



Red Científica Iberoamericana

Obesidade sarcopênica e fatores associados em idosos residentes em um (*y factores asociados en ancianos residentes en un*) município do Sul do Brasil

Sarcopenic obesity and associated factors in older adults living in a city in southern Brazil

Susana Cararo Confortin

Estudante, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil

Giovani Firpo Del Duca, Kinesiólogo, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil

Vandrze Meneghini, Kinesióloga, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil

Aline Rodrigues Barbosa, Kinesióloga, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil

Acceda a este artículo en siicsalud



Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales de los autores.



www.dx.doi.org/10.21840/siic/150549



Com o envelhecimento ocorre redução da (*Con el envejecimiento se produce la pérdida de*) massa muscular, aumento da massa gorda e alterações hormonais, que têm papel fundamental no estado de saúde do idoso (*en el estado de salud del anciano*).¹ Além disso, com o avanço da (*Además, con el envejecimiento aumenta la*) inatividade física e os hábitos alimentares inadequados,² que contribuem para a modificação da composição corporal. A combinação das alterações fisiológicas advindas do (*resultantes del*) envelhecimento com os comportamentos não saudáveis aumentam o risco de aumento da (*el riesgo del aumento de la*) resistência à insulina e redução da função física. A condição desproporcional de massa muscular e massa gorda é comumente chamada de (*y de masa grasa es comúnmente llamada*) obesidade sarcopênica.³

Os mecanismos patológicos envolvidos na (*Los mecanismos patológicos involucrados en la*) obesidade sarcopênica ainda não estão completamente esclarecidos pela literatura.⁴ Entretanto, já se sabe que essa condição crônica aumenta o risco de desfechos (*el riesgo de resultados*) clínicos desfavoráveis, como distúrbios metabólicos,⁵ sintomas depressivos,⁶ incapacidade funcional⁷ e fragilidade nos idosos.⁸

A prevalência de obesidade sarcopênica aumenta com o avanço da idade,⁹ variando de acordo com a população estudada e definição utilizada;¹⁰⁻¹⁴ está associada ao maior risco de doenças cardiovasculares¹³ e mortalidade por todas as causas.⁹

A obesidade e as alterações da massa muscular têm sido investigados em populações idosas no Brasil.¹⁵ A identificação de subgrupos populacionais mais acometidos pela (*más atacados por la*) obesidade sarcopênica pode subsidiar o estabelecimento de medidas preventivas mais adequadas, bem como o desenvolvimento (*así como el desarrollo de*) políticas públicas de saúde para a população idosa. Sendo assim, esse estudo* teve por objetivo identificar a prevalência e os fatores associados à obesidade sarcopênica em idosos residentes em um município do Sul do Brasil.

Este é um estudo transversal, com análise secundária de dados de estudo epidemiológico, de base populacional e domiciliar, realizada com pessoas de 60 anos ou mais (*con personas de 60 años o más*) (pesquisa "Saúde - AC"), residentes no município de Antônio Carlos, estado de Santa Catarina, sul do Brasil.

Em 2010, de acordo com o Censo,¹⁶ a população do município era de 7458 habitantes, sendo 12.8% com 60 anos ou mais. Antônio Carlos possuía três equipes do programa Estratégia Saúde da Família (ESF), abrangendo 100% do município.

Os detalhes da população e amostra foram apresentados (*El detalle de la población de la muestra fue presentado*) previamente:¹⁷ compuseram a amostra 477 idosos das áreas rural e urbana cadastrados no (*y urbana registrados en el*) programa ESF.

