



Ispas

Instituto Universitário
de Ciências Psicológicas,
Sociais e da Vida

Desafios da meia-idade: O papel do stress, ansiedade e humor deprimido no comportamento alimentar e na gestão de peso em mulheres de meia-idade

Catarina Raposo Matias Rangel

Orientadora de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA FILIPA PIMENTA

Coorientação:

PROFESSORA MAFALDA LEITÃO

Professora de Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA FILIPA PIMENTA

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2024

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Filipa Pimenta, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

Agradecimentos

À Prof. Doutora Filipa Pimenta, por fazer cada aula valer a pena, por tudo o que me ensinou, pela paciência, pelo entusiasmo contagiante, por se preocupar com o sucesso dos seus alunos e por me ter ajudado a alcançar os meus objetivos. O meu mais sincero obrigada, foi um privilégio poder ser guiada por si.

À Prof. Mafalda Leitão, pela forma generosa como me recebeu no Projeto Me-Wel e aceitou conduzir-me neste tema e partilhar comigo os seus conhecimentos. Muito obrigada pelo apoio constante, pelas inúmeras palavras de incentivo, pela disponibilidade, cooperação e compreensão que demonstrou ao longo de todo este processo e que foram essenciais para ultrapassar os desafios desta etapa académica.

À minha mãe e ao João, por me encorajarem a lutar pelos meus objetivos e a dar o meu melhor, garantindo que neles há sempre um porto de abrigo onde descansar. Obrigada pelo apoio, pelo amor, pela força e por todos os valores que me transmitiram ao longo da vida e que fazem de mim o que sou hoje.

Ao meu pai, que mesmo já não estando cá, vive em mim e inspira-me todos os dias com o seu exemplo de amor, coragem, resiliência, integridade e dedicação. Obrigada pai por me teres feito sentir o teu apoio e por tudo o que pude beber de ti...

À minha irmã Ana, por ser também um porto de abrigo, pelo entusiasmo e orgulho demonstrados que tantas vezes me deram força para continuar e por ser minha irmã (no que de mais bonito isso tem).

À Tia Maria, Tio Luís e Tita, a família que tive a sorte de ganhar, pelo apoio, carinho, incentivo, compreensão e interesse demonstrados ao longo desta etapa.

Aos meus amigos, por me terem feito sentir sempre o seu apoio, por compreenderem as ausências, por nunca deixarem de perguntar pela tese, por ouvirem os meus desabafos e por celebrarem comigo as conquistas.

Por fim, mas não por último, ao Luís, por ter caminhado ao meu lado, por acreditar nas minhas capacidades, pela companhia nas inúmeras horas de estudo, pela paciência e amor demonstrados nos momentos mais desafiantes e por tudo o que sacrificou, sempre com um sorriso na cara.

Resumo

Introdução: Na meia-idade pode haver uma exacerbação de sintomas psicológicos (SP) nas mulheres e um aumento de comportamentos alimentares disfuncionais (CAD) associados ao aumento de peso. A implementação de estratégias de gestão de peso pode reverter esta tendência. Este estudo explora se os SP predizem por um lado os CAD (Estudo 1) e, por outro, a implementação de estratégias de gestão de peso em mulheres de meia-idade (Estudo 2). **Método:** No total, 1,921 mulheres portuguesas (45-65 anos; $M_{idade}=52.21$; $DP_{idade}=5.12$) preencheram um questionário online, que incluiu questões sociodemográficas, de saúde e de sintomas psicológicos, o Three Factor Eating Questionnaire R-21 (que avaliou a Ingestão Emocional [IE], o Descontrolo Alimentar [DC] e a Restrição Cognitiva [RC]) e a Oxford Food and Activity Behaviours in Middle-Aged Women (que avaliou a Gestão de Impulso-Aceitação [GI-A], a Procura de Informação [PI], o Planeamento de Conteúdo [PC], a Regulação-Restrições [R-R] e o Apoio-Ajuda de Outros [A-AO]). **Resultados:** No Estudo 1, verificou-se que a ansiedade predisse os CAD ($\beta_{RC}= 0.076;p= 0.040$; $\beta_{IE}= 0.117;p= <0.001$; $\beta_{DA}= 0.137;p= <0.001$). O humor deprimido predisse a IE ($\beta= 0.182;p= <0.001$) e o DA ($\beta= 0.104;p= 0.003$). No Estudo 2, a ansiedade predisse a PI ($\beta = 0.034;p= 0.046$) e o A-AO ($\beta= 0.139;p= <0.001$). O stress predisse o A-AO ($\beta= -0.081;p= 0.049$). **Conclusão:** A ansiedade e o humor deprimido estão associados com maior frequência a uma maior prevalência de CAD; o stress também poderá ser uma barreira à implementação de estratégias de gestão de peso, sendo que devem ser tidos em conta em futuras intervenções com este grupo de risco.

Palavras-chave: Meia-idade; Mulheres; Sintomas Psicológicos; Comportamento Alimentar; Estratégias Cognitivo-Comportamentais de Gestão de Peso

Abstract

Introduction: Middle-age is a time of heightened risk for the exacerbation of psychological symptoms (PS) in women and is associated with an increase in dysfunctional eating behaviours (DEB) linked to weight gain. The implementation of weight management strategies can reverse this trend. This study explores whether PS predict DEB (Study 1) and the implementation of weight management strategies in middle-aged women (Study 2). **Method:** Overall, 1,921 Portuguese women (45-65 years; $M_{age}=52.21$; $DP_{age}=5.12$) completed an online questionnaire, which included sociodemographic, health-related and PS questions, the Three Factor Eating Questionnaire R-21 (assessing Emotional Eating [EE], Uncontrolled Eating [UE] and Cognitive Restraint [CR]) and the Oxford Food and Activity Behaviours in Middle-Aged Women (assessing Impulse Management-Acceptance [IM-A], Information Seeking [IS], Content Planning [CP], Regulation-Restrictions [R-R] and Support-Help from Others [S-HO]). **Results:** In study 1, anxiety predicted DEB ($\beta_{CR}= 0.076;p= 0.040$; $\beta_{EE}= 0.117;p= <0.001$; $\beta_{UE}= 0.137;p= <0.001$). Depressive mood predicted EE ($\beta= 0.182;p= <0.001$) and UE ($\beta= 0.104;p= 0.003$). In study 2, anxiety predicted IS ($\beta = 0.034;p= 0.046$) and S-HO ($\beta= 0.139;p= <0.001$). Stress predicted S-HO ($\beta= -0.081;p= 0.049$). **Conclusion:** Anxiety and depressed mood are associated with a higher prevalence of DEB; stress may also be a barrier to the implementation of weight management strategies. These factors should be considered in future interventions targeting this at-risk group.

Key-words: Middle-age; Women; Psychological Symptoms; Eating Behaviour; Cognitive-Behavioural Weight Management Strategies

Índice

Introdução.....	8
Fase da Meia-Idade.....	8
Menopausa.....	8
Excesso de Peso e Obesidade em Mulheres de Meia-Idade.....	10
Sintomas Psicológicos Associados à Meia-Idade.....	11
Comportamento Alimentar em Mulheres de Meia-Idade.....	13
Gestão de Peso em Mulheres de Meia-Idade.....	14
Método	17
Desenho de Investigação	17
Participantes.....	17
Material.....	20
Questionário sociodemográfico de peso, saúde e estilo de vida.....	20
Questionário de sintomas psicológicos.....	21
Three-Factor Eating Questionnaire – R21	21
Oxford Food and Activity Behaviours in Middle-Aged Women	22
Procedimento	23
Análise de Dados	24
Resultados	25
Questionário de Sintomas Psicológicos.....	25
Three-Factor Eating Questionnaire – R21	26
Qualidades psicométricas dos itens	26
Análise fatorial confirmatória.....	26
Oxford Food and Activity Behaviours in Middle-Aged Women	26
Qualidades psicométricas dos itens	26
Análise fatorial confirmatória.....	27
Estudo 1 – Modelo de Equações Estruturais: Sintomas Psicológicos e Comportamento Alimentar	27

Estudo 2 – Modelo de Equações Estruturais: Sintomas Psicológicos e Estratégias Cognitivo-Comportamentais de Gestão de Peso	32
Discussão.....	36
Estudo 1- Será que os Sintomas Psicológicos predizem os Comportamentos Alimentares Disfuncionais?	37
Sintomas psicológicos e comportamento alimentar.....	37
Variáveis sociodemográficas e de saúde e comportamento alimentar	40
Estudo 2 – Será que os Sintomas Psicológicos são Barreiras à Implementação de Estratégias de Gestão de Peso?	44
Sintomas psicológicos e estratégias de gestão de peso.....	44
Variáveis sociodemográficas e de saúde e gestão de peso.....	46
Estudos Futuros	49
Conclusão	50
Referências	51
Anexos.....	75
Anexo A: Revisão da literatura.....	75
Anexo B: Estatística descritiva e estudo da sensibilidade psicométrica dos itens do questionário de sintomas psicológicos.....	90
Anexo C: Estatística descritiva, estudo da sensibilidade psicométrica e pesos fatoriais do TFEQ-R21	91
Anexo D: Análise fatorial confirmatória TFEQ-R21	95
Anexo E: Variância extraída da média e fiabilidade do TFEQ-R21	96
Anexo F: Estudo da validade discriminante do TFEQ-R21	97
Anexo G: Estatística descritiva, estudo da sensibilidade psicométrica, pesos fatoriais e fiabilidade individual da OxFAB-MAW	98
Anexo H: Análise fatorial confirmatória OxFAB-MAW.....	102
Anexo I: Variância extraída da média e fiabilidade da OxFAB-MAW	103
Anexo J: Estudo da validade discriminante da OxFAB-MAW	104

Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização da Amostra em Termos de Variáveis Sociodemográficas.....	18
Tabela 2. Caracterização da Amostra em Termos de Variáveis de Saúde.....	19
Tabela 3. Trajetórias Significativas entre as Variáveis Independentes e as Variáveis Dependentes do Modelo de Equações Estruturais Final do Estudo 1 (refinado).....	30
Tabela 4. Trajetórias Significativas entre as Variáveis Independentes e as Variáveis Dependentes do Modelo de Equações Estruturais Final do Estudo 2 (refinado).....	35

Índice de Figuras

Figura 1. Modelo de Equações Estruturais Estudo 1 - Será que os sintomas psicológicos predizem os comportamentos alimentares disfuncionais?	28
Figura 2. Modelo de Equações Estruturais Estudo 1 Final (refinado) - Será que os sintomas psicológicos predizem os comportamentos alimentares disfuncionais?	29
Figura 3. Modelo de Equações Estruturais Estudo 2 - Será que os sintomas psicológicos são barreiras à implementação de estratégias de gestão de peso?	32
Figura 4. Modelo de Equações Estruturais Estudo 2 Final (refinado) - Será que os sintomas psicológicos são barreiras à implementação de estratégias de gestão de peso?.....	34

Introdução

Fase da Meia-Idade

A meia-idade é geralmente descrita como o período de vida entre os 40 e os 60 anos, podendo este intervalo variar em mais ou menos 10 anos (Lachman, 2004). De acordo com Infurna et al. (2020), o que diferencia esta de outras fases da vida adulta é a sobrecarga que se faz sentir, resultante da acumulação de papéis sociais e das mudanças de vida que ocorrem durante esta fase. Tanto os homens como as mulheres desempenham diversos papéis sociais na meia-idade, no entanto, as mulheres podem ter uma responsabilidade acrescida e mais diversificada devido ao lugar que ocupam na família e na sociedade (e.g., mães, avós, filhas, esposas, amigas, cuidadoras, colegas de trabalho, “donas de casa”); (Fagulha, 2005; Lachman, 2015; Thomas et al., 2018). Este acumular de responsabilidades normalmente surge numa fase em que estão também a lidar com algumas vulnerabilidades (e.g., problemas de saúde, alterações cognitivas) e mudanças (e.g., no aspeto físico, na carreira, no estado reprodutivo; [Infurna et al., 2020]). Segundo Thomas et al. (2018), o principal desafio reportado pelas mulheres de meia-idade é precisamente a dificuldade em encontrar equilíbrio enquanto lidam com estas mudanças, com as perdas e com os acontecimentos stressantes que ocorrem concomitantemente (e.g., dificuldades financeiras, sintomas da menopausa, morte dos pais).

A meia-idade pode ainda impactar nas relações com os outros (Gracia & Freeman, 2018), sendo um momento de reestruturação das relações e dos papéis que desempenham, principalmente na esfera familiar e profissional (Fagulha, 2005). A nível familiar, as mudanças podem advir de acontecimentos como o divórcio, a saída dos filhos de casa (também designado como “ninho vazio”) ou a deterioração da saúde de familiares (Woods & Mitchell, 1997). Profissionalmente, é comum haver mudanças nas funções exercidas (e.g., promoção) ou na situação laboral (e.g., desemprego; entrada na reforma [Lachman, 2004]). Nesta fase, podem começar também a surgir os primeiros sinais de declínio da saúde, com o surgimento de diversas doenças e problemas de saúde (e.g., obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes; [Infurna et al., 2020]). Paralelamente a isso, para as mulheres a meia-idade envolve também mudanças biológicas significativas relacionadas com as alterações hormonais (Burger et al., 2007) e com o envelhecimento reprodutivo (Grammatikopoulou et al., 2022), como é o caso da menopausa.

Menopausa

Resultante do normal processo de envelhecimento (Broekmans et al., 2009), a menopausa refere-se à cessação permanente da menstruação e ao fim da capacidade reprodutiva

da mulher, que ocorre devido à perda da função folicular ovariana (Greendale et al., 1999; Sherman, 2005). Em mulheres europeias, a idade média da menopausa é aos 51 anos (Baber et al., 2016). Segundo o Stages of Reproductive Aging Workshop +10 ([STRAW+10] Harlow et al., 2012) este envelhecimento ovariano ocorre em 3 fases: pré-menopausa, peri-menopausa e pós-menopausa. Na pré-menopausa a mulher tem ciclos menstruais regulares, embora possa começar a apresentar algumas irregularidades na fase final. Na peri-menopausa dá-se o início da transição para a menopausa. Nesta fase ocorrem alterações na duração do ciclo menstrual, sendo que a fase final é caracterizada por períodos de amenorreia de 60 ou mais dias. A pós-menopausa é a última fase, tem início após a última menstruação e estende-se ao longo de toda a vida (Harlow et al., 2012). A menopausa é identificada retrospectivamente, após doze meses de amenorreia.

Além das alterações nos ciclos menstruais, na fase de transição para a menopausa podem ser experienciados diversos sintomas físicos e psicológicos (e.g., sintomas vasomotores e urogenitais, alterações cognitivas, do humor e do sono, ansiedade, problemas na função sexual; [NAMS, 2012; Azzedine et al., 2017]) que estão relacionados com a diminuição da produção de estrogénios (Sociedade Portuguesa de Ginecologia [SPG], 2021). O aumento de peso e as alterações na composição e na forma corporal (e.g., aumento da massa gorda, diminuição da massa magra, aumento da gordura na zona abdominal) são também sintomas comuns da transição para a menopausa (Fenton, 2021). A longo prazo, o declínio dos níveis de estrogénios (Davis et al., 2015), pode causar também alterações metabólicas e cardiovasculares, contribuindo para um risco acrescido para o desenvolvimento de outras doenças, como é o caso da obesidade e das doenças cardiovasculares (Davis et al., 2015; Monteleone et al., 2018).

Os sintomas da menopausa podem impactar negativamente na rotina diária da mulher, assim como nas atividades sociais e laborais e na qualidade das relações interpessoais (Martins et al., 2011; Lomônaco et al., 2015). Nesta fase pode haver assim um comprometimento da autoestima, da satisfação pessoal e da qualidade de vida (Lomônaco et al., 2015; Hutchings et al., 2023). No entanto, a forma como cada mulher vivencia este momento é única e pode depender de diversos fatores físicos e psicológicos (George, 2002; Monteleone et al., 2018; Hutchings et al., 2023). As mulheres com excesso de peso ou obesidade tendem a experienciar a menopausa como algo difícil e a apresentar uma pior qualidade de vida durante esta fase (Martínez-Vázquez et al., 2023).

Excesso de Peso e Obesidade em Mulheres de Meia-Idade

Segundo a World Health Organization (WHO, 2021), considera-se como excesso de peso ou obesidade a acumulação excessiva ou anormal de gordura que pode ser prejudicial para a saúde do indivíduo. A discriminação entre o excesso de peso e a obesidade é feita através do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), sendo que um $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ é classificado como excesso de peso e um $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ é considerado obesidade (WHO, 2021).

A prevalência da obesidade no mundo tem vindo a aumentar e é hoje um dos principais problemas de saúde pública. A nível mundial, homens (39%) e mulheres (40%) apresentam taxas de excesso de peso semelhantes, mas a obesidade é mais prevalente nas mulheres (15%) do que nos homens (11%; [WHO, 2021]). Segundo o Serviço Nacional de Saúde (SNS, 2018), em Portugal verifica-se igualmente esta tendência para a obesidade, com 59% dos homens e 55% das mulheres adultas a apresentarem quadros de pré-obesidade ou obesidade. A obesidade é simultaneamente reconhecida como uma doença e como um fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças (e.g., diabetes, hipertensão; [SNS, 2018; SPEO, 2018]), estando associada a um risco acrescido de morte prematura, a uma pior qualidade de vida (Hruby et al., 2016), à depressão e à baixa autoestima (Davis et al., 2012).

A meia-idade é uma fase crítica para o aumento de peso. Durante este período pode haver um incremento de entre 1 a 2 kg por ano (Simkin-Silverman et al., 2003; Hutfless et al., 2013), o que significa que embora ocorra de forma lenta e progressiva, a longo prazo, o seu efeito cumulativo pode levar ao desenvolvimento de obesidade (Hutfless et al., 2013). Num estudo conduzido em Portugal com mulheres entre os 45 e os 60 anos, constatou-se que 47% das participantes tinham excesso de peso ou obesidade (SPG, 2018). Noutro estudo recente com mulheres portuguesas entre os 45 e os 65 anos, 35,1% tinha excesso de peso e 20,5% obesidade (Leitão et al., 2023). Para além do aumento de peso, para as mulheres a meia-idade é também caracterizada por alterações na composição e na forma corporal (Kozakowski et al., 2017).

