



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
CAMPUS REITOR EDGAR SANTOS
CURSO DE NUTRIÇÃO

THAINÁ NEVES RAMOS SANTOS

**TRANSTORNOS ALIMENTARES E COMPORTAMENTOS DE RISCO EM
IDOSOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

Barreiras – BA

2022

THAINÁ NEVES RAMOS SANTOS

**TRANSTORNOS ALIMENTARES E COMPORTAMENTOS DE RISCO EM
IDOSOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado junto ao Curso de
Nutrição da Universidade
Federal do Oeste da Bahia -
UFOB, como requisito para
aprovação do curso de
Nutrição.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marcela de Sá Barreto da Cunha.
Coorientadora: Prof.^a. Dr.^a. Ana Maria Fernandes Viana.

Barreiras – BA
2022

THAINÁ NEVES RAMOS SANTOS

**TRANSTORNOS ALIMENTARES E COMPORTAMENTOS DE RISCO EM
IDOSOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado junto ao Curso de
Nutrição da Universidade
Federal do Oeste da Bahia -
UFOB, como requisito para
aprovação do curso de
Nutrição.

Data da aprovação: 31/01/2022

Banca examinadora:

Prof^a. Dr^a. Marcela de Sá Barreto da Cunha – Orientadora
Universidade Federal do Oeste da Bahia - UFOB

Prof^a. Dr^a. Ana Maria Fernandes Viana - Coorientadora
Universidade Federal do Oeste da Bahia – UFOB

Nutricionista M.a. Mônica Sabrina Ribeiro dos Santos
Universidade Federal do Oeste da Bahia - UFOB

Nutricionista Andressa Moura Souza
Universidade Federal do Oeste da Bahia – UFOB

Barreiras - BA
2022

FICHA CATALOGRÁFICA

S237 Santos, Thainá Neves Ramos.

Transtornos alimentares e comportamentos de risco em idosos:
uma revisão sistemática. / Thainá Neves Ramos Santos. – 2022.

41f.

Orientador: Prof. Dra. Marcela de Sá Barreto da Cunha.

TCC (Graduação) – Bacharelado em Nutrição. Universidade Federal do Oeste da Bahia. Centro das Ciências Biológicas e da Saúde. Barreiras, BA, 2022.

1. Transtornos da alimentação e da ingestão de alimentos. 2. Comportamentos de risco à saúde. 3. Idosos. I. Cunha, Marcela de Sá Barreto da. II. Universidade Federal do Oeste da Bahia - Centro das Ciências Biológicas e da Saúde. III. Título.

CDD 612.3

Biblioteca Universitária de Barreiras - UFOB

Trabalho formatado conforme as normas do periódico *Nutrition, Health & Aging*.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho de pesquisa a minha mãe Deuseni e ao meu irmão Rangel, que sempre me apoiaram e me deram forças, por toda dedicação e cuidado proporcionado durante toda a minha vida.

AGRADECIMENTO

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, pela minha vida, e por me permitir ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo da realização deste trabalho tornando com que meus objetivos fossem alcançados.

A minha mãe Deuseni, ao meu irmão Rangel, ao meu esposo Luiz Afrânio e todos da minha família, que sempre me incentivaram nos momentos difíceis, por todo o apoio, compreensão, paciência, ajuda e amparo, que muito contribuíram para a realização deste trabalho.

A todo corpo docente do curso de Nutrição da Universidade Federal do Oeste da Bahia, em especial a minha orientadora Prof^a. Dr^a. Marcela de Sá Barreto da Cunha e a coorientadora Prof^a. Dr^a. Ana Maria Fernandes Viana, por todos os conselhos, ensinamentos, pela ajuda, pela paciência com a qual me guiaram em todo processo de elaboração deste trabalho e por todo aprendizado.

As amizades proporcionadas durante toda trajetória de curso e escrita deste trabalho, Alana, Cíntia, Danila, Débora, Délis, Éllen, Gervana, Grazi, Igor, Kelma, Karina, Luana e Rejman que sempre estiveram ao meu lado, pelo apoio demonstrado ao longo de todo o período de tempo em que me dediquei a este trabalho, por compartilharem comigo tantos momentos de descobertas, aprendizado e por todo o companheirismo ao longo deste percurso.

Transtornos Alimentares e Comportamentos de Risco em Idosos: uma revisão sistemática

Eating Disorders and Risk Behaviors in the Elderly: a systematic review

Thainá N. R. Santos*, Ana Maria F. Viana, Marcela De S. B. Da Cunha

Nutrição, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Oeste da Bahia, Brasil.

*Autor correspondente:

Thainá N. R. Santos - Nutrição, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Oeste da Bahia. Rua Bertioga, nº 892, Morada Nobre, Barreiras, Bahia, Brasil. CEP: 47810-059.

E-mail: thaina.ramos@ufob.edu.br

RESUMO

Transtornos Alimentares e Comportamentos de Risco em Idosos: uma revisão sistemática

Contexto: Os transtornos alimentares são alterações psicopatológicas que geram modificações persistentes na alimentação ou no comportamento relacionado à alimentação, comprometendo significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial do indivíduo. Com o aumento da expectativa de vida e as transformações biopsicossociais desta fase da vida, os idosos tornaram-se um público que demanda cuidados em relação aos transtornos alimentares. **Objetivo:** Verificar a prevalência de comportamentos de risco e o diagnóstico de transtornos alimentares em indivíduos idosos através de uma revisão sistemática. **Desenho:** Revisão sistemática. **Cenário e Participantes:** Os estudos foram realizados com idosos de 60 até 94 anos, com amostras variando de 20 a 9544 pessoas. **Método:** Foi realizada uma pesquisa bibliográfica em cinco bases de dados (EMBASE, Scopus, Web of Science, Pubmed e CINAHL), rastreando estudos observacionais com idosos a partir de 60 anos, independente do sexo e local de moradia, sem restrição de tempo, considerando a prevalência ou a presença de comportamento de risco para diagnóstico de Transtorno Alimentar, cujas publicações fossem em português, inglês e espanhol e esses estudos foram avaliados quanto ao risco de viés. **Resultados:** Dos 1.893 estudos encontrados, apenas 14 preencheram os critérios de inclusão. A maioria dos estudos foram realizados no continente Europeu (n= 9). Nos 14 estudos analisados a prevalência de comportamento de risco para TA variou entre 2,4 e 13,3%, em alguns estudos, dependendo do sexo e da idade. Já o diagnóstico de TA foi identificado em até 4,4% dos idosos, sendo 0,2% de Anorexia Nervosa, 0,3% de Bulimia Nervosa, 1,68% de Transtorno de Compulsão Alimentar e até 3,2% de Transtorno Alimentar Não Especificado. **Conclusão:** Sugere-se que comportamentos de risco ou o diagnóstico de transtornos alimentares estão presentes na população idosa, sendo mais recorrente em mulheres, enfatizando a importância de conscientizar a sociedade, trazendo maior visibilidade para ocorrência dos transtornos alimentares na população idosa e a consequente busca por políticas públicas que rastreiem e auxiliem os idosos portadores desse distúrbio.

Palavras-chave: Transtornos da Alimentação e da Ingestão de Alimentos, Comportamentos de Risco à Saúde, Idosos.

ABSTRACT

Eating Disorders and Risk Behaviors in the Elderly: a systematic review

Context: Eating disorders are psychopathological changes that generate persistent changes in eating or eating-related behavior, significantly compromising an individual's physical health or psychosocial functioning. With the increase in life expectancy and the biopsychosocial transformations of this stage of life, the elderly have become a public that demands care in relation to eating disorders. **Objective:** To verify the prevalence of risk behaviors and the diagnosis of eating disorders in elderly individuals through a systematic review. **Scenario and Participants:** The studies were carried out with elderly people aged 60 to 94 years, with samples ranging from 20 to 9544 people. **Method:** A bibliographic search was carried out in five databases (EMBASE, Scopus, Web of Science, Pubmed and CINAHL), tracking observational studies with elderly people aged 60 and over, regardless of gender and place of residence, without time restrictions, considering the prevalence or presence of risk behavior for the diagnosis of Eating Disorder, whose publications were in Portuguese, English and Spanish and these studies were evaluated for the risk of bias. **Results:** Of the 1,893 studies found, only 14 met the inclusion criteria. Most studies were carried out on the European continent (n=9). In the 14 studies analyzed, the prevalence of risk behavior for ED varied between 2.4 and 13.3%, in some studies, depending on sex and age. The diagnosis of ED was identified in up to 4.4% of the elderly, with 0.2% of Anorexia Nervosa, 0.3% of Bulimia Nervosa, 1.68% of Binge Eating Disorder and up to 3.2% of Disorder Food Not Specified. **Conclusion:** It is suggested that risk behaviors or the diagnosis of eating disorders are present in the elderly population, being more recurrent in women, emphasizing the importance of raising awareness in society, bringing greater visibility to the occurrence of eating disorders in the elderly population and the consequent search for public policies that track and help the elderly with this disorder.