Considerou-se como obesidade sarcopênica a presença conjunta de obesidade abdominal e sarcopenia. A obesidade abdominal foi determinada pelo perímetro da cin-

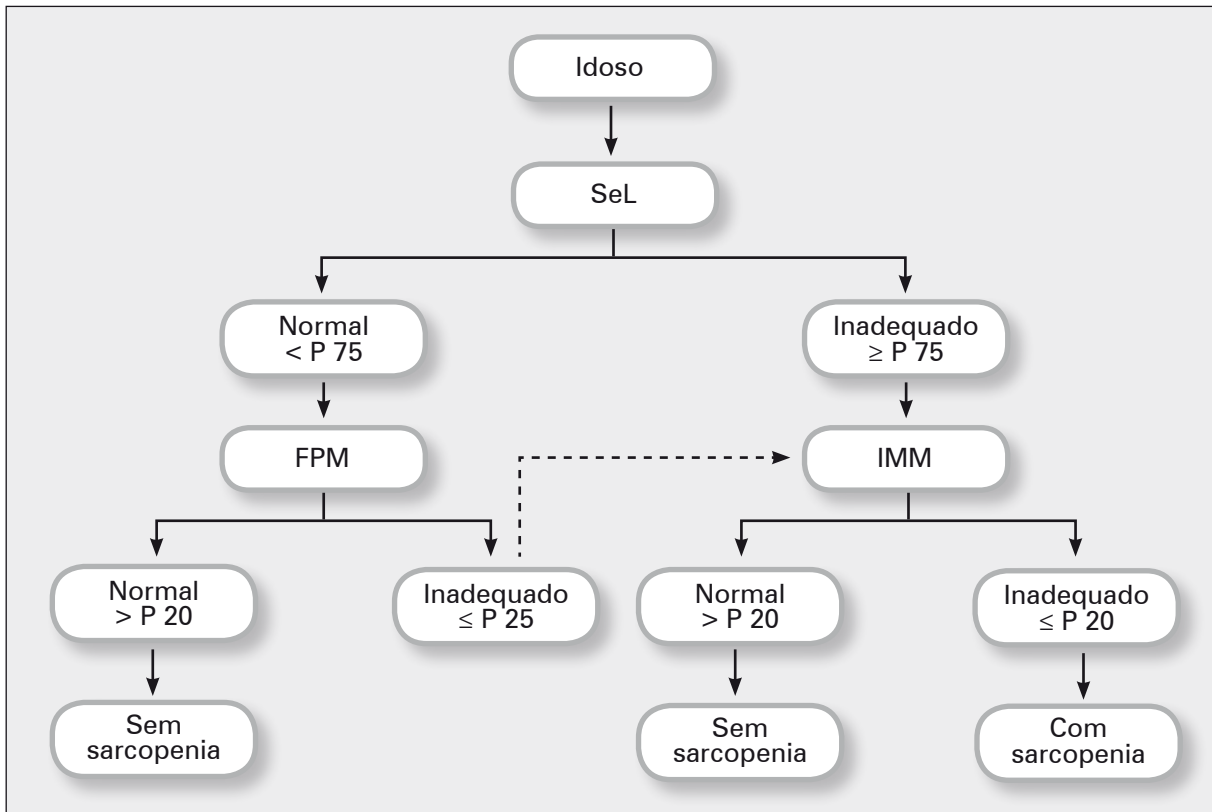


Figura 1. Algoritmo para diagnóstico de sarcopenia nos idosos (Gobbo22).

SeL, teste de sentar e levantar 5 vezes de uma cadeira, em segundos; P, percentil; FPM, força de prensão manual, em kg; IMM, índice de massa muscular, em kg/m².

tura (por el perímetro de la cintura) (PC) em centímetros, utilizada como indicador de obesidade, assim como adotado em estudos prévios.^{10,18} A mensuração do PC seguiu padronização (La medida del PC siguió el modelo) de Callaway et al.¹⁹ Os idosos foram classificados com obesidade quando apresentavam PC igual ou superior a 88 cm para mulheres e 102 cm para homens.²⁰ A sarcopenia foi identificada por meio da análise de três variáveis: teste de sentar e levantar 5 vezes de uma cadeira (prueba de sentarse y levantarse de una silla cinco veces) (SeL), força de prensão manual (fuerza de prensión manual) (FPM) e índice de massa muscular (IMM), conforme algoritmo (Figura 1), adaptado de Cruz-Jentoft et al.,²¹ por Gobbo.²²

