstrou que, durante a linha de base do estudo, a maioria dos idosos apresentava força de preensão palmar dentro da normalidade (n=35). No que se refere aos idosos que participaram de ambas as avaliações, entre os idosos do sexo masculino, 16,7% apresentaram valores abaixo do esperado em ambas as ondas, enquanto para o sexo feminino, 17,4% apresentaram força de preensão reduzida na primeira onda, percentual que aumentou para 21,7% na segunda onda.

Figura 3. Força de prensão palmar de idosos, Rondonópolis-MT, 2024 e 2025.



Fonte: As autoras, 2025.

DISCUSSÃO

Quanto ao perfil sociodemográfico dos idosos avaliados, os achados deste estudo apontam a predominância do sexo feminino, de etnia branca, com baixo nível de escolaridade e com maior prevalência de excesso de peso entre as mulheres, o que está em consonância com a literatura científica (Nunes *et al.*, 2021).

Esta predominância do gênero feminino foi observada tanto na 1ª onda (81,2%), quanto na 2ª onda (79,3%) do estudo. Em pesquisa conduzida por Massad e Espinosa (2022), envolvendo 312 idosos acompanhados pela Estratégia de saúde da família em Várzea Grande/MT, também foi observada a prevalência de mulheres idosas (73,7%) entre os entrevistados. Resultados semelhantes foram encontrados em outro estudo realizado em São Carlos, com 234 idosos, sendo 68,3% da amostra composta por indivíduos do sexo feminino (Nunes *et al.*, 2021). Tal predominância pode ser explicada devido ao fato de que mulheres apresentam maior expectativa de vida do que homens, segundo Massad e Espinosa (2022), o

que pode levá-las a buscar atividades coletivas para cuidar da saúde, em ambientes como o próprio Centro de Convivência em que o estudo foi realizado.

Com relação à raça/cor dos participantes, predominaram os idosos que se autodeclararam como brancos, em ambos os momentos do estudo, com percentual de 52,1% na 1ª onda e 48,3% na 2ª. Uma possível explicação para a maior adesão desse grupo às atividades do Centro de Convivência está alinhada aos achados de Moura (2021), que, ao investigar as desigualdades nas condições de saúde entre idosos brancos e negros na cidade de São Paulo, identificou que os idosos brancos tendem a apresentar melhores condições socioeconômicas, maior acesso e utilização de serviços de saúde, além de melhores indicadores de saúde em geral. Esses fatores podem os tornar mais propensos a manterem-se ativos e engajados em atividades de lazer e práticas físicas, que contribuem para a promoção e manutenção da saúde durante o envelhecimento.

No primeiro momento do estudo, a maioria dos idosos era viúvo (45,8%), enquanto no segundo momento observou-se um predomínio de idosos casados (48,3%). Resultados semelhantes foram encontrados por Maciel *et al.* (2024), em um estudo com frequentadores de um Centro de Convivência em Criciúma (SC), onde os idosos casados também representavam a maioria. Essa maior participação pode ser explicada pelo fato de que, conforme apontado pelos autores, o estado civil é um importante determinante da saúde na velhice, sendo o casamento associado a melhor qualidade de vida e menor prevalência de depressão e ansiedade — fatores que podem incentivar uma maior adesão às atividades sociais e físicas oferecidas nesses espaços.

Em relação à escolaridade, observou-se a predominância de idosos com nível de instrução até o ensino fundamental em ambos os momentos do presente estudo, correspondendo a 37,5% na 1ª onda e 38% na 2ª. Zanin *et al.* (2018), em estudo realizado com idosos residentes em instituições de longa permanência no município de Passo Fundo (RS), destacam que o baixo nível de escolaridade entre essa população pode ser atribuído ao contexto histórico e sociocultural de sua infância, período em que a educação formal era pouco valorizada, especialmente no caso das mulheres. Esses achados reforçam a influência das condições socioculturais do passado sobre o perfil educacional da atual população idosa.

Quanto à renda familiar, no primeiro momento da pesquisa observou-se uma predominância de idosos com rendimento de até 1 salário-mínimo. Já na segunda avaliação, verificou-se uma distribuição mais equilibrada, com 34,5% dos participantes pertencendo tanto à faixa de até 1 salário-mínimo quanto à de mais de 3 salários-mínimos. A mudança no perfil

socioeconômico da amostra ao longo do tempo pode estar relacionada à menor assiduidade de idosos com menor renda às atividades do Centro de Convivência.