O excesso de peso e a obesidade ocorrem quando a quantidade de calorias ingeridas excede a quantidade despendida, provocando um desequilíbrio energético (Leeners et al., 2017). Fatores como o aumento do consumo de alimentos ricos em calorias, gorduras e açúcares e a diminuição de atividade física contribuem para este problema (WHO, 2021). No caso das mulheres de meia-idade, além destes fatores comportamentais, também fatores biológicos/fisiológicos (e.g., genética), ambientais (e.g., pandemia COVID-19) e psicossociais (e.g., eventos de vida stressantes) podem contribuir para o aumento de peso neste grupo de risco (Leitão et al., 2024a). O impacto do processo de menopausa e do envelhecimento cronológico no aumento de peso em mulheres de meia-idade também tem vindo a ser particularmente

debatido, verificando-se uma divergência de perspectivas. Alguns estudos defendem que este aumento de peso está associado ao envelhecimento e não à transição para a menopausa (Sternfeld et al., 2004; Davis et al., 2012; Kapoor et al., 2017), enquanto noutros a transição para a menopausa tem vindo a ser associada a mudanças na distribuição da gordura corporal, à perda de massa magra (Svendsen et al., 1995; Douchi et al., 1998; Leeners et al., 2017) e ao aumento da massa gorda (Svendsen et al., 1995; Toth et al., 2000; Leeners et al., 2017).

Apesar desta ser uma fase de risco para o aumento de peso e consequente desenvolvimento de obesidade, mudanças no estilo de vida podem inverter esta tendência (Hruby et al., 2016). A implementação de estratégias cognitivo-comportamentais pode auxiliar nestas mudanças contribuindo para a adesão sustentada a um estilo de vida saudável (Bossen et al., 2022), promovendo a redução de comportamentos associados ao desenvolvimento de obesidade (e.g., comer excessivamente, sedentarismo) e a adoção de outros comportamentos associados a uma gestão de peso bem-sucedida (e.g., auto-monitorização da ingestão de comida; [Berkel et al., 2005]).

Sintomas Psicológicos Associados à Meia-Idade

A meia-idade pode ser um período crítico para a saúde mental das mulheres (Kalra et al., 2023). As oscilações de humor, fadiga, irritabilidade, impaciência, ansiedade, stress, nervosismo e tristeza são sintomas psicológicos frequentemente relatados pelas mulheres desta faixa etária (Nasreen, 2019). De acordo com a American Psychiatric Association (APA, 2013) esta sintomatologia está presente em algumas perturbações depressivas e de ansiedade, nomeadamente na Perturbação Depressiva Major e na Perturbação de Ansiedade Generalizada. Segundo a World Health Organization, as perturbações depressivas e de ansiedade são as doenças do foro mental mais comuns a nível mundial. Ambas são substancialmente mais prevalentes nas mulheres do que nos homens (WHO, 2023; WHOa, 2023). Esta tendência continua a verificar-se na meia-idade, altura em que as taxas de depressão, ansiedade e stress são mais elevadas, especialmente nas mulheres (Gonçalves et al., 2018; Infurna et al., 2020).

A investigação tem-se centrado em compreender em que medida é que a transição para a menopausa está relacionada com a ocorrência de sintomas psicológicos na meia-idade. Nalguns casos verificou-se que havia uma associação entre eles, registando-se um aumento dos sintomas psicológicos na peri ou pós-menopausa, quando comparado com a pré-menopausa (Cohen et al., 2006; Freeman et al., 2006; Tangen & Mykletun, 2008; Bromberger et al., 2013; Mulhall et al., 2018). A diminuição de estrogénios que ocorre durante a transição para a

menopausa (Bromberger et al., 2010) e os sintomas vasomotores (Freeman et al., 2006; Bromberger et al., 2013) são apontados como fatores que podem contribuir para o desenvolvimento de sintomas de depressão nas mulheres de meia-idade. Contudo, é de referir que noutros estudos esta associação entre menopausa e sintomas psicológicos não foi confirmada (Woods et al., 2006; Woods et al., 2008).

Esta discrepância pode ser explicada pelo facto de a transição para a menopausa ocorrer num contexto em que as mulheres estão a passar simultaneamente por outras mudanças (e.g., biológicas, sociais, comportamentais, psicológicas) e acontecimentos de vida negativos (e.g., divórcio, perda de rendimentos) que podem ter um impacto emocional e que estão igualmente associados ao surgimento de sintomas psicológicos (NAMS, 2012; Kalra et al., 2023; Thomas et al., 2023). Assim, embora a transição para a menopausa possa trazer uma vulnerabilidade acrescida ao aparecimento de sintomas psicológicos, outros fatores devem ser considerados (Bromberger et al., 2010). A história prévia de depressão é o principal preditor de humor deprimido em mulheres de meia-idade (Bromberger et al., 2010; Sandilyan & Dening, 2011). O aumento do IMC (Freeman et al., 2006; Woods et al., 2008), os antecedentes familiares de depressão (Woods et al., 2008), o abuso de substâncias (Freeman et al., 2006) e a ocorrência de eventos de vida recentes considerados negativos (Cohen et al., 2006) também estão associados a um maior risco de desenvolver sintomas depressivos. Numa amostra de mulheres portuguesas de meia-idade, o estadio da menopausa, a perceção negativa dos acontecimentos de vida recentes, a presença de problemas de saúde física ou psicológica recentes e um rendimento anual mais baixo foram os principais preditores de sintomas de stress e de humor deprimido nestas mulheres. Adicionalmente, as mulheres com um grau de instrução mais baixo e com maior número de filhos também experienciavam valores mais elevados de humor deprimido (Pimenta et al., 2016). Por outro lado, tanto o suporte social como a prática regular de exercício físico de intensidade moderada, parecem ter um efeito protetor contra os sintomas psicológicos experienciados pelas mulheres de meia-idade (Bromberger et al., 2010; Gibbs et al., 2012; Dugan et al., 2015).

Em momentos de crise, podem ser adotadas várias estratégias para lidar com as emoções negativas (Thompson et al., 2010). Algumas são consideradas adaptativas (Folayan et al., 2017) e outras desadaptativas (Javed & Parveen, 2021). Alguns comportamentos alimentares (e.g., comer excessivamente) surgem como uma forma desadaptativa de regular estados emocionais negativos (Whiteside et al., 2007), sendo as mulheres quem mais recorre à comida como mecanismo de coping (Torres & Nowson, 2007).

Comportamento Alimentar em Mulheres de Meia-Idade

Há evidência de que o comportamento alimentar das mulheres se altera durante a meia-idade, verificando-se um aumento da ingestão de comida e do consumo de alimentos doces e ricos em gordura durante esta fase (Azzedine et al., 2017). Estudos anteriores têm demonstrado também que a presença de comportamentos alimentares disfuncionais e de patologia alimentar (e.g., compulsão alimentar) é elevado entre estas mulheres (Mangweth-Matzek et al., 2013; Mangweth-Matzek et al., 2014), estando associado à presença de perturbações depressivas e de ansiedade (Gadalla, 2008).

Os estados emocionais negativos podem afetar o comportamento alimentar (Brytek-Matera, 2021), contribuindo para hábitos e escolhas alimentares pouco saudáveis (O'Connor et al., 2008; Habhab et al., 2009; Sproesser et al., 2011). Concordantemente com isto, em populações clínicas, os episódios de compulsão alimentar inerentes a algumas psicopatologias (e.g., Bulimia Nervosa, Perturbação da Ingestão Alimentar Compulsiva) são frequentemente precedidos por níveis elevados de afeto negativo (Haedt-Matt & Keel, 2011).

Determinados comportamentos alimentares disfuncionais, como a restrição cognitiva, a ingestão emocional e o descontrolo alimentar, são frequentes entre as mulheres (Duarte et al., 2018) e podem ter impacto no peso (Mason et al., 2019). As mulheres de meia-idade apresentam uma maior tendência para ter comportamentos de ingestão emocional e descontrolo alimentar, independentemente de terem um peso normal ou excesso de peso/obesidade. Contudo, a restrição cognitiva é mais prevalente em mulheres de meia-idade com peso normal (Leitão et al., 2024b). A restrição cognitiva refere-se ao esforço mental para reduzir a quantidade de alimentos ingerida, comendo menos do que o desejado, com o objetivo de manter ou perder peso (Anglé et al., 2009; Schaumberg et al., 2016). Estudos anteriores têm evidenciado que esta pode ser feita de forma mais rígida ou mais flexível (Provencher et al., 2003; Westenhofer et al., 2013), sendo que a restrição cognitiva rígida implica uma abordagem desadaptativa e extrema da alimentação e a flexível envolve uma abordagem adaptativa, onde certos alimentos são consumidos mas em quantidades limitadas (Provencher et al., 2003). Como tal, este comportamento alimentar tem sido simultaneamente associado a consequências positivas e negativas. Por um lado, demonstra estar associado a uma maior perda de peso e à diminuição do IMC e da circunferência da cintura e das ancas (Urbanek et al., 2015). Contudo, noutros estudos, está associada ao aumento de peso, do IMC (Sung et al., 2009) e à obesidade (Julien-Sweerts et al., 2019), demonstrando que esta tentativa de controlo pode não ser eficaz.