Foram classificados como sarcopênicos os idosos que: 1) no teste SeL, obtiveram tempo (segundos) igual ou superior ao (igual o superior al) percentil 75, e tiveram IMM (kg/m²) inferior ao percentil 20, desta população, ou; 2) no teste SeL, obtiveram tempo inferior ao percentil 75, mas apresentaram FPM (kg) igual ou inferior ao percentil 25, e IMM igual ou inferior ao percentil 20, para esta população.

O teste SeL foi realizado segundo técnicas utilizadas na (fue realizado según las técnicas utilizadas en la) Short Physical Performance Battery (SPPB).²³

A FPM foi mensurada duas vezes, com intervalo de um minuto entre as execuções, sendo considerado o maior valor (kg). A medida foi realizada no braço (Se tomó la medida en el brazo) considerado de maior força (de acordo com a informação do executante) usando-se dinamômetro mecânico, de acordo com procedimentos descritos previamente.²⁴ A FPM (kg) foi considerada como adequada e inadequada e a inadequação foi determinada no primeiro quartil (y la inadecuada fue determinada en el primer cuartil) (25%) das distribuição dos valores, de acordo com o sexo o índice de massa corporal

[IMC = massa corporal (kg)/estatura² (m)], baseado na proposta (basado en la propuesta) de Fried et al.²⁵ A classificação do IMC foi realizada de acordo com os seguintes valores:²⁶ IMC < 22 kg/m², baixo peso; ≥ 22.0 kg/m² e ≤ 27 kg/m², peso adequado, e > 27 kg/m², excesso de peso.

O IMM foi verificado a partir da razão entre massa muscular (MM), em kg, e altura, em m, ao quadrado (IMM = MM/altura²). A MM foi mensurada por meio de equação preditiva de Lee et al.:²⁷

$$MM \text{ (kg)} = 0.244 \times \text{peso corporal (kg)} 7.8 \times \text{estatura (m)} - 0.098 \times \text{idade (anos)} 6.6 \times \text{sexo etnia} - 3.3$$

Variáveis independentes

Sociodemográficas: sexo, grupo etário (60-69, 70-79, 80 anos ou mais), arranjo familiar (vive sozinho/acompanhado) (situación familiar [si vive solo o no]) e alfabetização (possui, não possui).

Estilo de vida: tabagismo (fumante; ex-fumante/nunca fumou) e consumo de álcool (sim: ≥ 2 dias por semana/não: ≤ 1 dia por semana).

Incapacidade para atividades básicas de vida diária (não/sim). Os indivíduos foram considerados incapazes (sim) quando relataram dificuldade para realizar uma ou mais tarefas (una o más tareas): atravessar um quarto caminhando; vestir-se; tomar banho; alimentar-se; sentar-se e levantar-se da cama, e ir ao banheiro.

Incapacidade para atividades instrumentais de vida diária (não/sim). Os indivíduos foram considerados incapazes (sim) quando relataram dificuldade para realizar uma ou mais tarefas a seguir: dificuldade para realizar para preparar uma refeição quente (para preparar una comida caliente); cuidar do próprio dinheiro; ir a lugares sozinho solo; fazer compras de alimentos; usar o telefone; fazer

Tabela 1. Características sociodemográficas, comportamentais e relacionadas à saúde de idosos. Antônio Carlos, Santa Catarina, Brasil, 2010.