Keywords: Feeding and Eating Disorders, Health Risk Behaviors, Elderly.

Sumário

1. INTRODUÇÃO	1
2. METODOLOGIA.....	3
3. RESULTADOS	5
4. DISCUSSÃO	13
5. CONCLUSÃO	16
REFERÊNCIAS	17
MATERIAL SUPLEMENTAR	21

1. INTRODUÇÃO

Os transtornos alimentares (TAs) são descritos como alterações psicopatológicas que geram modificações persistentes na alimentação ou no comportamento relacionado à alimentação tendo como resultado no consumo ou na absorção alterada de alimentos e que compromete significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial (APA, 2014).

Sua etiologia é multifatorial, sendo que aspectos socioculturais (preocupações com peso, forma corporal e padrões de beleza), psicológicos (individuais e familiares), realização de dietas restritivas e vulnerabilidade biológica (genética e história familiar de transtorno alimentar) têm importante participação no desencadeamento de seus sintomas (Alvarenga; Dunker; Philippi, 2020).

Os critérios diagnósticos para os transtornos alimentares existentes resultam em um esquema de classificação no qual é mutuamente excludente, de maneira que, durante um episódio, apenas um desses diagnósticos pode ser atribuído (APA, 2014). O diagnóstico é predominantemente clínico e seguem os critérios mais recentes do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5* (DSM-5), da *American Psychiatric Association* (APA).

Os TAs afetam, na sua maioria, adolescentes e adultos jovens do sexo feminino, podendo levar a grandes prejuízos biológicos e psicológicos, além de aumento da morbimortalidade. Os principais tipos de TAs são a Anorexia Nervosa (AN), a Bulimia Nervosa (BN), o Transtorno de Compulsão Alimentar (TCA) e os Transtornos Alimentares Não Especificados (TANE) (Alvarenga *et al.*, 2011).

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), durante a sua Primeira Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento da População no ano de 1982, conceituaram indivíduos idosos de acordo com o nível de desenvolvimento dos países, no qual em países desenvolvidos consideram indivíduos acima de 65 anos e em países em desenvolvimento são considerados pessoas acima de 60 anos, perdurando esse conceito atualmente (ONU, 1982).

Assim, com o aumento da expectativa de vida que é um fenômeno de relevância no mundo todo, que envolve desafios políticos, econômicos, sociais, demográficos e, de modo especial, nos campos da saúde e da alimentação (Menezes *et al.*, 2010). O processo de envelhecimento provoca alterações biopsicossociais tornando os idosos mais vulneráveis, sendo observada uma

diminuição da capacidade de adaptação ao meio ambiente e incidência de agravos à saúde (Fugulin *et al.*, 2009).

Embora diversos estudos com enfoque em doenças cardiometabólicas sejam voltados à promoção da saúde do idoso, a temática de TA em idosos ainda é pouco estudada. Neste público, a avaliação dos transtornos alimentares deve abranger não apenas os aspectos psicopatológicos específicos destes transtornos, mas também os sintomas psicopatológicos gerais e distúrbios da imagem corporal que, na maioria das vezes, contribuem para a manutenção do transtorno, dificultam seu tratamento (Freitas; Gorenstein; Appolinário, 2002) e contribuem para a queda da qualidade de vida no processo de envelhecimento. Diante do exposto, este estudo teve como objetivo verificar a prevalência de comportamentos de risco e o diagnóstico de transtornos alimentares em indivíduos idosos através de uma revisão sistemática.

2. METODOLOGIA

As diretrizes do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta Analyses* (PRISMA), foram usadas para planejar e realizar esta revisão sistemática, estando o protocolo registrado no PROSPERO, cadastro número CRD42021289450.

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica em cinco bases de dados: EMBASE, Scopus, Web of Science (Clarivate Analytics), Pubmed, CINAHL *with Full Text* (EBSCO), no período de julho do ano 2021. Como critérios de elegibilidade foram considerados os estudos observacionais (caso-controle, coorte e estudos transversais) com idosos a partir de 60 anos, independente do sexo e local de moradia, sem restrição de tempo, considerando a prevalência ou a presença de comportamento de risco para diagnóstico de Transtorno Alimentar, cujas publicações fossem em português, inglês e espanhol. Por outro lado, estudos duplicados, de revisão, de intervenção, resumos e anais de congressos e estudos que não contemplem a população-alvo e não avaliem os desfechos pré-definidos foram excluídos da seleção. A estratégia de busca incluiu a seguinte combinação de expressões (Tabela Suplementar S1).

O processo de seleção dos artigos foi realizado por dois revisores independentes (TNRS e AMFV) e em caso de divergência em qualquer uma das fases foi solicitada a avaliação de um terceiro revisor (MSBC). O rastreamento dos artigos foi feito em duas etapas, na Fase 1 foi realizada a leitura de títulos e resumos, e qualquer estudo que não atendeu os critérios de elegibilidade foram excluídos, assim como a exclusão de artigos em duplicatas. Para suporte nessa etapa foi utilizada a plataforma eletrônica Rayyan (*Qatar Computing Research Institute*) na qual os revisores realizavam as avaliações na modalidade duplo cego.

Na Fase 2 foi realizada a leitura completa dos artigos selecionados na Fase 1, lidos de forma independente por ambos os revisores (TNRS e AMFV), a fim de verificar se os artigos atendiam aos critérios de elegibilidade definidos. Diante de qualquer desacordo foi solicitada a avaliação do terceiro revisor (MSBC).

Após etapa de seleção, foi realizada a extração dos dados relevantes, os quais foram organizados em uma tabela com as informações de autoria, ano de publicação, país de realização do estudo, tipo de estudo, definição da amostra (número, sexo e idade), tipo de instrumento utilizado para identificação de comportamento de risco ou diagnóstico de transtornos alimentares, principais resultados referentes aos desfechos estabelecidos.

O risco de viés dos estudos foi avaliado individualmente por meio dos protocolos: Lista de verificação para estudos transversais analíticos (JBI, 2017), Avaliação crítica de estudos de coorte, escala Newcastle-Ottawa (Wells *et al.*, 2013).

3. RESULTADOS

A pesquisa inicial em cinco bases de dados resultou em 1.893 estudos. Após exclusão dos estudos duplicados ($n = 456$), permaneceram 1.437 registros. Destes, 66 estudos eram elegíveis para leitura de texto completo e 14 artigos foram incluídos nesta revisão, 52 estudos foram excluídos, pois em sua maioria ($n = 31$) não deixaram evidências claras e objetivas que correlacionassem à idade e transtornos alimentares do público-alvo nos resultados, dois estudos foram publicados em outros idiomas, oito estavam voltados à imagem corporal, oito estudos não eram observacionais e três estudos não avaliaram o desfecho (Tabela Suplementar S2). O fluxograma da pesquisa está apresentado na Figura 1.