Essa hipótese é sustentada pela revisão sistemática de Rodrigues *et al.* (2017), que investigou as condições socioeconômicas e a prática de atividades físicas em adultos e idosos, a qual demonstrou que pessoas, sobretudo idosas, que possuem menor renda familiar per capita estão mais sujeitas a uma prática insuficiente de atividade física no tempo de lazer, sugerindo que fatores econômicos podem limitar o acesso e a continuidade da participação em atividades físicas regulares.

No que se refere ao estilo de vida, a amostra deste estudo apresentou-se integralmente ativa, o que pode ser atribuído, em grande parte, à participação dos idosos nas atividades oferecidas pelo Centro de Convivência, como vôlei, ginástica e hidroginástica. O fato de 100% dos participantes relatarem a prática de exercícios físicos difere do observado por Carvalho *et al.* (2017), ao investigarem a prática de atividade física entre 383 idosos atendidos pelo Programa de Saúde da Família no município de Floriano-PI, os quais constataram que a maioria (74,8%) não realizava nenhuma prática regular de exercício. Essa discrepância pode ser explicada pelo contexto diferenciado dos participantes do presente estudo, os quais já estão inseridos em um ambiente que promove ativamente o envelhecimento saudável por meio da prática de atividades físicas regulares.

Ainda em relação à prática de atividades físicas, o presente estudo identificou que, tanto na linha de base quanto no seguimento, os idosos de ambos os sexos priorizavam a realização de exercícios aeróbicos, com prevalência de 83,3% e 79,3%, respectivamente, sendo a frequência mais comum de 2 a 3 vezes por semana (32% na primeira onda e 20% na segunda). Esses achados estão em consonância com o estudo de Morais e Viebig (2020), que também observou que a maioria dos idosos praticava atividade física ao menos duas vezes por semana, embora não tenha especificado os tipos de exercícios realizados.

Corroborando esses dados, Maniero e Alves Filho (2024), ao avaliarem 100 idosos atendidos em um ambulatório de Cascavel-PR, constataram a preferência por atividades aeróbicas (53,8%), especialmente a caminhada (35,9%). Quanto à frequência, identificaram que a maioria dos participantes praticava exercícios físicos menos de três vezes por semana (42,6%), o que reforça a tendência de adesão moderada à prática de atividade física entre os idosos, com ênfase em atividades de caráter aeróbico.

No que tange à presença de comorbidades, na primeira etapa da pesquisa, a maioria dos idosos de ambos os sexos relatou não apresentar multimorbidade (70,8%), enquanto 29,2% referiram a sua presença. No seguimento, o perfil manteve-se semelhante, com 72,4% dos

participantes sem multimorbidade e 27,6% com múltiplas doenças. Em consonância com esses achados, Melo e Lima (2020) identificaram que idosos fisicamente inativos apresentavam maior prevalência de multimorbidade, uma vez que esse hábito está associado ao aumento da incidência de quedas, debilidade física, obesidade e outras complicações de saúde. Dessa forma, a baixa prevalência dessa condição encontrada no presente estudo pode estar relacionada ao fato de que todos os participantes praticavam atividade física regularmente.

No que se refere ao estado nutricional dos idosos segundo o Índice de Massa Corporal (IMC), observou-se um predomínio de eutrofia entre homens em ambas as fases do estudo. Já entre as mulheres, o excesso de peso prevaleceu, na primeira e na segunda onda, com o surgimento de um caso de magreza na avaliação final. Um estudo conduzido por Massad *et al.* (2024), também identificou uma elevada prevalência de excesso de peso entre as idosas do sexo feminino (62,3%), justificando esse achado pelo maior acúmulo de gordura visceral decorrente da redução da produção de estrogênio durante a menopausa.

Embora amplamente utilizado, o IMC não é considerado o parâmetro mais adequado para avaliar o estado nutricional do idoso. De acordo com Silva *et al.* (2025), esse índice apresenta sensibilidade baixa ou moderada para estimar o excesso de gordura corporal. No entanto, é um método validado de fácil aplicação. Diante as suas limitações, esse estudo recorreu a outros indicadores complementares para uma avaliação mais abrangente, como a circunferência da panturrilha (CP), a espessura do musculo adutor do polegar (EMAP) e a força de preensão palmar (FPP), visando complementar a avaliação nutricional dos participantes de forma mais precisa.