Variáveis	n	% ^a
Sexo		
Masculino	207	43.2
Feminino	270	56.8
Idade		
60-69	197	49.5
70-79	146	35.8
≥ 80	134	14.7
Arranjo familiar		
Vive acompanhado	412	86.9
Vive sozinho	65	13.1
Alfabetização		
Possui	393	82.5
Não possui	83	17.5
Tabagismo		
Nunca fumou	333	69.6
Ex-fumante	110	22.6
Fumante	34	7.8
Consumo de álcool		
Não	355	72.8
Sim	121	27.2
Incapacidade para atividades básicas		
Não	352	73.6
Sim	125	26.4
Incapacidade para atividades instrumentais		
Não	255	56.6
Sim 473	218	43.4
Déficit cognitivo^b		
Não	412	90.3
Sim	55	9.7

^a Percentual na amostra ponderada.

^b Variável com maior número de informações ignoradas (n = 10).

tarefas domésticas leves; fazer tarefas domésticas mais pesadas, e tomar os remédios.

O provável déficit cognitivo (não/sim) foi verificado por meio do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM): ≤ 12, sim; ≥ 13 pontos, não.²⁸

Resultados

Foram entrevistados 477 pessoas (73.2 ± 8.8 anos), sendo a maioria mulheres (56.8%), idosos que residiam acompanhados no domicílio (86.9%), alfabetizados (82.5%), sem incapacidade funcional para atividades básicas ou instrumentais da vida diária e sem déficit cognitivo. Dentre os comportamentos (*Entre las conductas*), observou-se que 69.6% dos idosos nunca fumaram e 72.8% não consumiam álcool mais de um dia por semana.

O presente estudo envolveu amostra (*El presente estudio engloba una muestra*) representativa da população idosa de um município do sul do Brasil, no qual 71.4% dos idosos vivem em área rural.¹⁶ Estudos prévios realizados no Brasil não abrangeram idosos de área rural (*no abarcaron ancianos de áreas rurales*).^{14,29} Os resultados

mostraram que a prevalência de obesidade sarcopênica foi menor que 5% e não foi identificada no sexo masculino. Ter 80 anos ou mais e viver sozinho foram as características associadas positivamente à obesidade sarcopênica, enquanto o (*mientras que el*) consumo de álcool foi negativamente associado ao desfecho.

A prevalência de obesidade sarcopênica diverge entre os estudos, especialmente devido à falta de critério único adotado para tal definição¹² e/ou diferenças metodológicas para sua classificação. No presente estudo a prevalência foi inferior à (*En el presente estudio la prevalencia fue inferior a la*) verificada por Hwang et al.³⁰ em coreanos, com 60 anos ou mais (6.1% para homens e 7.3% para mulheres) e por Batsis et al.,⁹ em uma população de idosos norte-americanos (18.1% em mulheres e 42.9% em homens). Nos estudos com idosos brasileiros as prevalências foram de 21.5%,¹⁴ 23.4%²⁹ e 34.2%³¹ somente para mulheres (*solamente en mujeres*).

A associação entre ter 80 anos ou mais e obesidade sarcopênica foi identificada previamente⁹ e pode refletir a perda de gordura dos membros (*y puede reflejar la pérdida de grasa de los miembros*), aumento de gordura corporal abdominal¹⁵ e maior quantidade de gordura infiltrada no músculo.¹¹ As alterações musculares juntamente com o aumento da gordura corporal e redução da atividade física podem aumentar a resistência à insulina e favorecer o processo inflamatório.¹¹ Além disso, idosos mais velhos têm menores valores de força muscular quando comparados aos idosos mais jovens,²⁴ provavelmente em decorrência da redução da (*Además, los más ancianos presentan menores valores de fuerza muscular, probablemente como consecuencia de la menor*) atividade física,¹¹ alterações neurais e da massa muscular e células metabolicamente ativas.³² Além disso, com avanço da idade observa-se perda de gordura dos (*Asimismo, a mayor edad se observa pérdida de grasa en los*) membros, aumento de gordura corporal abdominal^{15,32} e maior quantidade de gordura infiltrada no músculo.¹¹ No estudo de Batsis et al.,¹⁰ em análise transversal de dados do National Health and Nutrition Examination Study 1999-2004, os autores verificaram aumento na prevalência da obesidade sarcopênica a cada década, sendo os idosos com 80 anos ou mais os mais acometidos (*los más afectados de los cuales son los ancianos de 80 años o más*).