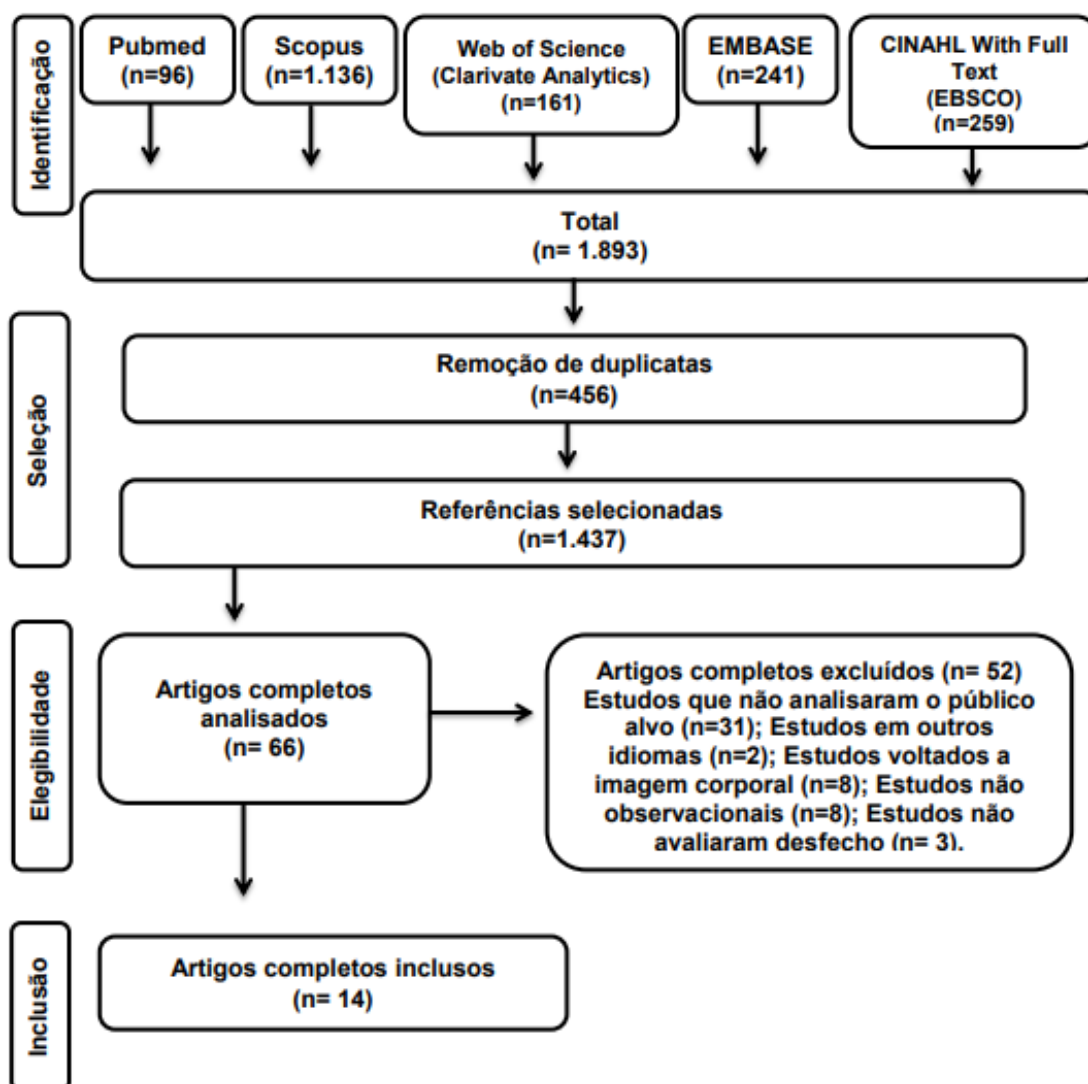


Figura 1: Fluxograma da pesquisa bibliográfica e dos critérios de seleção (Adaptado de PRISMA).

Dentre os 14 estudos observacionais incluídos nesta revisão, treze foram estudos transversais (Bertoli et al., 2016; Carrard, Rothen, 2019; Conceição et al., 2017; Eik-Nes et al., 2015; Guerdjikova et al., 2012; Klapow et al., 2002; Lewis, Cachelin, 2001; Midlarsky et al., 2017; Minniti et al., 2011; Pérez-Sánchez, Torres, Morante, 2018; Richter et al., 2016; Stein et al., 2005; Thompson, Bardone-Cone, 2019) e apenas um dos estudos foi de coorte (Mangweth-Matzek et al., 2006).

As características gerais dos estudos podem ser observadas na Tabela 1. Os estudos foram realizados com idosos de 60 até 94 anos, com amostras variando de 20 a 9544 pessoas. Cerca de nove estudos foram com mulheres (Carrard, Rothen, 2019; Conceição et al., 2017; Eik-Nes et al., 2015; Lewis, Cachelin, 2001; Mangweth-Matzek et al., 2006; Midlarsky et al., 2017; Minniti et al., 2011; Stein et al., 2005; Thompson, Bardone-Cone, 2019), e cinco com homens e mulheres (Bertoli et al., 2016; Guerdjikova et al., 2012; Klapow et al., 2002; Pérez-Sánchez, Torres, Morante, 2018; Richter et al., 2016). A maioria dos estudos foram realizados no continente Europeu (n= 9), seguidos pela América (n=4) e Ásia (n= 1), com variação dos anos da publicação entre 2001 e 2019.

As pesquisas utilizaram diferentes instrumentos para analisar as atitudes alimentares desordenadas das suas amostras, assim verificou-se que nos estudos de Bertoli et al. (2016) e Minniti et al. (2011) foram utilizados o questionário *Binge Eating Scale* (BES), que expressaram as estimativas de comportamento de risco para TCA. O estudo de Bertoli et al. (2016) obteve como estimativa de comportamento de risco de TCA em homens e mulheres de 60, 70 e 80 anos, sendo observado decréscimo dessa estimativa à medida que a idade aumenta, independentemente do sexo. O mesmo estudo também verificou que a estimativa de comportamento de risco de TCA é maior em indivíduos com sobrepeso, com valores entre 5,4%, homens de 60 anos e 4,0% em homens de 80 anos, ao passo que em mulheres obesas observou-se estimativas de comportamento de risco para TCA de 14,0% e 10,6% aos 60 e 80 anos, respectivamente. Os resultados do estudo de Minniti et al. (2011) foram apresentados com a pontuação do BES (média de pontuação $10,03 \pm 7,33$), sendo observada baixa pontuação, o que indica baixo comportamento de risco para TCA na população estudada. É baixa devido aos pontos de corte do instrumento utilizado, onde uma pontuação ≥ 17 é considerada indicativa de um possível TCA, e pontuações ≥ 27 indica um TCA provável.

Nos estudos de Carrard e Rothen (2019); Conceição *et al.* (2017) e Thompson, Bardone-Cone, (2019) usaram o *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q), que avalia comportamentos e atitudes alimentares desordenadas por meio de um questionário onde seu resultado é apresentado em quatro subescalas (restrição alimentar, preocupação alimentar, preocupação com a forma corporal e preocupação com o peso) para rastreio de TAs. O estudo de Carrard e Rothen (2019) demonstrou que 20,2% da amostra apresentaram episódios de compulsão alimentar e cerca de 10,8% tiveram comportamentos purgativos, contudo o TCA foi observado com menor frequência ou menor duração (1,18%). No estudo de Conceição *et al.* (2017) observaram 3,55% de episódios de compulsão, 2,37% de episódios de compulsão alimentar subjetiva 5,62% de episódios de bulimia (compulsão objetiva e/ou compulsão subjetiva) e 18,93% apresentaram comportamentos de beliscar/petiscar no último mês e 16,27% 1 vez por semana. Já Thompson e Bardone-Cone (2019) encontraram 12% de episódios de compulsão e 19% episódios de compulsão alimentar subjetiva na amostra de mulheres avaliadas.

Enquanto Lewis e Cachelin (2001) e Thompson e Bardone-Cone (2019) utilizaram o *Eating Disorder Inventory* (EDI), que avalia as características psicológicas e comportamentais comuns a TAs. No estudo de Lewis e Cachelin (2001) foi observado que a população obteve baixa pontuação no EDI, sugerindo ausência de sintomas para TA. Enquanto Thompson e Bardone-Cone (2019) encontraram em sua amostra comportamentos compensatórios, onde 4% induziram vômitos ou fizeram uso de laxantes e 7% realizaram exercícios excessivos. A partir da utilização do *Eating Disorder Scale 5* (EDS-5), que possui os principais pontos para os comportamentos de TAs, Eik-Nes *et al.* (2015) não obtiveram resultados de TA em sua população ≥ 70 anos.

Variações do questionário *Eating Attitudes Test* foram utilizadas, sendo que Mdiarsky *et al.* (2017), Stein *et al.* (2005) e Thompson e Bardone-Cone (2019) optaram por utilizar o *Eating Attitudes Test-26* (EAT-26), com resultados apontando comportamento de risco para TA, onde os primeiros autores obtiveram cerca de 11,84% da população estudo com comportamentos de risco para TA em 245 mulheres de 60 a 90 anos (Mdiarsky *et al.*, 2017). Já o estudo de Stein *et al.* (2005) encontraram prevalência de 13,3%, em 30 mulheres portadoras de esquizofrenia com idade acima de 60 anos. No estudo de Thompson e Bardone-Cone (2019) foi

encontrado prevalência de alto risco de comportamento de risco para TA em 6% de sua amostra de 97 mulheres com 65 a 90 anos.