Quanto às variáveis nutricionais, destaca-se a análise das médias da circunferência da panturrilha (CP), um indicador importante para o rastreamento da perda de massa muscular e do risco de desenvolvimento de sarcopenia (Silva *et al.*, 2021). Em ambos os momentos da pesquisa, as médias de CP dos idosos de ambos os sexos permaneceram acima dos pontos de corte propostos por Pagotto *et al.* (2017), de 33 cm para mulheres e 34 cm para homens. Esses achados são consistentes com os de Antonini *et al.* (2020), que, ao compararem idosos ativos e institucionalizados no interior paulista, encontraram médias de CP superiores ao ponto de corte (37,21 cm) entre os idosos fisicamente ativos.

A explicação para esses resultados positivos pode estar relacionada ao perfil da amostra, composta predominantemente por idosos fisicamente ativos. Esse achado está em consonância com a literatura, que reconhece a prática regular de exercícios físicos como um fator protetor contra o desenvolvimento da sarcopenia, uma vez que favorece a preservação da

massa muscular e, conseqüentemente, a manutenção da circunferência da panturrilha em valores adequados ao longo do processo de envelhecimento (Carvalho *et al.*, 2022).

Em relação à espessura do músculo adutor do polegar (EMAP), observou-se que, em ambos os momentos do estudo e para ambos os sexos, as médias ficaram significativamente abaixo dos pontos de corte estabelecidos por Vaez *et al.* (2021), de 17,63 mm para mulheres e 18,51 mm para homens. No caso dos indivíduos do sexo masculino, a EMAP aferida na mão não dominante apresentou média de 9,7 mm na primeira onda e 10,8 mm na segunda. Já para as mulheres, as médias foram de 10,8 mm na primeira onda e 10,3 mm na segunda. Resultados semelhantes foram encontrados por Chaves *et al.* (2024), em um estudo com 95 idosos atendidos em um ambulatório de geriatria de um hospital universitário, cuja média da EMAP na mão não dominante foi de 10,49 mm, independentemente do sexo.

Em contrapartida, Moraes e Pereira (2024), ao avaliarem 160 pacientes do serviço de nefrologia de um hospital em Goiás, identificaram médias ainda menores, de 8,21 mm para homens e 6,26 mm para mulheres, atribuídas, pelas autoras, às alterações metabólicas associadas à perda da função renal, que impactam negativamente a composição corporal. Assim, embora os valores encontrados no presente estudo estejam abaixo dos pontos de corte propostos para a população geral, eles permanecem dentro de uma faixa semelhante à observada em outros estudos com idosos ambulatoriais (Chaves *et al.*, 2024; Morais e Viebig, 2020), indicando que a EMAP pode variar amplamente de acordo com o perfil clínico e funcional da população avaliada. Nesse sentido, ainda são necessários mais estudos que visem estabelecer pontos de corte mais específicos e sensíveis para diferentes contextos clínicos e faixas etárias, especialmente em populações com condições crônicas ou em processo de envelhecimento.

A respeito da variação da FPP, observou-se que os homens mantiveram o mesmo percentual de força dentro do esperado nas duas ondas (83,3%). Entre as mulheres, esse percentual diminuiu de 82,6% para 78,3% entre a primeira e a segunda avaliação. Esses resultados reforçam a diferença entre os sexos em relação a força muscular. Em uma revisão integrativa realizada por Zanin C *et al.* (2018), ficou constatado que a FPP do sexo masculino foi maior que a do sexo feminino, em todas as faixas etárias avaliadas, o que evidencia uma maior vulnerabilidade das mulheres ao declínio da força muscular com o avançar da idade.

Inicialmente, nenhum dos idosos participantes do seguimento apresentou risco de sarcopenia na 1ª onda do estudo. No entanto, na 2ª onda, 16,7% dos homens e 8,7% das mulheres passaram a apresentar risco segundo o questionário SARC-CP. Em um estudo semelhante realizado no interior de São Paulo, Morais e Viebig (2020) não identificaram idosos com risco para sarcopenia segundo o mesmo instrumento. Segundo os autores, essa menor

prevalência pode estar relacionada à prática de atividade física regular pelos participantes, que, assim como os idosos avaliados neste estudo, frequentavam um centro de convivência e participavam ativamente das atividades físicas propostas.