Os resultados mostraram que as pessoas que relataram viver sozinhas tiveram maior prevalência de obesidade sarcopênica. Idosos que moram sozinhos estão mais suscetíveis às mudanças (*Los ancianos que viven solos son más susceptibles a los cambios*) de hábitos alimentares,³³ ao isolamento social e à (*al aislamiento social*) y a falta de autocuidado.³⁴ Estes fatores podem repercutir no maior comprometimento funcional e motor,³³ redução da massa muscular, aumento da gordura corporal e, consequentemente, aumento da obesidade sarcopênica.

A associação entre consumo de álcool e menor prevalência de obesidade sarcopênica diverge de estudo prévio.³⁰ A baixa prevalência de obesidade sarcopênica entre os idosos que consomem álcool pode estar vinculada à vida social mais agitada, no entanto, são necessárias mais investigações a respeito desta relação (*respecto a esta relación*). Idosos que consomem álcool, moderadamente, apresentam melhor cognição, melhor qualidade de vida e menos sintomas depressivos que seus pares que não consomem álcool.³⁵ Assim, os idosos com essas características são mais motivados em realizar atividades físicas e sociais, fatores que podem auxiliar na manutenção da (*factores que pueden ayudar a mantener su*) capacidade

Tabela 2. Prevalências, análises bruta e ajustada da obesidade sarcopênica conforme variáveis sociodemográficas, comportamentais e relacionadas à saúde em idosos. Antônio Carlos, Santa Catarina, Brasil, 2010.

Variáveis	% Obesidade sarcopênica	Análise bruta		Análise ajustada	
		RP (IC 95%)	p	RP (IC 95%)	p
Idade			0.001		0.002
60-69	2.3	1.00		1.00	
70-79	3.6	1.56 (0.42; 5.78)		1.61 (0.45; 5.79)	
≥ 80	16.7	7.22 (2.46; 21.13)		6.32 (2.09; 19.14)	
Arranjo familiar			< 0.001		0.002
Vive acompanhado	3.1	1.00		1.00	
Vive sozinho	14.4	4.68 (2.03; 10.79)		4.11 (1.69; 9.98)	
Alfabetização			0.540		0.451
Possui	4.3	1.00		1.00	
Não possui	5.8	1.35 (0.51; 3.57)		1.46 (0.54; 3.92)	
Consumo de álcool			0.009		0.026
Não	6.2	1.00		1.00	
Sim	0.4	0.07 (0.01; 0.52)		0.10 (0.01; 0.76)	
Incapacidade para atividades básicas			0.409		0.121
Não	4.2	1.00		1.00	
Sim	6.1	1.47 (0.59; 3.68)		1.99 (0.83; 4.77)	
Incapacidade para atividades instrumentais			0.235		0.765
Não	3.7	1.00		1.00	
Sim	6.1	1.65 (0.72; 3.78)		0.88(0.38; 2.01)	
Déficit cognitivo			0.018		0.098
Não	4.0	1.00		1.00	
Sim	12.4	3.10 (1.22; 7.88)		1.98 (0.88; 4.43)	

RP, razão de prevalências; IC 95%, intervalo de confiança de 95%.

Níveis hierárquicos de análise: (1) ajuste para idade e arranjo familiar; (2) ajuste para nível 1 e alfabetização; (3) ajuste para nível 2 e consumo de álcool. incapacidade para atividades básicas e instrumentais e déficit cognitivo.

física³⁶ e massa muscular, além de amenizar o aumento da gordura corporal. Como limitação do estudo, pode-se citar o uso de informações autorreferidas (estilo de vida e incapacidades), que podem repercutir na interpretação errônea da informação pelo (*que pueden influir en una incorrecta interpretación de la información*) del entrevistado, e/ou omissão de respostas legítimas quando o idoso recebeu auxílio do cuidador/acompanhante.