Embora Pérez-Sánchez, Torres e Morante (2018) tenham utilizado o EAT-26, os resultados foram apresentados como média de pontuação, sendo encontrada pontuação média de 5 ± 2 , considerada uma pontuação baixa, o que consideraram em não ter sido observado comportamento de risco para TA na população estudada. Richter *et al.* (2016) usaram o EAT-8, onde encontraram alta prevalência de comportamento de risco para TA, sendo 22,7% em homens e 33,6% em mulheres de sua amostra.

Alguns estudos trouxeram como resultado diagnósticos de TAs e, para isso, foram utilizados duas variações do DSM. Guerdjikova *et al.* (2012), Klapow *et al.* (2002) e Mangweth-Matzek *et al.* (2006) utilizaram a versão DSM-IV, enquanto Conceição *et al.* (2017) usou o DSM-V. Nos estudos de Guerdjikova *et al.* (2012) cerca de 95% de sua amostra foram diagnosticados com TCA. Já no estudo de Klapow *et al.* (2002) 1% receberam o diagnóstico de TCA, Mangweth-Matzek *et al.* (2006) encontraram 3,8% de sua amostra com diagnóstico de TAs, nesses 0,2% foi AN, 0,4% de BN e 3,2% de TANE. Com a versão mais atualizada, Conceição *et al.* (2017) obteve diagnóstico de TAs em 3,25% de sua amostra, nos quais 1,68% foi TCA, 0,3% de BN e 1,48% de TANE.

Risco de viés e qualidade metodológica

Ao se avaliar a qualidade metodológica dos estudos transversais ($n = 13$), em relação à seleção da amostra, foi observado que 76,9% ($n=10$) destes (Bertoli *et al.*, 2016; Carrard *et al.*, 2019; Conceição *et al.*, 2016; Guerdjikova *et al.*, 2012; Klapow *et al.*, 2002; Minniti *et al.*, 2011; Pérez-Sánchez, Torres, Morante, 2018; Richter *et al.*, 2016; Stein *et al.*, 2005; Thompson, Bardone-Cone, 2019) apresentaram os critérios de inclusão da amostra. Entretanto, 34,5% ($n=5$) (Bertoli *et al.*, 2016; Minniti *et al.*, 2011; Pérez-Sánchez, Torres, Morante, 2018; Richter *et al.*, 2016; Thompson, Bardone-Cone, 2019) foram pouco claros em relação aos sujeitos e ao cenário do estudo, e 23,0% ($n=3$) (Eik-Nes *et al.*, 2015; Lewis, Cachelin, 2001; Midlarsky *et al.*, 2017) não foram claros neste quesito. Todos os estudos transversais incluídos (100%) avaliaram de forma válida e confiável a exposição, definiram claramente os seus objetivos (Bertoli *et al.*, 2016; Carrard *et al.*, 2019; Conceição *et al.*, 2016; Eik-Nes *et al.*, 2015; Guerdjikova *et al.*, 2012; Klapow *et al.*, 2002; Lewis, Cachelin,

2001; Midlarsky et al., 2017; Minniti et al., 2011; Pérez-Sánchez, Torres, Morante, 2018; Richter et al., 2016; Stein et al., 2005; Thompson, Bardone-Cone, 2019). Em relação aos fatores de confusão, apenas 23% (n=3) (Conceição et al., 2016; Conceição et al., 2016; Midlarsky et al., 2017) dos estudos transversais não identificaram os fatores de confusão e também não apresentaram estratégias para controle dos mesmos. Dentre os estudos transversais, apenas 23% (n=3) (Conceição et al., 2016; Guerdjikova et al., 2012; Midlarsky et al., 2017) não foram claros na descrição da sua análise estatística. Nenhum estudo foi excluído pela qualidade metodológica. A avaliação crítica de cada um dos estudos transversais encontra-se na Tabela Suplementar S3.

Ao avaliar o estudo de coorte incluído nesta revisão (n=1) (Mangweth-Matzek et al., 2006), foi obtida uma pontuação 4, considerada com alto risco de viés. Este estudo teve baixa pontuação no domínio de comparabilidade. A avaliação individual desse estudo encontra-se na Tabela Suplementar S4.

Tabela 1 - Características dos estudos incluídos sobre comportamentos de risco e transtornos alimentares na população idosa.

Autor/ Ano	País	Tipo de estudo	Caracterização da amostra	Instrumento utilizado	Síntese dos resultados
Bertoli et al., 2016	Itália	Estudo Transversal	N = 1162, 376 homens e 786 mulheres 60 - 81 anos	BES	Estimativa de prevalência de comportamento de risco para TCA Homens: - Eutróficos: 3,0% para 60 anos, 2,6% para 70 anos e 2,4% para 80 anos - Sobrepeso: 4,2% para 60 anos, 3,5% para 70 anos e 3,1% para 80 anos - Obeso: 5,4% para 60 anos, 4,6% para 70 anos e 4,0% para 80 anos Mulheres: - Eutróficas: 8,1% para 60 anos; 7,0% para 70 anos e 7,5% para 80 anos - Sobrepeso: 10,8% para 60 anos, 9,4% para 70 anos e 8,1% para 80 anos - Obesas: 14,0% para 60 anos, 12,1% para 70 anos e 10,6% para 80 anos
Carrard, Rothen, 2019	Suíça e França	Estudo Transversal	N = 203 Mulheres 60 – 75 anos	EDE-Q	Sintomas de TA: - Episódios de compulsão: 20,2%; < 1x/semana: 11,3% pelo menos 1x/semana: 8,9% diário: 4,9% - Comportamentos purgativos: 10,8% vômitos: 1,5%; uso de laxantes: 3,4%; exercícios excessivos: 14,8%
Conceição et al., 2017	Portugal	Estudo Transversal	N = 338 Mulheres 65 - 94 anos	EDE-Q DSM-V	Sintomas de TA: - Episódios de compulsão: 3,55%; - Episódios de compulsão alimentar subjetiva: 2,37% - Episódios de bulimia (compulsão objetiva e/ou compulsão subjetiva): 5,62% - Beliscar/petiscar: 18,93% (no último mês) e 16,27% (1x/semana); Prevalência de diagnóstico de TAs: 3,25% TCA: 1,68%; Bulimia nervosa: 0,3% TANE: 1,48%

(continua)

Tabela 1 (Continuação)

Autor/ Ano	País	Tipo de estudo	Caracterização da amostra	Instrumento utilizado	Síntese dos resultados
Eik-Nes et al., 2015	Noruega	Estudo Transversal	N = 9544 Mulheres ≥ 60 anos	EDS-5	Prevalência de comportamento TA: 9,3% Nenhum caso identificado em mulheres com idade ≥ 70 anos
Guerdjikova et al., 2012	EUA	Estudo Transversal	N = 20 Homens e mulheres 65 – 77 anos	DSM-IV, EDE	Critério de inclusão do estudo era diagnóstico de TCA: na seleção da amostra 95% foram diagnosticados; Duração média do TCA: 27,2 anos Sintomas de TCA: Nº de episódios de compulsão alimentar/ dia: 3,9 x/dia; Nº de episódios de dias compulsão alimentar/ semana: 4,5 dias/semana
Klapow et al., 2002	Inglaterra	Estudo Transversal	N = 534 Homens e mulheres ≥ 65 anos	PHQ, DSM-IV	Prevalência de diagnóstico de TA: 1%, sendo diagnosticado apenas TCA
Lewis, Cachelin, 2001	EUA	Estudo Transversal	N = 125 Mulheres ≥ 66 anos	EDI	Pontuação EDI subescala bulimia: 0,9 ± 1,6 – baixa pontuação, não indicando TA
Mangweth-Matzek et al., 2006	Áustria	Estudo de Coorte	N = 475 Mulheres ≥ 60 anos	DSED, DSM-IV	Prevalência de diagnóstico TA: 3,8% AN: 0,2% BN: 0,4% TANE: 3,2% Prevalência de sintomas TA: 4,4% Compulsão alimentar: 1,5% Uso de laxantes ou diuréticos 2,7% Vômitos: 0,2%
Midlarsky et al., 2017	EUA	Estudo Transversal	N = 245 Mulheres 60 – 90 anos	EAT-26	Prevalência de comportamento de risco para TA: 11,84%

(continua)

Tabela 1 (Continuação)