A ingestão emocional pode ser definida como o ato de comer, muitas vezes de forma excessiva, como forma de aliviar estados emocionais negativos (Anglé et al., 2009), tais como, a ansiedade, a irritabilidade, o stress (Frayn & Knäuper, 2018) ou o humor deprimido (Konttinen et al., 2010). Assim, a ingestão de comida é gerida em função de estados internos negativos e não por pistas de fome/saciedade (Frain & Knäuper, 2018), podendo a sensação de fome ser confundida com outras sensações internas associadas a questões mais emocionais. Geralmente, durante os episódios de ingestão emocional é dada preferência à chamada “comida de conforto”, ou seja, as escolhas alimentares recaem sobre alimentos ricos em calorias, gordura e açúcares (Elfhag & Rössner, 2005; Keskitalo et al., 2008). Além disso, são também ingeridos em quantidades excessivas (Konttinen et al., 2010). Consequentemente, pode ter um impacto negativo na gestão de peso, estando este comportamento associado ao aumento de peso, a uma menor perda de peso (Frain & Knäuper, 2018), a um IMC mais elevado (Sung et al., 2009) e ao excesso de peso ou obesidade (Chacko et al., 2015). A ingestão emocional parece ser um dos fatores que associa depressão e obesidade (Konttinen et al., 2019).

O descontrolo alimentar é caracterizado pela propensão para comer em excesso como resultado da perda de controlo ou da dificuldade em parar a ingestão de alimentos (Karlsson et al., 2000; Anglé et al., 2009). A dificuldade em interpretar os sinais de saciedade e uma menor capacidade cognitiva e motivacional para controlar o comportamento alimentar, podem ser fatores subjacentes ao descontrolo alimentar (French et al., 2014). Este comportamento está associado à compulsão alimentar (Spitzer et al., 1992) e constitui um fator de risco para o desenvolvimento de obesidade (Rohrer et al., 2009), estando frequentemente presente em mulheres com excesso de peso ou obesidade (Chacko et al., 2015). Alguns estudos têm demonstrado que o descontrolo alimentar está igualmente associado a uma maior ingestão calórica e à preferência por alimentos gordurosos e salgados (Keskitalo et al., 2008; Garaulet et al., 2012). A depressão parece desempenhar um papel importante na prevalência e na intensidade do descontrolo alimentar, já que uma maior gravidade de sintomas depressivos está associada a níveis mais elevados de descontrolo alimentar (Paans et al., 2018a).

Gestão de Peso em Mulheres de Meia-Idade

Tendo em conta que as mulheres de meia-idade são um grupo de risco para o desenvolvimento de excesso de peso e obesidade, gerir o peso torna-se fundamental, principalmente para prevenir outras consequências adversas para a saúde (Khandelwal, 2020). A gestão de peso refere-se à mudança e/ou à manutenção de comportamentos com o objetivo

de promover a adesão contínua a um estilo de vida saudável (Monteleone et al., 2018). As alterações no estilo de vida são essenciais para o controlo de peso em mulheres de meia-idade (Khandelwal, 2020). A presença de fatores como a ansiedade, o stress e a depressão deve ser tida em conta na gestão de peso porque podem constituir uma barreira à adesão a um estilo de vida saudável (Kapoor et al., 2017). O desejo intenso por determinado tipo de alimentos, a falta de tempo, a desmotivação e a falta de suporte social também se constituem como desafios na perda de peso em mulheres com obesidade ou excesso de peso (Sharifi et al., 2013).

As mulheres de meia-idade tendem a ser menos ativas pelo que devem procurar restringir a quantidade de calorias ingeridas (NAMS, 2012). Seguir uma dieta hipocalórica, baseada em alimentos saudáveis (e.g., dieta mediterrânica), combinada com a prática de atividade física tem demonstrado ser uma solução promissora na prevenção do aumento de peso e na perda de peso em mulheres de meia-idade (Pugliese et al., 2020). A prática regular de atividade física traz múltiplos benefícios para as mulheres de meia-idade, ajudando não só a amenizar as mudanças na composição corporal e a tendência para o aumento de peso decorrentes do processo de envelhecimento e da transição para a menopausa (Sternfeld et al., 2005), como também a melhorar o humor (Dubnov & Berry, 2000), estando associada a menor risco de depressão, a melhor saúde mental (Kalra et al., 2022), à diminuição da percentagem de gordura corporal e a um menor perímetro de cintura (Sternfeld et al., 2005).

A gestão de peso pode ser feita com recurso a determinadas estratégias que podem ser definidas como as ações levadas a cabo de forma intencional com o objetivo específico de controlar o peso (e.g., fazer manutenção ou perda de peso; [Hartmann-Boyce et al., 2016]). A taxonomia e o questionário do Oxford Food and Activity Behaviours (OxFAB) surgiu com o propósito de fornecer um enquadramento teórico comum que permita identificar e avaliar junto dos indivíduos que gerem o seu peso de forma bem-sucedida, quais as estratégias cognitivo-comportamentais que utilizam para esse efeito (Hartmann-Boyce et al., 2016). Posteriormente, surgiu também o Oxford Food and Activity Behaviours in Middle-Aged Women (OxFAB-MAW) com o propósito de avaliar as estratégias de controlo de peso utilizadas especificamente por mulheres de meia-idade (Leitão et al., 2023).

É comum que as mulheres com excesso de peso ou obesidade desejem perder peso (Molarius et al., 2020). As tentativas de perda de peso são bastante prevalentes entre estas mulheres (Santos et al., 2016), no entanto, apesar de conseguirem perder o peso desejado, muitas vezes não o conseguem manter a longo prazo, acabando por voltar a ganhar o peso

perdido (Montesi et al., 2016). As mulheres demonstram ter mais conhecimento sobre nutrição e sobre métodos de perda de peso do que os homens e são também quem mais recorre a estratégias de perda de peso (French et al., 1994). As estratégias mais usadas por mulheres de meia-idade com peso normal são aquelas referentes aos domínios Gestão do Impulso – Aceitação e Planeamento de Conteúdo. Já nas mulheres com obesidade a Procura de Informação e a Regulação-Restrições são os domínios mais prevalentes (Leitão et al., 2023). O Apoio-Ajuda de Outros constitui igualmente uma das estratégias mais utilizadas pelas mulheres de meia-idade (Leitão et al., 2024b). Porém, é de referir que estas mulheres utilizam muito poucas estratégias de gestão de peso, mesmo quando estão a tentar perder peso (Leitão et al., 2023).

Determinadas estratégias demonstram ser especialmente eficazes na gestão de peso. Numa revisão de literatura verificou-se que as estratégias mais utilizadas na perda de peso bem-sucedida são ter comida saudável disponível em casa (Planeamento de Conteúdo), tomar o pequeno-almoço regularmente (Escolhas Alimentares), consumir mais vegetais (Escolhas Alimentares), praticar atividade/exercício físico (Compensação de Energia), reduzir o consumo de açúcar e gordura e evitar determinados tipos de alimentos (Regulação-Restrição). Relativamente à manutenção de peso bem-sucedida, todas as estratégias referidas acima, com exceção da prática de atividade/exercício físico, são frequentemente utilizadas. Além destas, o aumento do consumo de fibras (Escolhas Alimentares), ter pouco alimentos ricos em gordura disponíveis em casa (Planeamento de Conteúdo) e manter uma frequência regular de refeições (Regulação-Definição de Regras), também são estratégias bastante utilizadas na manutenção de peso bem-sucedida (Paixão et al., 2020).

Estas estratégias são um aliado na gestão do peso verificando-se que a maioria das pessoas que consegue manter o peso perdido ao longo dos anos continua a recorrer a estratégias comportamentais para esse efeito (e.g., reduzir o consumo de alimentos ricos em gordura, monitorizar o peso, praticar atividade física regularmente; [Wing & Hill, 2001]). A utilização de algumas estratégias comportamentais de gestão de peso pode ser um fator importante na diminuição dos comportamentos alimentares disfuncionais (e.g., ingestão emocional; [Jacob et al., 2018]), na reestruturação cognitiva focada nas barreiras à perda/manutenção de peso e no fortalecimento do compromisso com as alterações no estilo de vida (Chopra et al., 2019).

Tendo em conta que para as mulheres a meia-idade é uma fase de risco para a exacerbação de determinados sintomas psicológicos, para o aumento de peso e, conseqüentemente, para o desenvolvimento de obesidade torna-se fundamental aprofundar o

conhecimento sobre os fatores que podem contribuir para este problema. As mulheres de meia-idade experienciam frequentemente estados psicológicos negativos (e.g., humor deprimido, ansiedade) que podem estar associados ao aumento de peso. Como estratégias de coping desadaptativas, estas mulheres podem apresentar comportamentos alimentares disfuncionais (e.g., ingestão emocional), que são prevalentes nesta fase de vida e estão associados ao desenvolvimento de obesidade. A implementação de estratégias de gestão de peso cognitivo-comportamentais (e.g., planeamento de conteúdo) pode ser uma ferramenta importante na prevenção do aumento de peso durante esta fase de vida, sabendo que as estratégias mais implementadas na meia-idade são a Gestão do Impulso-Aceitação, o Planeamento de Conteúdo, a Procura de Informação, a Regulação-Restrições e o Apoio-Ajuda de Outros; no entanto, as mulheres de meia-idade utilizam algumas destas estratégias de forma pouco frequente. Os estados emocionais negativos, como os sintomas de ansiedade, stress e humor deprimido, podem influenciar a utilização destas estratégias – nomeadamente a Gestão do Impulso-Aceitação, o Planeamento de Conteúdo, a Procura de Informação, a Regulação-Restrições e o Apoio-Ajuda de Outros - e inclusive a adesão a um estilo de vida saudável.