No presente estudo, a obesidade sarcopênica foi associada exclusivamente ao sexo feminino e às idosas

com idade avançada, que residiam sem companhia no seu domicílio e consumiam bebida alcoólica. A partir dos resultados, observa-se que são necessárias estratégias preventivas para o ganho de peso e perda de massa (*del aumento de peso y de la pérdida de masa*) muscular para amenizar/controlar a prevalência de obesidade sarcopênica nos idosos, iniciando condutas preventivas desde a fase adulta, pois com o processo de envelhecimento há (*ya que durante el envejecimiento se dan*) alterações da composição corporal.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2019
www.siicsalud.com

Los autores no manifiestan conflictos de interés.

Bibliografía

1. Miller S, Wolfe RR. The danger of weight loss in the elderly. *J Nutr Health Aging* 12(7):487-491, 2008.
2. Landi F, Calvani R, Tosato M, Martone AM, Ortolani E, Saveria G, et al. Anorexia of aging: risk factors, consequences, and potential treatments. *Nutrients* 8(2):69, 2016.
3. Stenholm S, Harris TB, Rantanen T, Visser M, Kritchevsky SB, Ferrucci L. Sarcopenic obesity-definition, etiology and consequences. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 11(6):693, 2008.
4. Kob R, Bollheimer LC, Bertsch T, Fellner C, Djukic M, Sieber CC, et al. Sarcopenic obesity: molecular clues to a better understanding of its pathogenesis? *Biogerontology* 16(1):15-29, 2015.
5. Lu CW, Yang KC, Chang HH, Lee LT, Chen CY, Huang KC. Sarcopenic obesity is closely associated with metabolic syndrome. *Obes Res Clin Pract* 7(4):e301-e307, 2013.
6. Hamer M, Batty G, Kivimaki M. Sarcopenic obesity and risk of new onset depressive symptoms in older adults: English Longitudinal Study of Ageing. *Int J Obes* 39(12):1717-1720, 2015.
7. Baumgartner RN, Wayne SJ, Waters DL, Janssen I, Gallagher D, Morley JE. Sarcopenic obesity predicts instrumental activities of daily living disability in the elderly. *Obes Res* 12(12):1995-2004, 2004.
8. Zamboni M, Mazzali G, Fantin F, Rossi A, Di Francesco V. Sarcopenic obesity: a new category of obesity in the elderly. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 18(5):388-395, 2008.
9. Batsis J, Mackenzie T, Barre L, Lopez-Jimenez F, Bartels S. Sarcopenia, sarcopenic obesity and mortality in older adults: results from the National Health and Nutrition Examination Survey III. *Eur J Clin Nutr* 68(9):1001-1007, 2014.
10. Batsis JA, Barre LK, Mackenzie TA, Pratt SI, Lopez-Jimenez F, Bartels SJ. Variation in the prevalence of sarcopenia and sarcopenic obesity in older adults associated with different research definitions: dual energy x-ray absorptiometry data from the National Health and Nutrition Examination Survey 1999-2004. *J Am Geriatr Soc* 61(6):974-980, 2013.
11. Cauley JA. An overview of sarcopenic obesity. *J Clin Densitom* 18(4):499-505, 2015.
12. Kemmler W, Von Stengel S, Engelke K, Sieber C, Freiberger E. Prevalence of sarcopenic obesity in Germany using established definitions. *Osteoporos Int* 27(1):275-281, 2015.
13. Kim J-H, Cho JJ, Park YS. Relationship between sarcopenic obesity and cardiovascular disease risk as estimated by the Framingham risk score. *J Korean Med Sci* 30(3):264-271, 2015.
14. Santos EP, Gadelha AB, Safons MP, Nóbrega OT, Oliveira RJ, Lima RM. Sarcopenia and sarcopenic obesity classifications and cardiometabolic risks in older women. *Arch Gerontol Geriatr* 59(1):56-61, 2014.
15. Barbosa AR, Marchesan M, Guimarães AV, França VF, Marucci FN, Coqueiro RS, et al. Anthropometric indicators and their adequacy in older adults from two towns in distinct Brazilian regions. *Medical Express* 2(6), 2015.
16. Indicadores sociais municipais: uma análise dos resultados do universo do censo demográfico 2010. Estudos e pesquisas informação demográfica e socioeconômica número 28. Cited.