Autor/ Ano	País	Tipo de estudo	Caracterização da amostra	Instrumento utilizado	Síntese dos resultados
Minniti et al., 2011	Itália	Estudo Transversal	N =128 Mulheres 60 - 80 anos	BES	Pontuação BES: 10,03 $\pm$ 7,33 – baixa pontuação, não indicando comportamento de risco para TCA
Pérez-Sánchez, Torres, Morante, 2018	Espanha	Estudo Transversal	N = 139 Homens e mulheres institucionalizados $\geq$ 70 anos	EAT-26	Prevalência de comportamento de risco para TA: 0% Pontuação EAT-26: 5 $\pm$ 2
Richter et al., 2016	Alemanha	Estudo Transversal	N = 372 Homens e mulheres $\geq$ 70 anos	EAT-8	Prevalência de alto risco de comportamento de risco para TA: Homens: 22,7% Mulheres: 33,6%
Stein et al., 2005	Israel	Estudo Transversal	N = 30 Mulheres com esquizofrenia $\geq$ 60 anos	EAT-26	Prevalência de comportamento de risco para TA: 13,3%
Thompson, Bardone-Cone, 2019.	EUA	Estudo Transversal	N = 97 Mulheres 65 – 90 anos	EAT-26, EDE-Q, EDI	Prevalência de alto risco de comportamento de risco para TA: 6% Sintomas de TA: - Episódios de compulsão: 12%; - Episódios de compulsão alimentar subjetiva: 19% - Comportamentos compensatórios: Vômitos ou uso de laxantes: 4% Exercícios excessivos: 7%

Binge Eating Scale (BES); Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q); Eating Disorder Exam (EDE); Eating Disorder Scale (EDS-5); Eating Disorder Inventory (EDI); Patient Health Questionnaire (PHQ); Eating Attitudes Test-26 (EAT-26); Eating Attitudes Test-8 (EAT-8); Diagnostic Survey For Eating Disorders (DSED).

4. DISCUSSÃO

Essa revisão sistemática buscou analisar estudos que avaliassem transtornos alimentares na população idosa, com idade superior a 60 anos. Nos 14 estudos analisados foram observados a avaliação de comportamentos de risco, sintomas e/ou diagnóstico de TA na população estudada. A prevalência de comportamento de risco para TA variou entre 2,4 e 13,3%, em alguns estudos, dependendo do sexo e da idade. Já o diagnóstico de TA foi identificado em até 4,4% dos idosos, sendo 0,2% de Anorexia Nervosa, 0,3% de Bulimia Nervosa, 1,68% de Transtorno de Compulsão Alimentar e até 3,2% de Transtorno Alimentar Não Especificado.

O diagnóstico de TA é estabelecido por critérios associados a um conjunto de sinais e sintomas presentes nos indivíduos, sendo que os principais instrumentos utilizados são o DSM-5 (APA, 2014) ou CID11 (WHO, 2019). Apesar de serem distintos em alguns critérios, os dois documentos possuem semelhança na categorização de diagnósticos no grupo de TAs, no qual se destacam a anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtornos de compulsão alimentar e o transtorno alimentar não especificado (Hiluy; Nunes; Pedrosa *et al.*, 2019). Nesta revisão foi observado o uso de duas versões do DSM para diagnóstico de TA, sendo mais utilizados o DSM-IV. Neste sentido, por se tratar de versões distintas com modificações nos critérios de classificação de diagnósticos de TAs, sugere-se que essa seja uma justificativa para as diferentes prevalências de diagnóstico de TA encontradas no presente estudo.

Esta revisão é pioneira na investigação de TA em idosos. Entretanto, em uma revisão sistemática e metanálise considerando o período entre os anos 2000 e 2018, Galmiche *et al.* (2019) evidenciaram que a maioria dos estudos investigaram a temática de TA em mulheres, sendo que a prevalência de TA foi de 2,2% em mulheres e 0,7% em homens. Com relação à faixa etária, foi verificado que a prevalência variou de 0,9 a 10,0% em adultos e de 0,2 a 15% em adolescentes (Galmiche *et al.*, 2019), não sendo mencionados estudos com idosos. Embora a amostra do estudo de Galmiche *et al.* (2019) envolva diferentes faixas etárias, as prevalências são similares às encontradas em estudos realizados com idosos incluídos nesta revisão (Conceição *et al.* 2017; Mangweth-Matzek *et al.* 2006; Klapow *et al.* 2002), o que pode sinalizar um importante problema de saúde a ser considerado pelos governantes na elaboração de políticas públicas, assim como outras doenças crônicas. Também pode ser sugerido que diagnósticos de TA em

fases anteriores da vida persistam com o envelhecimento, perdurando com comprometimentos físicos e psicossociais.

A avaliação dos comportamentos de risco para TAs pode ser realizada por meio de questionários padronizados, como o EAT, EDI, EDE-Q, BES, entre outros. Esses instrumentos foram elaborados para sistematizar os métodos de estudos de TA após o estabelecimento de critérios diagnósticos, alguns abrangem todos os TAs, e outros são mais específicos para transtornos isoladamente (Freitas; Gorenstein; Appolinário, 2002). Entre os 14 estudos selecionados nesta revisão, foram usados quatro instrumentos diferentes para comportamentos de risco para TAs, com prevalências entre 2,4 e 13,3%, variação que pode estar relacionada à utilização de diferentes instrumentos de rastreio. Em estudos com adolescentes também são verificados valores variáveis, como no estudo de Fortes, Filgueiras e Ferreira (2014) e de Santos *et al.* (2020) utilizando o EAT-26, encontraram 21,7% e 7,7% em suas amostras, respectivamente.

Os resultados sobre sintomas dos TAs na população idosa observadas nesta revisão mostram que dentre os sintomas gerais de TA os episódios de compulsão alimentar foram bastante variáveis (Mangweth-Matzek *et al.*, 2006; Thompson, Bardone-Cone, 2019). Embora não tenham sido descritos em muitos estudos, os comportamentos compensatórios foram relatados, sendo que o uso de laxantes e diuréticos é mais frequente que a indução de vômitos. Ao se comparar com a população jovem, esses valores se diferem, Alves *et al.* (2012) evidenciaram que a prevalência geral de sintomas de TA foi de 23,0% em adolescentes. Moreira *et al.* (2017) encontraram 4,2% de relatos de compulsão alimentar entre graduandos de nutrição e 2,2% nos estudantes do curso de administração. Fazendo o comparativo dos estudos entre jovens e idosos, nota-se que os valores na população idosa são inferiores às amostras na população mais jovem, isso pode estar relacionado à pressão estética diferencial da mídia entre essas populações, como também a falta de pesquisas entre o público com idade mais avançada.

No que diz respeito ao estado nutricional e sua relação com comportamento de risco para TA, sugere-se que exista uma relação entre o índice de massa corporal (IMC) e TA. Eiknes *et al.* (2015) apontaram altas taxas de sobrepeso e obesidade em mulheres idosas, no qual apresentaram maiores chances de desenvolver TAs do que mulheres com peso normal, também encontraram prevalência de insatisfação com o peso corporal e prática de dieta. Esses fatores também estiveram presentes no estudo de Carrard e Rothen (2019), que indicou que

mulheres idosas, mesmo estando com o IMC adequado, possuem uma preocupação com o peso, podendo ser um fator importante para o desenvolvimento de TA.

Os adolescentes são mais propensos a apresentarem TA quando comparados aos idosos, uma vez que são um público com maior susceptibilidade a apresentar distorção da imagem corporal, devido à insatisfação com o corpo e desejo de emagrecer, especialmente o sexo feminino (Freitas, Saron, 2011). Carrard e Rothen (2019) afirmam que a ansiedade do envelhecimento tem sido associada ao desejo de magreza, insatisfação corporal e alimentação desordenada nas amostras de mulheres de meia-idade e mais velhas. Entretanto, outros estudos não encontraram influência do envelhecimento com preocupações estéticas (Midlarsky *et al.*, 2017) e insatisfação corporal (Lewis, Cachelin, 2001) no que se refere a patologia alimentar. Esses apontamentos mostram que mesmo havendo divergências nesses achados, os idosos são suscetíveis à insatisfação corporal e os desdobramentos que podem ocorrer, sendo importante que a frequência desses eventos não seja subestimada.

O presente estudo contou com algumas limitações, devido à falta de padronização dos instrumentos de pesquisa para transtornos alimentares na velhice. Outro fator preponderante é a escassez de estudos presentes nas bases de dados científicas, pois em sua grande maioria estão relacionados a populações de outras faixas etárias, no entanto não se deve ignorar que muitos trabalhos de TAs na população idosa foram investigados, contudo os seus resultados não foram apresentados separadamente, limitando a inclusão de um maior número de estudos nessa revisão.