Assim, este estudo tem como objetivo determinar: 1) se os sintomas psicológicos de stress, ansiedade e humor deprimido predizem um comportamento alimentar disfuncional (restrição cognitiva, ingestão emocional e descontrolo alimentar) em mulheres de meia-idade; e 2) se os sintomas psicológicos de stress, ansiedade e humor deprimido dificultam a adoção de um comportamento de gestão de peso, através da implementação de estratégias funcionais de gestão de peso, em mulheres de meia-idade.

Método

Desenho de Investigação

O presente estudo utilizou uma metodologia quantitativa com um design observacional-descritivo. É um estudo correlacional, exploratório e de carácter transversal, uma vez que a recolha de dados foi realizada num único momento e que procurou avaliar a relação entre variáveis (Pais-Ribeiro, 2010).

Participantes

Este estudo é composto por uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por 1,921 mulheres com idades compreendidas entre os 45-65 anos ($M_{idade}=52.21$; $DP_{idade}=5.12$). Os critérios de inclusão definidos foram: (1) ser do sexo feminino, (2) ter

nacionalidade portuguesa, (3) ter idades compreendidas entre os 45-65 anos, (4) ter literacia para responder aos instrumentos e (5) ter acesso à internet.

Nas tabelas que se seguem a amostra é caracterizada em termos de variáveis sociodemográficas (Tabela 1) e de saúde (Tabela 2).

Tabela 1

Caracterização da Amostra em Termos de Variáveis Sociodemográficas

Características	<i>n</i>	%
Relação afetiva e/ou sexual		
Tem uma relação	1545	80.4
Não tem uma relação	376	19.6
Nº de filhos		
Não tem filhos	239	12.4
1	614	32.0
2	843	43.9
3	193	10.0
4 ou mais	32	1.7
Situação profissional		
Ativa	1563	81.4
Inativa	358	18.6
Habilitações literárias		
4º ano de escolaridade ou menos	9	0.5
6º ano de escolaridade	27	1.4
9º ano de escolaridade	173	9.0

Características	<i>n</i>	%
Habilitações literárias		
12º ano de escolaridade	592	30.8
Licenciatura ou Bacharelato	733	38.2
Mestrado ou Pós-graduação	360	18.7
Doutoramento	27	1.4
Rendimento anual bruto		
Até 10.000€	325	16.9
De 10.001€ a 20.000€	551	28.7
De 20.001€ a 37.500€	595	31.0
De 37.501€ a 70.000€	321	16.7
>70.000€	90	4.7

Tabela 2

Caracterização da Amostra em Termos de Variáveis de Saúde

Características	<i>n</i>	%
IMC <i>M (DP)</i>	26.61 (5.75)	
Baixo peso	19	1.0
Peso saudável	817	42.5
Excesso de peso	664	34.6

Características	n	%
IMC <i>M (DP)</i>		26.61 (5.75)
Obesidade	421	21.9
Estava a tentar perder peso		
Sim	969	50.4
Não	952	49.6
Problemas de saúde recentes		
Sim	381	19.8
Não	1540	80.2
Problemas psicológicos recentes		
Sim	325	16.9
Não	1596	83.1
Exercício físico		
Sim	1277	66.5
Não	644	33.5

Material

Foi elaborado *online* um protocolo de questionários de autorresposta, que incluiu um questionário sociodemográfico, de peso, saúde e estilo de vida, um questionário de sintomas psicológicos, o Three Factor Eating Questionnaire – R21 (TFEQ-R21) e a Oxford Food and Activity Behaviours in Middle-Aged Women (OxFAB-MAW).

Questionário sociodemográfico, de peso, saúde e estilo de vida

Tendo em vista a caracterização da amostra em estudo, neste questionário foram apresentadas questões relacionadas com aspetos sociodemográficos (e.g., *Qual a sua idade?*; *Tem atualmente uma relação afetiva e/ou sexual?*), de estilo de vida (e.g., *Pratica algum tipo*

de exercício físico [ex., ir ao ginásio, caminhadas, etc.]?), de caracterização do peso e BMI (e.g., *Qual o seu peso atual?*; *Qual a sua altura?*) e de caracterização do estado de saúde geral (e.g., *Teve recentemente alguma(s) doença(s)?*).

Questionário de sintomas psicológicos

Foram apresentadas questões sobre a frequência de determinados sintomas psicológicos no mês anterior, nomeadamente, em relação à ansiedade (e.g., *Quão frequentemente sentiu níveis elevados de ansiedade?*), ao humor deprimido (e.g., *Quão frequentemente sentiu níveis elevados de humor deprimido/depressão?*) e ao stress (e.g., *Quão frequentemente sentiu níveis elevados de stress?*). A escala de resposta variou entre 1 e 5, onde 1 correspondia a “Nunca”, 2 a “Raramente”, 3 a “Às vezes”, 4 a “Frequentemente” e 5 a “Diariamente”.

Three-Factor Eating Questionnaire – R-21

O TFEQ-R21 é uma versão reduzida do TFEQ, originalmente desenvolvido por Stunkard e Messick (1985). Este instrumento foi traduzido e validado para uma amostra portuguesa por Duarte et al. (2018) e, mais recentemente, por Leitão et al. (2024a) numa amostra de mulheres de meia-idade, e tem como objetivo avaliar o comportamento alimentar, especificamente em três dimensões distintas: (1) Restrição Cognitiva, que diz respeito ao esforço consciente e frequente na limitação da ingestão de comida, com o objetivo de controlar o peso; (2) Ingestão Emocional, que se refere à propensão para comer excessivamente como resposta a estados emocionais negativos; e (3) Descontrolo Alimentar, que remete para a tendência para comer de forma excessiva, devido à perda de controlo sob a ingestão ou a sensações subjetivas de fome. Este questionário é composto por 21 itens, sendo que a Restrição Cognitiva compreende 6 itens (e.g., *Qual a probabilidade de conscientemente comer menos do que realmente gostaria de comer?*), a Ingestão Emocional inclui também 6 itens (e.g., *Começo a comer quando me sinto ansioso/a*) e o Descontrolo Alimentar engloba 9 itens (e.g., *Às vezes, quando começo a comer, parece que não consigo parar*).

Os itens 1 a 20 são avaliados numa escala de tipo *Likert* de 4 pontos, que varia entre 1 (completamente verdadeiro) e 4 (completamente falso). O item 21 é avaliado numa escala de *Likert* de 8 pontos, em que 1 corresponde a “Comer sem qualquer restrição” e 8 a “Comer com restrição total”. Os primeiros 16 itens do questionário estão invertidos o que significa que os valores inferiores da escala de resposta indicam maior presença de determinado comportamento alimentar. A pontuação final é obtida através do cálculo da média de cada uma das subescalas

e pode variar entre 0 e 100, sendo que valores mais elevados indicam maiores comportamentos de restrição cognitiva, ingestão emocional e descontrolo alimentar. O TFEQ-R21 revelou boas propriedades psicométricas em estudos anteriores, apresentando boa consistência interna nas 3 subescalas nos estudos de Duarte et al. (2018; [menor valor de $\alpha= 0.83$]) e de Leitão et al. (2024a; [menor valor de $\alpha= 0.82$]).

Oxford Food and Activity Behaviours in Middle-Aged Women

A OxFAB-MAW consiste numa adaptação para mulheres de meia-idade da taxonomia OxFAB, originalmente desenvolvida por Hartmann-Boyce et al. (2016). Este instrumento (OxFAB-MAW) foi desenvolvido, adaptado e validado por Leitão et al. (2023) e tem como objetivo avaliar as estratégias cognitivo-comportamentais de gestão de peso utilizadas por mulheres de meia-idade. O questionário é composto por 47 itens que refletem as estratégias de gestão de peso relacionadas com a atividade física, com a ingestão de comida ou com outros comportamentos de gestão de peso, não relacionados com a atividade física/ingestão de comida (e.g., procurar informação sobre a composição dos alimentos). Estes 47 itens encontram-se distribuídos pelas 17 dimensões descritas de seguida. Porém, neste estudo serão apenas utilizadas a Gestão do Impulso-Aceitação, o Planeamento de Conteúdo, a Procura de Informação, a Regulação-Restrições e o Apoio-Ajuda de Outros, pelos motivos estabelecidos na introdução. As 17 dimensões que integram a OxFAB-MAW são: (1) Compensação de Energia, com 2 itens (e.g., *Quão frequentemente ajustou, durante o dia, a atividade física que fez em função do que iria comer/comeu ou iria exercitar/exercitou (ex., se comeu muito num determinado dia, fez mais atividade física?)*); (2) Estabelecimento de Objetivos, com 4 itens (e.g., *Quão frequentemente estabeleceu objetivos de atividade física (ex., dias para praticar atividade física, duração?)*); (3) Imitação – Modelação, com 3 itens (e.g., *Quão frequentemente imitou o comportamento de dieta de outras pessoas (ex., dieta feita por familiares ou amigos?)*); (4) Gestão do Impulso – Aceitação, com 4 itens (e.g., *Quão frequentemente aceitou aspetos desconfortáveis da atividade física (ex., tolerou a dor ou a sudação associadas?)*); (5) Gestão do Impulso – Consciência dos Motivos, com 2 itens (e.g., *Quão frequentemente perguntou a si própria se estava com fome, quando lhe apeteceu comer ou quando já estava a fazer uma refeição?*); (6) Gestão do Impulso – Distração, com 3 itens (e.g., *Quão frequentemente encontrou outra atividade para fazer quando lhe apeteceu comer?*); (7) Procura de Informação, com 4 itens (e.g., *Quão frequentemente procurou informação acerca de como gerir o seu peso?*); (8) Planeamento de Conteúdo, com 2 itens (e.g., *Quão frequentemente planeou o que iria comer durante o seu dia (ex., levou comida de casa, preparou a lista de compras, andou com snacks saudáveis?)*); (9) Regulação – Permissões, com 2