É importante salientar que os idosos que permaneceram no seguimento do estudo eram, em geral, mais velhos que aqueles que não retornaram para o seguimento, fator que pode ter contribuído para o surgimento do risco de sarcopenia na segunda onda, considerando a relação direta entre envelhecimento e declínio progressivo da massa e função muscular. Esse achado é coerente com o estudo de Barbosa Filho *et al.* (2024) que identificou que a idade avançada pode ser associada a um maior risco de sarcopenia. A presença de risco, mesmo entre idosos ativos, destaca a relevância de abordagens para o envelhecimento saudável, que envolva não apenas a prática de atividade física, mas também suporte social contínuo.

Sendo assim, os centros de convivência para idosos exercem um papel importante na promoção do envelhecimento saudável e ativo. Segundo Maciel *et al.* (2024), as ações desenvolvidas nesses ambientes podem impactar positivamente na qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos. Além disso, Lima Filho *et al.* (2019) destaca que esses espaços contribuem para a construção de redes de relacionamentos e apoio social. Tal aspecto é importante pois reduz o risco de isolamento social, condição comumente associada ao envelhecimento. No presente estudo, o centro de convivência pode ter influenciado positivamente nos resultados observados, especialmente no que se refere ao menor risco de sarcopenia entre os participantes.

Com base nos resultados encontrados, foi possível observar que, após 6 meses, a maioria dos idosos que foi avaliada em ambos os momentos do estudo não apresentou mudanças importantes em suas características nutricionais, com exceção do surgimento de idosos com sinais sugestivos de sarcopenia, avaliado pelo questionário SARC-CP. De modo geral, o presente estudo identificou que o risco de sarcopenia foi mais evidente entre as mulheres, que também apresentaram maior frequência de resultados abaixo do esperado na avaliação da Força de Preensão Palmar. Além disso, esse grupo foi o que demonstrou piora desses indicadores ao longo do tempo, evidenciando um aumento tanto no risco de sarcopenia quanto na redução da força muscular entre a primeira e a segunda onda do estudo.

Resultados compatíveis foram apresentados em um estudo longitudinal inglês conduzido por Yang, Smith e Hamer (2018), que acompanhou 3404 idosos por 8 anos para identificar fatores de risco específicos por gênero que levavam à incidência de sarcopenia. O estudo em questão identificou que, dentre os adultos ingleses mais velhos, as mulheres apresentaram risco 20% maior de desenvolver sarcopenia do que os homens, ao longo dos 8

anos de acompanhamento. Mais do que isso, o estudo ainda revelou que há um maior benefício para homens na prevenção da sarcopenia devido a fatores sociais, como riqueza, e à prática de ambas as atividades físicas moderadas e vigorosas. Entretanto, cabe salientar que o estudo apresentou limitações metodológicas, uma vez que utilizou exclusivamente a força de preensão palmar para confirmar a presença de sarcopenia.

De forma semelhante, o presente estudo também possui limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Trata-se de uma coorte com tempo de acompanhamento relativamente curto, de apenas seis meses entre as coletas, o que pode ter sido insuficiente para captar mudanças significativas relacionadas ao risco de sarcopenia. Além disso, houve uma redução expressiva na amostra, que passou de 48 idosos na linha de base para apenas 29 no seguimento, comprometendo o poder estatístico e aumentando o risco de viés de seleção. Outra limitação importante refere-se à dificuldade de encontrar estudos de coorte que avaliem a sarcopenia de forma idêntica à adotada nesta pesquisa, o que dificultou as comparações diretas com a literatura. Essa heterogeneidade nos métodos de avaliação do risco de sarcopenia entre os estudos também impacta na discussão e interpretação dos dados, reforçando a necessidade de maior padronização nas ferramentas de rastreamento e diagnóstico da sarcopenia em populações idosas.

CONCLUSÃO

Conclui-se que, no período de seis meses, as mudanças nas características nutricionais dos idosos avaliados foram discretas, sendo mais evidentes entre as mulheres, que apresentaram maior risco de sarcopenia e pior desempenho na força de preensão palmar. Esses achados reforçam a vulnerabilidade do sexo feminino ao declínio da massa e função muscular no envelhecimento, mesmo entre indivíduos fisicamente ativos. Em contrapartida, é importante destacar que os resultados da maioria dos participantes foram surpreendentemente positivos em relação aos indicadores nutricionais avaliados, considerando a baixa prevalência de risco de sarcopenia identificada, associada ao estilo de vida majoritariamente ativo dos entrevistados.