17. Confortin SC, Barbosa AR, Danielewicz AL, Meneghini V, Testa WL. Motor performance of elderly in a community in southern Brazil. *Rev Bras Cineantrop Desempenho Hum* 15(4):417-426, 2013.
18. Levine ME, Crimmins EM. The impact of insulin resistance and inflammation on the association between sarcopenic obesity and physical functioning. *Obesity* 20(10):2101-2106, 2012.
19. Callaway C, Chumlea W, Bouchard C, Himes J, Lohman T, Martin A, et al. Circumferences. *Anthropometric Standardization Reference Manual* 1988:39-54, 1988.
20. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: World Health Organization, p. 256. WHO Obesity Technical Report Series, n. 284; 2000.
21. Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T, Landi F, et al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis. Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age Ageing* 39(4):412-423, 2010.
22. Gobbo LA. Sarcopenia e dependência para realização das atividades básicas da vida diária de idosos domiciliados no município de São Paulo: saúde, bem-estar e envelhecimento (2000 e 2006): Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Nutrição; 2012.
23. Guralnik JM, Simonsick EM, Ferrucci L, Glynn RJ, Berkman LF, Blazer DG, et al. A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *J Gerontol* 49(2):M85-M94, 1994.
24. Confortin SC, Barbosa AR. Factors associated with muscle strength among rural community-dwelling older women in southern Brazil. *J Geriatr Phys Ther* 38(4):162-168, 2015.
25. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 56(3):M146-157, 2001.
26. Nutrition screening intervention resources for healthcare professionals working with older adults. Nutrition Screening Initiative. Cited 02 de fevereiro de 2015. Available from: www.eatright.org.
27. Lee RC, Wang Z, Heo M, Ross R, Janssen I, Heymsfield SB. Total-body skeletal muscle mass: development and cross-validation of anthropometric prediction models. *Am J Clin Nutr* 72(3):796-803, 2000.
28. Bertolucci PHF, Mathias S, Brucki S, Carrilho P, Okamoto I, Nitrini R. Proposta de padronização do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM): estudo piloto cooperativo (FMUSP/EPM). *Arq Neuropsiquiatr* 52(1):225-240, 1994.
29. Gadelha AB, Dutra MT, Oliveira RJ, Safons MP, Lima RM. Association among strength, sarcopenia and sarcopenic obesity with functional performance in older women. *Motricidade* 10(3):31-39, 2014.
30. Hwang B, Lim JY, Lee J, Choi NK, Ahn YO, Park BJ. Prevalence rate and associated factors of sarcopenic obesity in Korean elderly population. *J Korean Med Sci* 27(7):748-755, 2012.
31. Silva AO, Karnikowski MGO, Funghetto SS, Stival MM, Lima RM, de Souza JC, et al. Association of body composition with sarcopenic obesity in elderly women. *Int J Gen Med* 6:25, 2013.
32. Hairi NN, Cumming RG, Naganathan V, Handelsman DJ, Le Couteur DG, Creasey H, et al. Loss of muscle strength, mass (sarcopenia), and quality (specific force) and its relationship with functional limitation and physical disability: the Concord Health and Ageing in Men Project. *J Am Ger Soc* 58(11):2055-2062, 2010.
33. Buchman AS, Boyle PA, Wilson RS, James BD, Leurgans SE, Arnold SE, et al. Loneliness and the rate of motor decline in old age: the rush memory and aging project, a community-based cohort study. *BMC Geriatrics* 10(1):77, 2010.
34. Olasunbo OI, Olubode KA. Socio-demographic and nutritional assessment of the elderly Yorubas in Nigeria. *Asia Pac J Clin Nutr* 15(1):95-101, 2006.
35. Lang I, Wallace RB, Huppert FA, Melzer D. Moderate alcohol consumption in older adults is associated with better cognition and well-being than abstinence. *Age Ageing* 36(3):256-261, 2007.
36. Atkinson HH, Rapp SR, Williamson JD, Lovato J, Absher JR, Gass M, et al. The relationship between cognitive function and physical performance in older women: results from the women's health initiative memory study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 65(3):300-306, 2010.