itens (e.g., *Quão frequentemente permitiu a si própria consumir determinados alimentos/bebidas, sem limite de quantidades (ex., comeu/bebeu aquilo que quis, depois de um período de restrição; teve um dia/refeição de “asneira” ou fora do plano alimentar usual?*); (10) Regulação – Restrições, com 3 itens (e.g., *Quão frequentemente evitou comer a determinadas horas do dia (ex., saltou a última refeição do dia ou comeu em menor quantidade?*); (11) Regulação – Estabelecimento de Regras, com 2 itens (e.g., *Quão frequentemente estabeleceu regras para regular aquilo que comeu (ex., comeu devagar; levantou-se da mesa assim que acabou de comer; não comeu a comida que estava no prato até ao fim?*); (12) Restrição, com 2 itens (e.g., *Quão frequentemente limitou a sua alimentação, de forma rígida (ex., não ingeriu vários alimentos, com o objetivo de controlar ou perder peso?*); (13) Agendamento de Dieta e Atividade, com 3 itens (e.g., *Quão frequentemente estabeleceu horários para fazer atividade física (ex., desistiu de outra coisa para ter tempo para fazer atividade física; fez atividade física num horário em que havia menos pessoas?*); (14) Auto-Monitorização, com 3 itens (e.g., *Quão frequentemente mediu o seu peso ou a sua forma corporal (ex., avaliou o quão apertada/larga estava a roupa, mediu a cintura com fita métrica?*); (15) Controlo de Estímulos, com 2 itens (e.g., *Quão frequentemente deu dicas a si própria para fazer ou aumentar a prática de atividade física (ex., colocou um alarme a cada duas horas para se levantar e andar um pouco?*); (16) Apoio – Ajuda de Outros, com 3 itens (e.g., *Quão frequentemente fez dieta juntamente com um amigo ou familiar?*); e (17) Apoio – Motivacional, com 3 itens (e.g., *Quão frequentemente participou em grupos que fazem atividade física?*).

Os 47 itens são avaliados numa escala de *Likert* de 5 pontos, que varia entre 0 (nunca) e 4 (sempre). A pontuação final é obtida através do cálculo da média das respostas, sendo que quanto mais alto o valor, maior a utilização da estratégia. Este instrumento apresentou boas propriedades psicométricas em estudos anteriores (Leitão et al., 2023), nomeadamente uma consistência interna aceitável ($\alpha = 0.73$).

Procedimento

O presente estudo foi realizado no âmbito do projeto *Me-Wel (Menopause and Weight Loss)*, da responsabilidade da Doutoranda Mafalda Leitão, que tem como objetivo estudar as crenças subjacentes a diferentes experiências de peso (i.e., aumento ou manutenção de peso) durante a transição para a menopausa, assim como as estratégias de gestão de peso. O projeto é financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (referência SFRH/BD/144525/2019) e foi aprovado pela Comissão de Ética (D/024/01/2020).

Inicialmente foi apresentado à Comissão de Ética do ISPA-IU (D/024/01/2020) o pedido de autorização para iniciar a recolha da amostra presencialmente (e.g., centros de saúde, centros

hospitalares). Embora tenha sido realizado um primeiro contacto com algumas entidades de saúde, devido à situação de pandemia por COVID-19 que se vivia no momento da recolha das participantes, a amostra foi recolhida *online*, através de um questionário na plataforma *Google Forms*. A recolha da amostra teve início em maio de 2020. Na primeira parte do questionário *online* eram apresentados os objetivos do estudo e o consentimento informado, que continha informação sobre o carácter voluntário da participação, a confidencialidade dos dados recolhidos, o procedimento do estudo, o tempo estimado para o preenchimento do questionário e outras informações relevantes. Adicionalmente, era também partilhado o e-mail da investigadora responsável para envio de sugestões ou esclarecimento de dúvidas. O questionário foi divulgado nas redes sociais (*Facebook, Instagram e LinkedIn*), juntamente com um poster de divulgação do estudo. Foram também efetuados contactos diretos por e-mail com diversas pessoas (e.g., *bloggers*, nutricionistas, psicólogas) e associações (e.g., Associação de Doentes Obesos e Ex-obesos de Portugal – ADEXO), a solicitar a colaboração na divulgação do questionário. Nestes casos de contacto direto foi feita uma sensibilização para a importância da participação no estudo e foram sempre facultadas todas as informações relativas ao tempo de preenchimento e às questões de confidencialidade e anonimato. Era também pedido que partilhassem o questionário com familiares e amigos. Este questionário foi divulgado recorrentemente pelas vias anteriormente referidas. A recolha da amostra terminou em dezembro de 2020. As participantes que declararam ter participado no estudo receberam uma mensagem de agradecimento. Algumas mulheres demonstraram interesse em obter os resultados do estudo, pelo que lhes foi solicitado o contacto de e-mail para posterior envio. Foram sempre assegurados os princípios éticos e deontológicos (American Psychological Association, 2010). Foram também asseguradas todas as normas da Ordem dos Psicólogos Portugueses (2016).

Análise de Dados

Procedeu-se à análise descritiva dos dados obtidos (média [M], desvio-padrão [DP] e mediana [Me]) e à avaliação da sensibilidade psicométrica dos itens (Skewness [Sk] e Kurtosis [Ku], considerando que valores de Sk superiores a 3 e de Ku superiores a 10 indicavam desvios à distribuição normal dos dados (Marôco, 2014).

De seguida, para avaliar a qualidade do ajustamento dos modelos à amostra em estudo, foram realizadas Análises Fatoriais Confirmatórias (AFC) e avaliados os seguintes índices: Comparative Fit Index (CFI), Tucker-Lewis Index (TLI), Goodness of Fit Index (GFI), Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) e Standardized Root Mean Square Residual

(SRMR). A qualidade do ajustamento foi considerada aceitável mediante valores de CFI, TLI e GFI superiores a 0.9, e valores de RMSEA e de SRMR inferiores a 0.10 e a 0.08, respetivamente (Marôco, 2014). Para proceder ao ajustamento dos modelos foram avaliadas as correlações entre os erros dos itens, através da análise dos índices de modificação. A validade convergente, que avalia a força da correlação entre as variáveis observáveis de cada fator, foi analisada através das variâncias extraídas médias (VEM) das diferentes dimensões, considerando-se aceitável valores superiores a 0.5 (Marôco, 2014). A validade discriminante, que indica se as diferentes dimensões se distinguem entre si, foi avaliada através da comparação dos valores das VEM com os quadrados da correlação entre fatores. Estabeleceu-se que para haver validade discriminante as VEM deveriam ser superiores aos valores das correlações ao quadrado (Marôco, 2014). Para avaliar a fiabilidade de construto, foi analisada a fiabilidade interna (alpha de Cronbach [α]) e a fiabilidade compósita (ómega de McDonald [ω]), considerando-se aceitável valores superiores ou iguais a 0.7 (Marôco, 2014).

No primeiro estudo, de forma a verificar se os sintomas psicológicos e outras variáveis sociodemográficas e de saúde (e.g., estar numa relação afetivo/sexual, IMC) prediziam o comportamento alimentar, foi elaborado um modelo de equações estruturais. Consideraram-se significativas todas as associações com um valor de p inferior a 0.05, tendo sido posteriormente avaliado o sentido da correlação.

No segundo estudo recorreu-se também a um modelo de equações estruturais para avaliar se os sintomas psicológicos e outras variáveis sociodemográficas e de saúde (e.g., habilitações literárias, prática de exercício físico) prediziam a adoção de estratégias de gestão de peso. Os critérios para análise dos resultados do modelo de equações estruturais são idênticos aos descritos no primeiro estudo.

Toda a análise de dados foi efetuada com recurso aos softwares SPSS (Statistical Package for Social Sciences; Versão 29) e AMOS (Analysis of Moment Structures; Versão 29).

Resultados

Questionário de Sintomas Psicológicos

Os valores da média (Anexo B) variaram entre 2.36 ($DP= 1.069$) no item 1 (“*Quão frequentemente sentiu níveis elevados de humor deprimido no último mês?*”) e 2.70 ($DP= 1.052$) no item 3 (“*Quão frequentemente sentiu níveis elevados de stress no último mês?*”). Os valores da mediana (Anexo B) variaram entre 2.00 e 3.00. Nenhum dos itens apresentou problemas de normalidade (Anexo B; $0.119 \leq Sk \leq 0.325$; $- 0.458 \leq Ku \leq - 0.666$).

Three-Factor Eating Questionnaire – R-21

Qualidades psicométricas dos itens

A pontuação média (Anexo C) variou entre 1.95 ($DP= 0.93$) nos itens 9 (“*Sinto-me sempre de tal maneira esfomeada, que me é muito difícil parar de comer antes de acabar o que tenho no prato*”) e 19 (“*Tem episódios em que come compulsivamente mesmo sem ter fome?*”) e 2.73 ($DP= 0.94$) no item 17 (“*Com que frequência evita abastecer-se de alimentos que acha tentadores?*”). A mediana (Anexo C) variou entre 2.00 e 3.00. Nenhum dos itens demonstrou problemas de normalidade (Anexo C; $- 0.318 \leq Sk \leq 0.561$; $- 1.109 \leq Ku \leq 0.275$).