Destaca-se, portanto, o papel fundamental do Centro de Convivência na promoção do envelhecimento saudável, sendo que a participação regular dos idosos em atividades físicas oferecidas nesse ambiente pode ter contribuído para a preservação da força e da massa muscular, favorecendo a prevenção ou o retardamento da sarcopenia. Esses dados ressaltam a importância de políticas públicas que incentivem a manutenção de espaços comunitários

voltados à prática de atividades físicas e ao fortalecimento do convívio social, elementos essenciais para a qualidade de vida na terceira idade.

Além disso, enfatiza-se o papel do nutricionista como parte fundamental na equipe multiprofissional do cuidado à pessoa idosa. Esse profissional é essencial para a prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis, destacando-se, a sarcopenia, por meio da identificação do estado nutricional do idoso e manejo dietético individualizado. Dessa forma, o nutricionista contribui diretamente para a preservação da massa muscular, funcionalidade, saúde e autonomia durante o processo de envelhecimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTONINI, L. M. *et al.* Avaliação nutricional em idosos ativos e institucionalizados por meio da bioimpedância. **Colloquium Vitae**, [S. l.], v. 12, n. 1, p. 20–28, 2020. Disponível em: <https://journal.unoeste.br/index.php/cv/article/view/3316>. Acesso em: 15 jan. 2025.

BARBOSA FILHO, M. A. C. B. *et al.* Aspectos associados ao risco de sarcopenia em pessoas idosas. **Revista Ibero-americana de saúde e envelhecimento**, v. 10, n. 2, p. 94-108, nov. 2024. Disponível em: https://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/708. Acesso em: 06 dez. 2024.

CARVALHO, D. A. *et al.* Prevalência da prática de exercícios físicos em idosos e sua relação com as dificuldades e a falta de aconselhamento profissional específico. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 25, n. 1, p. 29-40, mar. 2017. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rbcm/article/view/6467>. Acesso em: 07 dez. 2024.

CARVALHO, D. N. R. *et al.* Avaliação da circunferência da panturrilha como preditora para sarcopenia em idosos e sua relação com o sedentarismo. **Revista de Casos e Consultoria**, v. 13, n. 1, abr. 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/casoseconsultoria/article/view/27847>. Acesso em: 10 fev. 2025.

CHAVES, T. R. *et al.* Espessura do músculo adutor do polegar na avaliação nutricional de idosos atendimento em ambulatório de hospital universitário. **Revista FT**, v. 28, n. 134, mai. 2024. Disponível em: <https://revistaft.com.br/espessura-do-musculo-adutor-do-polegar-na-avaliacao-nutricional-de-idosos-atendimento-em-ambulatorio-de-hospital-universitario/>. Acesso em: 18 nov. 2024.

CORONA, L. P. Prevenção da sarcopenia no idoso. **Revista Kairós-Gerontologia**, [S.l.], v. 23, p. 117–127, 2020. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/50854>. Acesso em: 22 mar. 2025.

CRUZ-JENTOFT, A.J. *et al.* Writing Group for the European Working Group on Sarcopenia in Older People 2 (EWGSOP2), and the Extended Group for EWGSOP2. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. **Age Ageing**. [S.l.], v. 39, n.4, p. 412-423, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30312372/>. Acesso em: 24 nov. 2024.

DEMOLINER, F.; DALTOÉ, L. Importância da nutrição na prevenção e tratamento da sarcopenia em idosos. **Revista Científica Perspectiva: Ciência e Saúde**, Osório, v. 6, n. 1, p. 67-74, Jun/Jul 2021. Disponível em: <https://cientifica.cnec.br/index.php/revista-perspectiva/article/download/134/135/402>. Acesso em: 28 fev. 2025.

LAMEU, E.B. *et al.* Adductor pollicis muscle: a new anthropometric parameter. **Rev Hosp Clin Fac Med Univ São Paulo**, São Paulo, v. 59, n. 2, p. 57-62, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rhc/a/vvCxLSkT8HX5JKvVqLPfHvb/>. Acesso em: 15 jan. 2025.