5. CONCLUSÃO

Esta revisão sistemática sugere que comportamentos de risco ou diagnóstico de transtornos alimentares estão presentes na população idosa, sendo mais recorrente em mulheres, tendo como prevalência maior o Transtorno Alimentar Não Especificado 3,2%, seguido de Transtorno de Compulsão Alimentar com 1,68%. É importante frisar que transtornos mentais são recorrentes no envelhecimento, assim como as doenças crônicas não transmissíveis, comprometendo a qualidade de vida dos indivíduos. Esta revisão não avaliou o início dos comportamentos de risco ou diagnóstico de TA, desse modo não foi possível delimitar se os indivíduos iniciam o distúrbio tardiamente ou se esses comportamentos advêm da juventude. Esse estudo enfatiza a importância de conscientizar a sociedade, trazendo maior visibilidade para ocorrência dos transtornos alimentares na população idosa e a consequente busca por políticas públicas que rastreiem e auxiliem os idosos portadores desse distúrbio.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association – APA (2014). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5: DSM-5. Artmed, ed.5. Porto Alegre.

Alvarenga MDS, Dunker KLL, Philippi ST (2020). Transtornos alimentares e nutrição: da prevenção ao tratamento. Editora Manole, Barueri-SP.

Alvarenga MDS, Scagliusi FB, Philippi ST (2011). Nutrição e Transtornos Alimentares: Avaliação e Tratamento. Editora Manole, Barueri-SP.

Alves TCHS, Santana MLP, Silva RCR et al (2012). Fatores associados a sintomas de transtornos alimentares entre escolares da rede pública da cidade do Salvador, Bahia. J Bras Psiquiatr.

Bertoli S, Leone A, Ponissi V et al (2016). Prevalence of and risk factors for binge eating behaviour in 6930 adults starting a weight loss or maintenance programme. Public Health Nutrition. Doi: 10.1017/S1368980015001068.

Carrard I, Rothen S (2019). Factors associated with disordered eating behaviors and attitudes in older women. Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity. Doi: 10.1007/s40519-019-00645-4.

Conceição EM, Gomes FVS, Vaz AR et al (2017). Prevalence of eating disorders and picking/nibbling in elderly women. Int J Eat Disord. 2017. Doi: 10.1002/eat.22700.

Eik-Nes T, Romild U, Guzey I et al (2015). Women's weight and disordered eating in a large Norwegian community sample: the Nord-Trøndelag Health Study (HUNT). BMJ Open. Doi: 10.1136/bmjopen-2015-008125.

Fortes LS, Filgueiras JF, Ferreira MEC (2014). Comportamentos de risco para transtornos alimentares e sintomas depressivos: um estudo com jovens do sexo feminino de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. Doi: 10.1590/0102-311X00192913.

Freitas S, Gorenstein C, Appolinário JC (2002). Instrumentos para a avaliação dos transtornos alimentares. Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo.

Freitas RGBON, Saron MLG (2011). A relação entre o estado nutricional e comportamento alimentar em adolescentes de uma escola pública de Volta Redonda – RJ. Cadernos UniFOA- edição especial de Nutrição. Rio de Janeiro.

Fugulin BF, Rosche S, Resende R et al (2009). Prática de Atividade Física e Autoimagem de Idosas. CERES.

Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G et al (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. Am J Clin Nutr. Printed in USA. American Society for Nutrition. All rights reserved.

Guerdjikova AI, O'Melia AM, Mori N et al (2012). Binge Eating Disorder in Elderly Individuals. International Journal of Eating Disorders. Doi: 10.1002/eat.22028.

Guerra ACLC, Caldas CP (2010). Dificuldades e recompensas no processo do envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. Ciência; Saúde Coletiva, Rio de Janeiro.

Hiluy JC, Nunes FT, Pedrosa MAA et al (2019). Os transtornos alimentares nos sistemas classificatórios atuais: DSM-5 e CID-11. Revista debates in psychiatry. Doi: 10.25118/2236-918X-9-3-1.

Klapow J, Kroenke K, Horton T et al (2002). Psychological Disorders and Distress in Older Primary Care Patients: A Comparison of Older and Younger Samples. Psychosomatic Medicine. Doi: 10.1097/01.psy.0000021942.35402.c3.

Lewis DM, Cachelin FM (2001). Body Image, Body Dissatisfaction, and Eating Attitudes in Midlife and Elderly Women. Eating Disorders. Doi: 10.1080/106402601300187713.

Mangweth-Matzek B, Rupp CI, Hausmann A et al (2006). Never Too Old for Eating Disorders or Body Dissatisfaction: A Community Study of Elderly Women. International Journal of Eating Disorders. Doi: 10.1002/eat.20327.

Menezes MFG, Tavares EL, Santos DM et al (2010). Alimentação saudável na experiência de idosos. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro.

Midlarsky E, Marotta AK, Pirutinsky S et al (2017). Psychological predictors of eating pathology in older adult women. *Journal of Women & Aging*. Doi: 10.1080/08952841.2017.1295665.

Minniti A, Bissoli L, Di Francesco V et al (2011). Comparison of physical and psychological status in younger and older overweight-obese women. *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases*. Doi:10.1016/j.numecd.2010.02.025.

Moreira DE, Pinheiro MC, Carreiro DL et al (2017). Transtornos alimentares, percepção da imagem corporal e estado nutricional: estudo comparativo entre estudantes de nutrição e de administração. *RASBRAN - Revista da Associação Brasileira de Nutrição*. São Paulo.

Organização das Nações Unidas. Assembleia Mundial sobre envelhecimento: resolução 39/125. Viena: Organização das Nações Unidas; 1982.

Pérez-Sánchez CM, Torres DN, Morante JJH (2018). Altered Eating Attitudes In Nursing Home Residents And Its Relationship With Their Cognitive And Nutritional Status. *J Nutr Health Aging*. Doi: 10.1007/s12603-018-1056-y.

Richter F, Strauss B, Braehler E et al (2016). Psychometric properties of a short version of the Eating Attitudes Test (EAT-8) in a German representative sample. *Eating Behaviors*. Doi: 10.1016/j.eatbeh.2016.03.006.

Santos SCS, Maciel JF, Fagundes AA et al (2020). Comportamentos de risco para transtornos alimentares em adolescentes de um colégio público. *Mundo da Saúde*. Doi: 10.15343/0104-7809.202044229237

Stein D, Zemishlani C, Shahal B, Barak Y (2005). Disordered Eating in Elderly Female Patients Diagnosed with Chronic Schizophrenia. *Isr J Psychiatry Relat Sci*.

Thompson KA, Bardone-Cone AM (2019). Disordered eating behaviors and attitudes and their correlates among a community sample of older women. *Eating Behaviors*. Doi: 10.1016/j.eatbeh.2019.05.004.

Tribess S (2006) Percepção da imagem corporal e fatores relacionados à saúde em idosas. 112f. Dissertação, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

World Health Organization (WHO). International Classification of Diseases (CID-11) Mortality and Morbidity Statistics (C1D-11 MMS). 2019 Version [Internet]. [cited 09 Dec 2021]. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.

MATERIAL SUPLEMENTAR

Tabela Suplementar S1- Banco de dados e estratégias de busca.