Análise fatorial confirmatória

O modelo inicial revelou um ajustamento sofrível ($TLI = 0.895$; $CFI = 0.907$; $RMSEA = 0.079$; $P(\text{rmsea} < 0.05) < 0.001$; $SRMR = 0.0697$), tendo sido feito o refinamento do modelo através da análise dos índices de modificação, correlacionando os erros: 8-9 e 12-15. O modelo final (Anexo D) apresentou uma qualidade de ajustamento boa ($TLI = 0.912$; $CFI = 0.923$; $RMSEA = 0.073$; $P(\text{rmsea} < 0.05) < 0.001$; $SRMR = 0.068$). Todos os itens, com exceção do 17 ($\lambda = 0.39$; $R^2 = 0.15$), 18 ($\lambda = 0.44$; $R^2 = 0.20$) e 20 ($\lambda = 0.41$; $R^2 = 0.16$), revelaram pesos fatoriais adequados (Anexo C; $\lambda \geq 0.54$) e uma fiabilidade individual aceitável (Anexo D; $R^2 \geq 0.29$). Contudo, estes itens não foram eliminados porque a sua manutenção não comprometia o ajustamento final do modelo, os pesos fatoriais apresentados apresentavam-se próximos dos valores de referência (0.5), e estes itens são teoricamente relevantes.

Todas as dimensões apresentaram boa fiabilidade (Anexo E) em termos de consistência interna ($0.785 \leq \alpha \leq 0.937$) e de fiabilidade compósita ($0.782 \leq \omega \leq 0.937$).

Os domínios Ingestão Emocional e Descontrolo Alimentar apresentaram evidência de validade convergente (Anexo E), contudo não se verificou o mesmo na Restrição Cognitiva ($VEM = 0.388$). Quanto à validade discriminante (Anexo F), das três comparações possíveis, uma não apresentou evidência de validade discriminante já que a correlação ao quadrado da Ingestão Emocional e do Descontrolo Alimentar ($r^2 = 0.837$) é superior aos valores de VEM de cada uma das dimensões.

Oxford Food and Activity Behaviours in Middle-Aged Women

Qualidades psicométricas dos itens

A pontuação média (Anexo G) variou entre 2.57 ($DP= 1.169$) no item 26 (“*Evitou comprar ou comer determinados alimentos (ex., evitou comer comida de que gosta muito)?*”)

e 1.70 ($DP= 1.066$) no item 47 (“*Procurou ajuda profissional para gerir o seu peso (ex., médicos, nutricionistas, psicólogos, etc)?*”). Os valores da mediana (Anexo G) variaram entre 1.00 e 3.00. Nenhum item apresentou problemas de normalidade (Anexo G; $-0.417 \leq Sk \leq 1.247$; $-1.070 \leq Ku \leq 0.981$).

Análise fatorial confirmatória

O modelo (Anexo H) apresentou uma qualidade de ajustamento boa ($TLI= 0.901$; $CFI= 0.923$; $RMSEA= 0.073$; $P(\text{rmsea}<0,05)<0.001$; $SRMR= 0.0455$). Todos os itens apresentaram pesos fatoriais adequados (Anexo G; $\lambda \geq 0.52$) e uma fiabilidade individual aceitável (Anexo G; $R^2 \geq 0.27$).

Todos os domínios apresentaram boa fiabilidade (Anexo I) em termos de consistência interna ($0.739 \leq \alpha \leq 0.857$) e de fiabilidade compósita ($0.784 \leq \omega \leq 0.857$), exceto o Apoio-Ajuda de Outros ($\alpha= 0.674$; $\omega= 0.677$), embora apresente valores muito próximos dos aceitáveis. Importa referir ainda que não foi possível avaliar a fiabilidade compósita do domínio Planeamento de Conteúdo por este ser constituído apenas por 2 itens.

Os domínios Gestão do Impulso-Aceitação ($VEM=0.476$), Regulação-Restrições ($VEM= 0.490$) e Apoio-Ajuda de Outros ($VEM= 0.402$) não apresentaram evidência de validade convergente (Anexo I), embora tenham apresentado valores próximos do desejável. Das 10 comparações possíveis, apenas 4 apresentaram evidência de validade discriminante (Anexo J) uma vez que os valores das correlações ao quadrado entre estes domínios foram inferiores aos valores de VEM de cada um dos domínios.

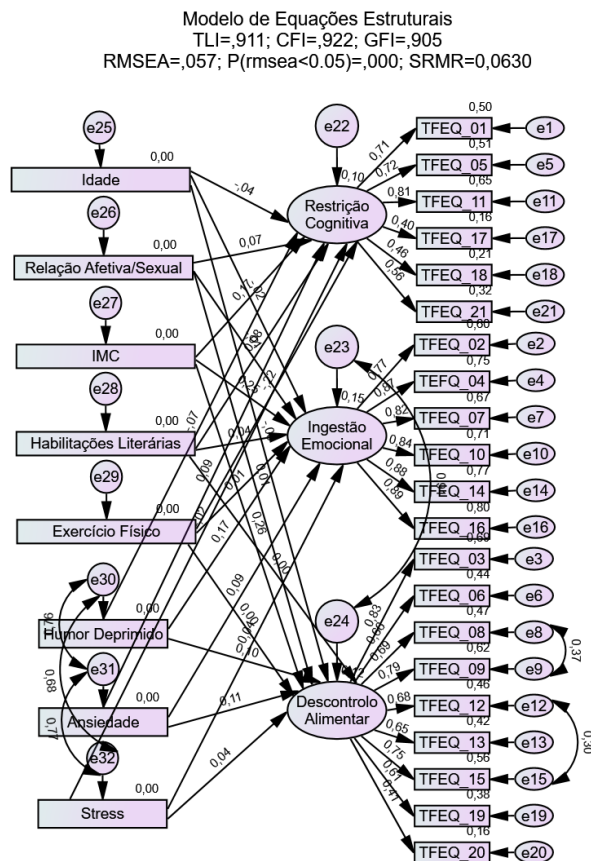
Estudo 1 – Modelo de Equações Estruturais: Sintomas Psicológicos e Comportamento Alimentar

Foi realizado um modelo de equações estruturais (Figura 1) para explorar se os sintomas psicológicos e determinadas variáveis sociodemográficas e de saúde eram predictoras do comportamento alimentar em mulheres de meia-idade (quanto maior a pontuação, mais CAD estão presentes). Assim, a Restrição Cognitiva, a Ingestão Emocional e o Descontrolo Alimentar constituíram as variáveis dependentes deste estudo. O humor deprimido ($1=nunca$; $2=raramente$; $3= às vezes$; $4= frequentemente$; $5=diariamente$), a ansiedade ($1=nunca$; $2=raramente$; $3= às vezes$; $4= frequentemente$; $5=diariamente$), o stress ($1=nunca$; $2=raramente$; $3= às vezes$; $4= frequentemente$; $5=diariamente$), a idade, ter uma relação afetiva e/ou sexual ($0=Tem uma relação$; $1= Não tem uma relação$), o IMC ($0=baixo peso$; $1= peso normal$; $2= excesso de peso$; $3= obesidade$), as habilitações literárias ($0= 4^o ano ou$

menos; 1= 6º ano; 2= 9º ano; 3= 12º ano; 4= licenciatura ou bacharelato; 5= mestrado ou pós-graduação; 6= doutoramento) e a prática de exercício físico (1=sim; 2= não) foram assumidas como variáveis independentes.

Figura 1

Modelo de Equações Estruturais Estudo 1 – Será que os sintomas psicológicos predizem os comportamentos alimentares disfuncionais?



O modelo apresentou um bom ajustamento à amostra em estudo ($TLI=0.911$; $CFI=0.922$; $GFI=0.905$; $RMSEA=0.057$; $P(rmse<0.05)<0.001$; $SRMR=0.0630$).

Relativamente à análise das trajetórias, verificou-se que a ansiedade predisse significativamente a Restrição Cognitiva ($\beta= 0.086$; $p= 0.048$), a Ingestão Emocional ($\beta= 0.086$; $p=0.030$) e o Descontrole Alimentar ($\beta= 0.114$; $p= 0.006$).

O humor deprimido predisse significativamente a Ingestão Emocional ($\beta= 0.173$; $p= <0.001$) e o Descontrole Alimentar ($\beta= 0.096$; $p= 0.008$), mas não a Restrição Cognitiva ($\beta= -0.067$; $p= 0.076$).

O stress não foi um preditor significativo da Restrição Cognitiva ($\beta = -0.018$; $p = 0.647$), da Ingestão Emocional ($\beta = 0.045$; $p = 0.205$) ou do Descontrolo Alimentar ($\beta = 0.035$; $p = 0.340$).

A idade predisse significativamente o Descontrolo Alimentar ($\beta = -0.055$; $p = 0.017$) mas não a Restrição Cognitiva ($\beta = -0.044$; $p = 0.068$) ou a Ingestão Emocional ($\beta = -0.022$; $p = 0.325$).