LIMA FILHO, B. *et al.* Perfil dos idosos participantes de grupos de convivência em unidades básicas de saúde do município de Santa Cruz, RN, Brasil. **Revista Kairós-Gerontologia**, [S. l.], v. 22, n. 1, p. 273–290, 2019. DOI: 10.23925/2176-901X.2019v22i1p273-290. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/43616>. Acesso em: 22 abr. 2025.

LIPSCHITZ, D.A. Screening for nutritional status in the elderly. **Primary Care**, [S.l.], v.21, n. 1, p. 55-65, 1994. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8197257/>. Acesso em: 05 mar. 2025.

MACIEL, P. M. et al. Avaliação da qualidade de vida dos idosos que frequentam um Centro de Convivência da Terceira Idade. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 22, n. 3, jul./set. 2024. Disponível em: <https://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/view/935>. Acesso em: 05 mar. 2025.

MALMSTROM, T. K.; MORLEY, J. E. SARC-F: a simple questionnaire to rapidly diagnose sarcopenia. *Journal of the American Medical Directors Association*, [S. l.], v. 14, n. 8, p. 531–532, Aug. 2013. DOI: 10.1016/j.jamda.2013.05.018. Disponível em: <https://fitgreystrom.com/wp-content/uploads/2019/12/Malmstrom-Edit-SARC-F-questionnaireJAMDAAug2013.pdf>. Acesso em: 4 mar. 2025.

MANIERO, J. A.; FILHO, J. R. A. Análise da prevalência e tipos de atividades físicas entre idosos acima de 60 anos: Um estudo quantitativo em um ambulatório público de Cascavel. **Research, Society and Development**, v.13, n. 11, nov. 2024. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/47470/37436/489239>. Acesso em: 19 fev. 2025.

MARTINEZ, B. P. *et al.* Sarcopenia em idosos: um estudo de revisão. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 62–70, 2014. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/349>. Acesso em: 25 jan. 2025.

MASSAD, J. *et al.* Estado nutricional de idosos da atenção primária à saúde do município de várzea grande-MT, Brasil. **Revista foco**, [S. l.], v. 17, n. 3, p. e4505, 2024. DOI: 10.54751/revistafoco.v17n3-058. Disponível em: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/4505>. Acesso em: 12 out. 2024.

MASSAD, J. C. F. de A. B.; ESPINOSA, M. M. Perfil de idosos no contexto da atenção primária em município da Amazônia legal, 2022. **Revista Foco**, [S. l.], v. 16, n. 3, p. e1257, 2023. DOI: 10.54751/revistafoco.v16n3-030. Disponível em: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/1257>. Acesso em: 12 out. 2024.

MELO, L.; LIMA, K. Fatores associados às multimorbidades mais frequentes em idosos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 10, p. 3879–3888, out. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Sqyjkvjpnw6JpsDGjQLsbXg/>. Acesso em: 15 nov. 2024.

MORAES, E. M.; PEREIRA, C. C. Correlações entre a espessura do músculo adutor do polegar e fatores clínicos, antropométricos e de funcionalidade em pessoas em hemodiálise. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 7, n. 5, p. 01-15, set./out. 2024. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/72796>. Acesso em: 27 fev. 2025.

MORAIS, N. A. R.; VIEBIG, R. F. Avaliação nutricional, qualidade de vida e risco de sarcopenia em idosos frequentadores de instituições *day care* de São Paulo e Ribeirão Preto. **BRASPEN Journal**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 237–243, 2020. DOI: 10.37111/braspenj.2020353007. Disponível em:

<https://braspenjournal.org/journal/braspen/article/doi/10.37111/braspenj.2020353007>. Acesso em: 12 fev. 2025.

MOURA, R. F. **Idosos brancos e negros da cidade de São Paulo**: desigualdades das condições sociais e de saúde. 2021. Tese (Doutorado em Epidemiologia) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/T.6.2021.tde-03092021-105600>. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6141/tde-03092021-105600/pt-br.php>. Acesso em: 14 mai. 2025.

NGUYEN, H. *et al.* Prevalence of multimorbidity in community settings: a systematic review and meta-analysis of observational studies. **Journal of Comorbidity**, [S. l.], v. 9, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31489279/>. Acesso em: 14 mai. 2025.

NUNES, J. D. *et al.* Fatores associados à Sarcopenia em idosos da comunidade. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 28, n. 2, p. 159–165, abr. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fp/a/3Vzcjsz96FbfsyGDJVhwk4j/>. Acesso em: 04 fev. 2025.