Base de Dados	Estratégia de Busca
Pubmed	("geriatric" OR "elder* " OR "aging") AND ("bulimia" OR "anorexia" OR "binge eating disorder") AND ("eating disorder*" OR "feeding disorder*")
Scopus	TITLE-ABS-KEY ("geriatric" OR "elder* " OR "aging") AND ("bulimia" OR "anorexia" OR "binge eating disorder") AND ("eating disorder*" OR "feeding disorder*")
Web of Science (Clarivate Analytics)	ALL= ("geriatric" OR "elder*" OR "aging") AND ALL=("bulimia" OR "anorexia" OR "binge eating disorder") AND ALL=("eating disorder*" OR "feeding disorder*")
EMBASE	("geriatric" OR "elder*" OR "aging") AND ("bulimia" OR "anorexia" OR "binge eating disorder") AND ("eating disorder*" OR "feeding disorder*")
CINAHL with Full Text (EBSCO)	("geriatric" OR "elder*" OR "aging") AND ("bulimia" OR "anorexia" OR "binge eating disorder") AND ("eating disorder*" OR "feeding disorder*")

Tabela suplementar S2 - Estudos e motivos exclusão

Referência	Motivo da exclusão
Agüera et al., 2013	1
Allaz et al., 1998	3
Arroyo, Segrinb, Andersen, 2017	3
Bailly et al., 2012	3
Bell, Newns, 2004	1
Bloom et al., 2013	1
Castellini et al., 2012	1
DaLuz et al., 2018	1
Davies, Whelan, King, 2000	3
De Zwaan et al., 2014	1
Duncan, Ziobrowski, Nicol, 2017	1
Elder et al., 2006	1
Elder et al., 2008	1
Firoozjah, Sheikh, Mohammadnia, et al., 2015	2
Garcia et al., 2018	1
Gonçalves, Silva, Gomes, 2015	1
Gordon et al., 2005	1
Guerdjikova, McElroy, 2009	1
Gupta, Schork, 1993	5
Gupta, 1995	3
He et al., 2020	1
Hewitt, Coren, Steel, 2001	1
Himmerich et al., 2019	1
Kalla et al., 2016	4
Kaminski, Hayslip Jr., 2006	3
Kessler et al., 2014	4
Koyanagi, Stickley, Haro, 2016	1
Kummer et al., 2019	1
Marcellini et al., 2009	4
McElroy et al., 2015	1
McLean et al., 2010	1
Miller et al., 1991	3
Mitchison et al., 2017	1
Molinari, Castelnuevo, 2008	2
Munn-Chernoff et al., 2013	1
Nagata et al., 2020	1
Ogden, Elder, 1998	1
Perkins et al., 1997	1
Petroni et al., 2019	4

(continua)

Tabela suplementar S2 (Continuação)

Referência	Motivo da exclusão
Pollina, McKee, 2000	1
Ricca et al., 2008	1
Ricca et al., 2009	1
Ricca et al., 2010	1
Ricca et al., 2010	4
Richter et al., 2016	5
Solmi et al., 2016	5
Stevens et al., 1994	3
Taylor, 2008	4
Thompson, Bardone-Cone, 2019	1
Udo et al., 2014	1
Welch et al., 2016	4
Wilson et al., 1998	4

Legenda critérios de exclusão: [1] Estudos que não analisaram nos resultados o público-alvo da pesquisa com transtornos alimentares (n= 31); [2] Estudos em outros idiomas (n= 2); [3] Estudos com resultados voltados à imagem corporal (n= 8); [4] Estudos não observacionais (n= 8); [5] Estudos não relataram o desfecho (n= 3).

Tabela suplementar S3- Risco de viés para estudos transversais usando a escala Joanna Briggs

Referências	ITEM							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Bertoli et al., 2016	S	I	S	S	S	S	S	S
Carrard et al., 2019	S	S	S	S	S	S	S	S
Conceição et al., 2016	S	S	S	S	N	N	S	I
Eik-Nes et al., 2015	N	N	S	S	S	S	S	S
Guerdjikova et al., 2012	S	S	S	S	N	N	S	I
Klapow et al., 2002	S	S	S	S	S	S	S	S
Lewis, Cachelin, 2001	N	N	S	S	S	S	S	S
Midlarsky et al., 2017	N	N	S	S	N	N	S	I
Minniti et al., 2011	S	I	S	S	S	S	S	S
Pérez-Sánchez, Torres, Morante, 2018	S	I	S	S	S	S	S	S
Richter et al., 2016	S	I	S	S	S	S	S	S
Stein et al., 2005	S	S	S	S	S	S	S	S
Thompson, Bardone-Cone, 2019	S	I	S	S	S	S	S	S

S = Sim (baixo risco de viés); I = incerto.; N = Não (alto risco de viés)

Tabela suplementar S4 - Risco de viés para o estudo de coorte usando a escala Newcastle-Ottawa.

Autores	Parâmetros					Julgamento geral sobre o risco de viés
	Desenho do estudo	Seleção	Comparabilidade	Desfecho	Total	
Mangweth-Matzek et al., 2006	Coorte	2	0	2	4	Alto

Referências dos artigos excluídos na Fase 2

Agüera Z, Riesco N, Jiménez-Murcia S et al (2013). Cognitive behaviour therapy response and dropout rate across purging and nonpurging bulimia nervosa and binge eating disorder: DSM-5 implications. *BMC Psychiatry*. Doi: 10.1186/1471-244X-13-285.

Allaz AF, Bernstein M, Rouget P, et al (1998). Body weight preoccupation in middle-age and ageing women: A general population survey. *Int J Eat Disord*. Doi: 10.1002/(sici)1098-108x(199804)23:3<287::aid-eat6>3.0.co;2-f.

Arroyo A, Segrin C, Andersen KK (2017). Intergenerational transmission of disordered eating: Direct and indirect maternal communication among grandmothers, mothers, and daughters. *Body Image*. Doi: 10.1016/j.bodyim.2017.01.001.

Bailly N, Maitre I, Amanda M et al (2012). The Dutch Eating Behaviour Questionnaire (DEBQ). Assessment of eating behaviour in an aging French population. *Appetite*. Doi: 10.1016/j.appet.2012.08.029.

Bell L, Newns K (2004). What factors influence failure to engage in a supervised self-help programme for bulimia nervosa and binge eating disorder?. *Eur. Eat. Disorders Rev*. Doi: 10.1002/erv.554.

Bloom L, Shelton B, Bengough M et al (2013). Psychosocial outcomes of a non-dieting based positive body image community program for overweight adults: A pilot study. *Journal of Eating Disorders*. Doi:10.1186/2050-2974-1-44.

Castellini G, Mannucci E, Lo Sauro C et al (2012). Different moderators of cognitive-behavioral therapy on subjective and objective binge eating in bulimia nervosa and binge eating disorder: A three-year follow-up study. *Psychother Psychosom*. Doi: 10.1159/000329358.

DaLuz FQ, Sainsbury A, Mannan H et al (2018). An investigation of relationships between disordered eating behaviors, weight/shape overvaluation and mood in the general population. *Appetite*. Doi: 10.1016/j.appet.2018.06.029.

Davies ADM, Whelan L, King D. Oral control and body dissatisfaction in older adults: a note of caution. *Eur. Eat. Disorders Rev*. Doi: 10.1002/1099-0968(200008)8:4<315::AID-ERV352>3.0.CO;2-E.

Duncan AE, Ziobrowski HN, Nicol G (2017). The Prevalence of Past 12-Month and Lifetime DSM-IV Eating Disorders by BMI Category in US Men and Women. *Eur. Eat. Disorders Rev.* Doi: 10.1002/erv.2503.

Elder KA, Grilo CM, Masheb RM et al (2006). Comparison of two self-report instruments for assessing binge eating in bariatric surgery candidates. *Behaviour Research and Therapy*. Doi: 10.1016/j.brat.2005.04.003.

Elder KA, Paris MJr, Añez LM et al (2008). Loss of control over eating is associated with eating disorder psychopathology in a community sample of Latinas. *Eat Behav.* Doi: 10.1016/j.eatbeh.2008.04.003.

Firoozjah MH, Sheikh M, Mohammadi S, Homayouni A. Increasing eating disorders and their role in the development of limb social anxiety in active older men in Babol. *Toloo-e-Behdasht*, 2015. vol. 14, Edição 3 (51), pp. 25-37.

Garcia GD, Pompeo DA, Eid LP et al (2018). Relationship between anxiety, depressive symptoms and compulsive overeating disorder in patients with cardiovascular diseases. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Doi: 10.1590/1518-8345.2567.3040.

Gonçalves SF, Silva E, Gomes AR (2015). The Influence of BMI and Predictors of Disordered Eating and Life Satisfaction on Postmenopausal Women. *Journal Of Women & Aging*. Doi: 10.1080/08952841.2014.928496

Gordon KH, Denoma JM, Bardone AM et al (2005). Self-competence and the prediction of bulimic symptoms in older women. *Behavior Therapy*. Doi: 10.1016/S0005-7894(05)80065-6.

Guerdjikova AI, McElroy SL (2009). Binge Eating Disorder Pharmacotherapy Clinical Trails-Who Is Left Out?. *Eur. Eat. Disorders Rev.* Doi: 10.1002/erv.884.

Gupta MA, Schork NJ. Aging-Related Concerns and Body Image: Possible Future Implications for Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, vol. 14, nº. 4, 481-486. 1993.

Gupta MA. Concerns about aging and a drive for thinness - a factor in the biopsychosocial model of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, vol. 18, nº. 4, 351-357. 1995.