Información relevante

Obesidade sarcopênica e fatores associados em idosos residentes em um (y factores asociados en ancianos residentes en un) município do Sul do Brasil

Respecto a la autora

Susana Cararo Confortin. Graduada en Educación Física en la Universidad Federal de Santa María, Santa María, Brasil (2009). Especialista en Actividad Física, Desempeño Motriz y Salud, de la misma institución. Maestra de Educación Física de la Universidade Federal de Santa Catarina, en el área de Actividad Física relacionada a la Salud. Actualmente cursa el doctorado del Programa de Posgrado en Salud Colectiva de la Universidade Federal de Santa Catarina.

Respecto al artículo

A obesidade sarcopênica foi associada exclusivamente ao sexo feminino e às idosas com idade avançada (*con el sexo femenino y con mujeres de edad avanzada*) que residiam sem companhia no seu domicílio e (*en su domicilio*) y consumiam bebida alcóolica. A partir dos resultados, observa-se que são necessárias estratégias preventivas para o ganho de peso e perda de massa (*ganar peso y contra la pérdida de masa*) muscular para amenizar/controlar a prevalência de obesidade sarcopênica nos idosos, iniciando condutas preventivas desde a fase adulta.

La autora pregunta

Durante el envejecimiento tienen lugar la pérdida de masa muscular, el aumento de la masa grasa y las alteraciones hormonales, todo lo cual juega un papel fundamental en la salud del anciano. Además, con el avance de la edad aumenta la inactividad física y los hábitos alimentarios inadecuados, que contribuyen a la modificación de la composición corporal.

¿Qué es la obesidad sarcopénica?

- A** Aumento de la masa y la fuerza muscular y reducción de grasas.
- B** Progresiva y generalizada pérdida de masa grasa.
- C** Aumento de la fuerza y la masa muscular y la función física.
- D** Reducción de la masa muscular y aumento de la grasa corporal.
- E** Reducción de la fuerza muscular.

Corrobore su respuesta: www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/150549

Palabras clave

obesidad, sarcopenia, obesidad sarcopénica, obesidade sarcopênica, estudios transversales, añoso, obesidade, sarcopenia, estudos transversais, idoso

Keywords

sarcopenic obesity, obesity, sarcopenia, cross-sectional studies, agin

Lista de abreviaturas y siglas

ESF, Estratégia Saúde da Família; PC, perímetro da cintura; SeL, sentar e levantar; FPM, força de preensão manual; IMM, índice de massa muscular; SPPB, Short Physical Performance Battery; IMC, índice de massa corporal; MM, massa muscular; MEEM, Mini-Exame do Estado Mental.

Cómo citar

Cararo Confortin S, Firpo Del Duca G, Meneghini V, Rodrigues Barbosa A. Obesidade sarcopênica e fatores associados em idosos residentes em um (y factores asociados en ancianos residentes en un) município do Sul do Brasil. *Salud i Ciencia* 23(5):476-81, May-Jun 2019.

How to cite

Cararo Confortin S, Firpo Del Duca G, Meneghini V, Rodrigues Barbosa A. Sarcopenic obesity and associated factors in older adults living in a city in southern Brazil. *Salud i Ciencia* 23(5):476-81, May-Jun 2019.

Orientación

Epidemiología

Conexiones temáticas