OLIVEIRA, N. C. *et al.* Sarcopenia e Estado nutricional de idosos residentes em uma comunidade no sul do Brasil. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, [S. l.], v. 25, n. 2, 2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/354518471_SARCOPENIA_E_ESTADO_NUTRICIONAL_DE_IDOSOS_RESIDENTES_EM_UMA_COMUNIDADE_NO_SUL_DO_BRASIL. Acesso em: 12 jan. 2025.

PAGOTTO, V. *et al.* Calf circumference: clinical validation for evaluation of muscle mass in the elderly. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 71, n. 2, p. 322–328, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/BZQqBLmt46YRZCqvTxCHMJH/>. Acesso em: 19 fev. 2025.

PIODENA-APORTADERA, M. R. B *et al.* Calf Circumference Measurement Protocols for Sarcopenia Screening: Differences in Agreement, Convergent Validity and Diagnostic Performance. **Annals of Geriatric Medicine and Research**, [S. l.], v. 26, n. 3, p. 215–224, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.4235/agmr.22.0057>. Acesso em: 03 jun. 2025.

PONTES, V. D. C. B. Sarcopenia: rastreamento, diagnóstico e manejo clínico. **Journal of Hospital Sciences**, [S. l.], v. 2, n. 1, p. 4–14, 2022. Disponível em: <https://jhsc.emnuvens.com.br/revista/article/view/32>. Acesso em: 12 jan. 2025.

ROBERTS, H.C. *et al.* A review of the measurement of grip strength in clinical and epidemiological studies: towards a standardised approach. **Age Ageing**, [S. l.], v. 40, n. 4, p. 423–429, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21624928/>. Acesso em: 06 dez. 2024.

RODRIGUES, P. A. F. *et al.* Condições socioeconômicas e prática de atividades físicas em adultos e idosos: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 22, n. 3, p. 217–232, 2017. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/9624>. Acesso em: 17 fev. 2025.

SILVA, J. K. *et al.* Desempenho do “*a body shape index*” como discriminador de obesidade e obesidade sarcopênica - ELSA-Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 30, n. 1, p. e03162023, jan. 2025. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/388447293_Desempenho_do_a_body_shape_index_como_discriminador_de_obesidade_e_obesidade_sarcopenica_-_ELSA-Brasil. Acesso em: 02 abr. 2025.

SILVA, M. M. *et al.* Prevalência de sarcopenia em idosos brasileiros: uma revisão bibliográfica. **BRASPEN Journal**, p. 314-322, 2021. Disponível em: <https://braspenjournal.org/article/doi/10.37111/braspenj.2021.36.3.13>. Acesso em: 02 abr. 2025.

VAEZ, I. D. A. *et al.* Effectiveness of adductor pollicis muscle thickness as risk marker for sarcopenia in Central-West Brazilian elderly communities. **Nutrition**, [S.l.], v. 83, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33418494/>. Acesso em: 01 abr. 2025

VALENTE, K. P. *et al.* Espessura do músculo adutor do polegar na avaliação nutricional de pacientes cirúrgicos. **Einstein**, [S.l.], v.14, n.1, p.18-24, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/Xf3vdN5YtLpRhhPRYjBnrCN/?lang=en>. Acesso em: 14 fev. 2025.

YANG, L.; SMITH, L.; HAMER, M. Gender-specific risk factors for incident sarcopenia: 8-year follow-up of the English longitudinal study of ageing. **J Epidemiol Community Health**, v. 73, n.1, out. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30368480/>. Acesso em: 12 nov. 2024.

ZANIN, C. *et al.* Força de preensão palmar em idosos: uma revisão integrativa. **PAJAR - Pan-American Journal of Aging Research**, [S. l.], v. 6, n. 1, p. 22–28, 2018. DOI: 10.15448/2357-9641.2018.1.29339. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/pajar/article/view/29339>. Acesso em: 20 jan. 2025.

ZANIN, C. *et al.* Sarcopenia and chronic pain in institutionalized elderly women. **BrJP**, v. 1, n. 4, p. 288–292, out. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/Cq5Ky6zyVFwgHzfjMs6KRHG/?lang=en>. Acesso em: 16 jan. 2025.