He J, Zhao Y, Zhang H et al (2020). Orthorexia nervosa is associated with positive body image and life satisfaction in Chinese elderly: Evidence for a positive psychology perspective. *Int J Eat Disord*. Doi: 10.1002/eat.23400.

Hewitt PL, Coren S, Steel GD (2001). Death from anorexia nervosa: age span and sex differences. *Aging & Mental Health*. Doi: 10.1080/13607860020020636.

Himmerich H, Hotopf M, Shetty H et al (2019). Psychiatric comorbidity as a risk factor for mortality in people with anorexia nervosa. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. Doi: 10.1007/s00406-018-0937-8.

Kalla A, Krishnamoorthy P, Gopalakrishnan A et al (2016). Gender and age differences in cardiovascular complications in anorexia nervosa patients. *International Journal of Cardiology*. Doi: 10.1016/j.ijcard.2016.11.209.

Kaminski PL, Hayslip Jr B (2006). Gender differences in body esteem among older adults. *Journal of Women and Aging*. Doi: 10.1300/J074v18n03_03.

Kessler RC, Shahly V, Hudson JI et al (2014). A comparative analysis of role attainment and impairment in binge-eating disorder and bulimia nervosa: Results from the WHO World Mental Health Surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. Doi:10.1017/S2045796013000516.

Koyanagi A, Stickley A, Haro JM (2016). Psychotic-like experiences and disordered eating in the English general population. *Psychiatry Research*. Doi: 10.1016/j.psychres.2016.04.045.

Kummer KK, Pope HG, Hudson JI et al (2019). Aging male symptomatology and eating behavior. *The Aging Male*. Doi: 10.1080/13685538.2018.1477931.

Marcellini F, Giuli C, Papa R et al (2009). Obesity and body mass index (BMI) in relation to life-style and psycho-social aspects. *Arch Gerontol Geriatr*. Doi: 10.1016/j.archger.2009.09.029.

McElroy SL, Crow S, Blom TJ et al (2015). Prevalence and correlates of DSM-5 eating disorders in patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*. Doi: 10.1016/j.jad.2015.11.010.

McLean SA, Paxton SJ, Wertheim EH (2010). Factors associated with body dissatisfaction and disordered eating in women in midlife. *International Journal of Eating Disorders*. Doi: 10.1002/eat.20737.

Miller DK, Morley JE, Rubenstein LZ et al (1991). Abnormal eating attitudes and body image in older undernourished individuals. *J. Am. Geriatr. Soc.* Doi: 10.1111/j.1532-5415.1991.tb02490.x.

Mitchison D, Rieger E, Harrison C et al (2017). Indicators of clinical significance among women in the community with binge-eating disorder symptoms: Delineating the roles of binge frequency, body mass index, and overvaluation. *Int. J. Eating Disord.* Doi: 10.1002/eat.22812.

Molinari E, Castelnovo G. Clinical psychology of obesity in the Elderly. *Research in psychology*, 2008 – vol. 31, Issue 1, pp. 249-268.

Munn-Chernoff MA, Duncan AE, Grant JD et al (2013). A twin study of alcohol dependence, binge eating, and compensatory behaviors. *J Stud Alcohol Drugs*. Doi: 10.15288/jsad.2013.74.664.

Nagata JM, Capriotti MR, Murray SB et al (2020). Community norms for the Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) among gender-expansive populations. *Journal of Eating Disorders*. Doi: 10.1186/s40337-020-00352-x.

Ogden J, Elder C (1998). The role of family status and ethnic group on body image and eating behavior. *Int J Eat Disord.* Doi: 10.1002/(sici)1098-108x(199804)23:3<309::aid-eat8>3.0.co;2-n.

Perkins AJ, Fritz JJ, Barber CE et al (1997). The prevalence and family correlates of eating disorder tendencies in older women. *Journal of Women & Aging*. Doi: 10.1300/J074v09n03_05.

Petroni ML, Barbanti FA, Bonadonna R et al (2019). Dysfunctional eating in type 2 diabetes mellitus: A multicenter Italian study of socio-demographic and clinical associations. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*. Doi: 10.1016/j.numecd.2019.06.006.

Pollina LK, McKee DM (2000). Nutritional risk among elderly rural midwestern women. *Family and Consumer Sciences Research Journal*. Doi: 10.1177/1077727X00291001.

Ricca V, Castellini G, Mannucci E et al (2008). Amphetamine derivatives and obesity. *Appetite*. Doi: 10.1016/j.appet.2008.11.013.

Ricca V, Castellini G, Lo Sauro C et al (2009). Correlations between binge eating and emotional eating in a sample of overweight subjects. *Appetite*. Doi: 10.1016/j.appet.2009.07.008.

Ricca V, Castellini G, Lo Sauro C et al (2010). Cognitive-behavioral therapy for threshold and subthreshold anorexia nervosa: A three-year follow-up study. *Psychother. Psychosom*. Doi: 10.1159/000315129.

Ricca V, Castellini G, Mannucci E et al (2010). Comparison of individual and group cognitive behavioral therapy for binge eating disorder. A randomized, three-year follow-up study. *Appetite*. Doi:10.1016/j.appet.2010.09.019.

Richter F, Strauss B, Braehler E et al (2016). Screening disordered eating in a representative sample of the German population: Usefulness and psychometric properties of the German SCOFF questionnaire. *Eating Behaviors*. Doi: 10.1016/j.eatbeh.2016.06.022.

Solmi F, Hotopf M, Hatch SL et al (2015). Eating disorders in a multi-ethnic inner-city UK sample: prevalence, comorbidity and service use. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. Doi: 10.1007/s00127-015-1146-7.

Stevens J, Kumanyika S, Keil JE et al (1994). Body Size Perceptions and Eating Attitudes in Elderly Men. *Obesity Research*. Doi: 10.1002/j.1550-8528.1994.tb00638.x.

Taylor F (2008). Eating disorders are not just a problem for the Young. Working with Older People. Doi: 10.1108/13663666200800049.

Thompson, Bardone-Cone (2019). Disordered eating behaviors and attitudes and their correlates among a community sample of older women. *Eating Behav*. Doi: 10.1016/j.maturitas.2019.03.014.

Udo T, McKee SA, White MA et al (2014). Menopause and metabolic syndrome in obese individuals with binge eating disorder. *Eating Behaviors*. Doi: 10.1016/j.eatbeh.2014.01.003.

Welch E, Jangmo A, Thornton LM et al (2016). Treatment-seeking patients with binge-eating disorder in the Swedish national registers: Clinical course and psychiatric comorbidity. *BMC Psychiatry*. Doi: 10.1186/s12888-016-0840-7.

Wilson MMG, Vaswani S, Liu D et al (1998). Prevalence and causes of undernutrition in medical outpatients. *American Journal of Medicine*. Doi: 10.1016/s0002-9343(97)00279-9.

Zwaan MD, Müller A, KC Allison et al (2014). Prevalence and correlates of night eating in the german general population. *PLoS ONE*. Doi: 10.1371/journal.pone.0097667.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DA BAHIA
Centro das Ciências Biológicas e da Saúde

ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (TCC)

Aos trinta e um dias do mês de janeiro de 2022 na sala virtual do Google Meet, realizou-se a sessão pública de defesa de TCC do Curso de Nutrição da Universidade Federal do Oeste da Bahia UFOB, do(a) acadêmico(a) **Thainá Neves Ramos Santos** sob orientação e co-orientação das professoras **Marcela de Sá Barreto da Cunha** e **Ana Maria Fernandes Viana**, intitulada **Transtornos Alimentares em Idosos: uma Revisão Sistemática**.

Compuseram a Banca Examinadora os professores:

Orientador: **Marcela de Sá Barreto da Cunha**,

Co-orientador: **Ana Maria Fernandes Viana**,

Membro 1: **Monica Sabrina Ribeiro dos Santos**,

Membro 2: **Andressa Moura Souza**.

Após a exposição oral, o(a) candidato(a) foi arguido(a) pelos membros da banca, os quais reuniram-se reservadamente, e decidiram, **APROVAR** com a média final **9,8**. Para constar, redigi a presente Ata, que aprovada por todos os presentes, vai assinada por mim, Orientador(a) do TCC, e pelos demais membros da banca.

Prof.(a)/Orientador e Co-orientador:

Nota: 9,88 Assinatura: _____

Assinatura: _____

Prof.(a)/Membro 1:

Nota: 9,7 Assinatura: _____

Prof.(a)/Membro 2:

Nota: 9,7 Assinatura: _____