ANEXO A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO, COMORBIDADES E PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
Nome:	Idade:
Sexo: 1. ()Feminino 2. ()Masculino	
Cor/raça autodeclarada: 1. ()Branca 2. ()Preta 3. ()Amarela 4. ()Parda 5. ()Indígena	
Estado civil: 1. ()Casado (a) 2. ()Solteiro (a) 3. ()Viúvo (a) 4. ()Divorciado (a)/ Separado (a) 5. ()União estável	
Escolaridade: 1. ()Nenhuma 2. ()Ens. Fundamental incompleto 3. () Ens. Fundamental completo 4. () Ens. Médio incompleto 5. () Ens. Médio completo 6. () Ens. Superior incompleto 7. () Ens. Superior completo 8. () Especialização	
Ocupação: 1. () Do lar 2. () Empregado (a) 3. () Desempregado (a) 4. () Aposentado (a)	
Renda familiar: 1. () até 1 salário mínimo (R\$1.412,00) 2. () > 1 a 2 salários mínimos (R\$ 1.413,00 a R\$2.824,00) 3. () > 2 a 3 salários mínimos (R\$2.825,00 a R\$4.236,00) 4. () acima de 3 salários mínimos (> R\$4.236,00) 5. () não sabe informar	
COMORBIDADES	
1. () HAS 2. () DM 3. () Doença cardiovascular 4. () Doença renal 5.() Parkinson 6. () Depressão 7. () Doença osteoarticular 8. () DPOC 9. () Neoplasia 10. () Incontinência urinária/fecal	
PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS	
Frequência: 1.() Nunca 2. () 1 vez por semana 3. () 2 a 3 vezes na semana. 4.() 4 a 5 vezes na semana 5. () 6 a 7 vezes na semana	
Tipo de exercício: 1. () Musculação 2. () Natação 3. () Hidroginástica 4.() Fisioterapia 5. () Pilates 6. () Outros	
VARIÁVEIS NUTRICIONAIS	
Estatura (E): _____ (m) Peso (P): _____ (kg) Índice de Massa Corporal (IMC): _____ Kg/m ² Circunferência da panturrilha (CP): _____ cm	
ESPESSURA DO MÚSCULO ADUTOR DO POLEGAR	
Mão dominante (MD): 1ª _____ mm; 2ª _____ mm; 3ª _____ mm /// Média: _____ mm Mão não dominante (MND): 1ª _____ mm; 2ª _____ mm; 3ª _____ mm /// Média: _____ mm	
FORÇA DE PREENSÃO PALMAR	
Mão dominante (MD): 1ª _____ kg; 2ª _____ kg; 3ª _____ kg /// Maior valor obtido: _____ kg Mão não dominante (MND): 1ª _____ kg; 2ª _____ kg; 3ª _____ kg /// Maior valor obtido: _____ kg	

ANEXO B – INSTRUMENTO DE RASTREIO DA SARCOPENIA – SARC-CP

Nome do paciente: _____

Idade: _____ Sexo: () feminino () masculino

Componente	Pergunta	Pontuação
Força	Quanto de dificuldade você tem para levantar e carregar 5 kg?	Nenhuma= 0 Alguma = 1 Muita, ou não consegue= 2
Ajuda para caminhar	Quanto de dificuldade você tem para atravessar um cômodo?	Nenhuma= 0 Alguma = 1 Muita, usa apoios ou incapaz= 2
Levantar da cadeira	Quanto de dificuldade você tem para levantar de uma cama ou cadeira?	Nenhuma= 0 Alguma = 1 Muita, ou não consegue sem ajuda= 2
Subir escadas	Quanto de dificuldade você tem para subir um lance de escadas de 10 degraus?	Nenhuma= 0 Alguma = 1 Muita, ou não consegue= 2
Quedas	Quantas vezes você caiu no último ano?	Nenhuma= 0 1-3 quedas = 1 4 ou mais quedas= 2
Panturrilha	Meça a circunferência da panturrilha direita exposta do paciente em pé, com as pernas relaxadas e com os pés afastados um do outro.	Mulheres: > 33 cm = 0 ≤ 33 cm = 10 Homens: > 34 cm = 0 ≤ 34 cm = 10
<p>Total de pontos: _____</p> <p>Somatório (0-20 pontos) 0 - 10: sem sinais sugestivos de sarcopenia no momento 11- 20: sugestivo de sarcopenia</p>		