A relação afetiva e/ou sexual predisse significativamente a Restrição Cognitiva ($\beta = 0.073$; $p = 0.003$), mas não a Ingestão Emocional ($\beta = -0.006$; $p = 0.787$) e o Descontrolo Alimentar ($\beta = 0.013$; $p = 0.579$).

O IMC predisse significativamente a Restrição Cognitiva ($\beta = 0.171$; $p < 0.001$) a Ingestão Emocional ($\beta = 0.254$; $p < 0.001$) e o Descontrolo Alimentar ($\beta = 0.260$; $p < 0.001$).

As habilitações literárias foram um preditor significativo da Restrição Cognitiva ($\beta = 0.082$; $p < 0.001$), mas não da Ingestão Emocional ($\beta = 0.041$; $p = 0.059$) e do Descontrolo Alimentar ($\beta = 0.001$; $p = 0.949$).

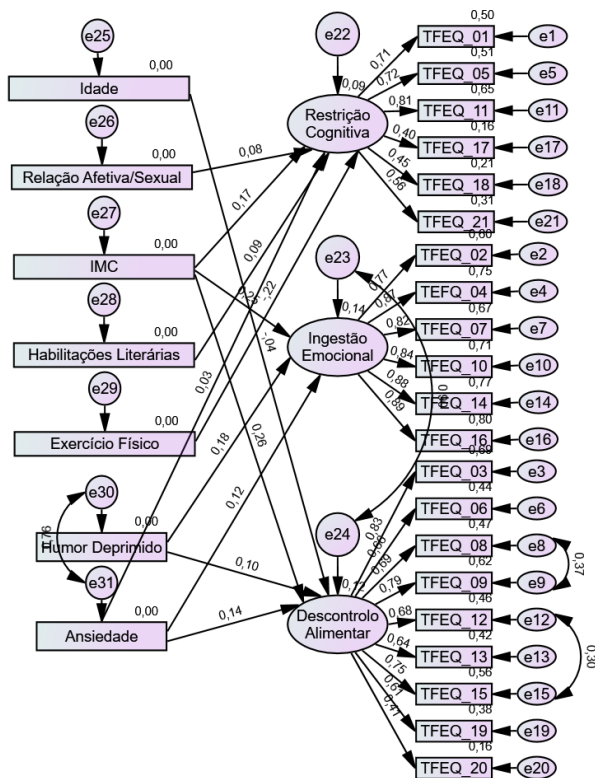
Por último, o exercício físico predisse a Restrição Cognitiva ($\beta = -0.222$; $p < 0.001$), mas não a Ingestão Emocional ($\beta = 0.009$; $p = 0.672$) ou o Descontrolo Alimentar ($\beta = 0.004$; $p = 0.867$).

Tendo em conta os resultados anteriormente descritos, de seguida procedeu-se ao refinamento do modelo, através da eliminação da única variável independente (stress) que não demonstrou estar significativamente associada a nenhuma variável dependente. Foram igualmente eliminadas todas as outras trajetórias não significativas entre variáveis independentes e dependentes. Na Figura 2 é apresentado o modelo de equações estruturais refinado, que contém apenas as trajetórias entre variáveis que demonstraram estar significativamente associadas ($p < 0.05$) à restrição cognitiva, à ingestão emocional e/ou ao descontrolo alimentar. O modelo final (refinado) evidenciou um bom ajustamento à amostra em estudo ($TLI = 0.908$; $CFI = 0.917$; $GFI = 0.902$; $RMSEA = 0.058$; $P(\text{rmsea} < 0.05) < 0.001$; $SRMR = 0.0647$). Neste estudo, 9% da Restrição Cognitiva, 14% da Ingestão Emocional e 12% do Descontrolo alimentar são explicados pelas variáveis em estudo.

Figura 2

Modelo de Equações Estruturais Estudo 1 Final (refinado) - Será que os sintomas psicológicos predizem os comportamentos alimentares disfuncionais?

Modelo de Equações Estruturais
 TLI=,908; CFI=,917; GFI=,902
 RMSEA=,058; P(rmsea<0.05)=,000; SRMR=0,0647



Na Tabela 3 são apresentadas as associações significativas entre as variáveis independentes e as variáveis dependentes do modelo de equações estruturais final.

Tabela 3

Trajetórias Significativas entre as Variáveis Independentes e as Variáveis Dependentes do Modelo de Equações Estruturais Final (refinado)

Trajetórias	β	p
Ingestão Emocional ← Humor deprimido	0.182	<0.001
Descontrole Alimentar ← Humor deprimido	0.104	0.003
Restrição Cognitiva ← Ansiedade	0.076	0.040
Ingestão Emocional ← Ansiedade	0.117	<0.001
Descontrole Alimentar ← Ansiedade	0.137	<0.001
Descontrole Alimentar ← Idade	-0.036	0.007
Restrição Cognitiva ← Relação afetiva e/ou sexual	0.078	0.001

Trajetórias	β	p
Restrição Cognitiva ← IMC	0.168	<0.001
Ingestão Emocional ← IMC	0.252	<0.001
Descontrole Alimentar ← IMC	0.261	<0.001
Restrição Cognitiva ← Habilitações literárias	0.087	<0.001
Restrição Cognitiva ← Exercício físico	-0.220	<0.001

Através da análise das trajetórias do modelo final verificou-se que o humor deprimido foi um preditor significativo da Ingestão Emocional e do Descontrole Alimentar, o que significa que mulheres de meia-idade que apresentavam uma maior frequência de sintomas de humor deprimido, apresentavam também mais ingestão emocional e descontrole alimentar.

A ansiedade predisse significativamente todas as dimensões do comportamento alimentar, demonstrando que mulheres de meia-idade que apresentavam uma maior frequência de sintomas de ansiedade, exibiam mais restrição cognitiva, ingestão emocional e descontrole alimentar.

A idade foi um preditor significativo do Descontrole Alimentar, indicando que quanto mais avançada era a idade das mulheres, menor era o descontrole alimentar.

A relação afetivo/sexual predisse significativamente a Restrição Cognitiva, ou seja, mulheres de meia-idade que tinham uma relação afetivo/sexual apresentavam menos restrição cognitiva.

O IMC predisse significativamente todas as dimensões do comportamento alimentar, demonstrando que mulheres de meia-idade que apresentavam um IMC mais elevado, apresentavam também níveis mais elevados de restrição cognitiva, ingestão emocional e descontrole alimentar.

As habilidades literárias foram um preditor significativo da Restrição Cognitiva, o que significa que mulheres de meia-idade com mais habilidades literárias, apresentavam níveis altos de restrição cognitiva.

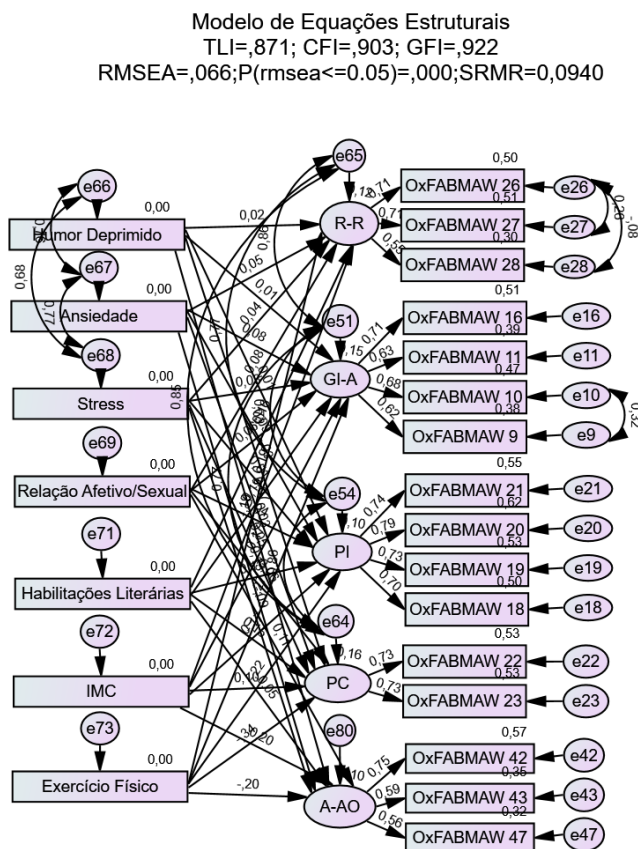
O exercício físico predisse significativamente a Restrição Cognitiva, ou seja, mulheres de meia-idade que praticavam mais exercício físico, apresentavam mais restrição cognitiva.

Estudo 2 – Modelo de Equações Estruturais: Sintomas Psicológicos e Estratégias Cognitivo-Comportamentais de Gestão de Peso

Foi realizado um modelo de equações estruturais (Figura 3) para avaliar se os sintomas psicológicos e determinadas variáveis sociodemográficas e de saúde prediziam a implementação de estratégias de gestão de peso cognitivo-comportamentais, em mulheres de meia-idade. Deste modo, foram incluídas como variáveis dependentes a Gestão de Impulsos-Aceitação (GI-A), o Planeamento de Conteúdo (PC), a Procura de Informação (PI), a Regulação-Restrições (R-R) e o Apoio-Ajuda de Outros (A-AO). O humor deprimido, a ansiedade, o stress, ter uma relação afetiva e/ou sexual, o IMC, as habilitações literárias e a prática de exercício físico foram assumidas como variáveis independentes e cotadas tal como enunciado anteriormente.

Figura 3

Modelo de Equações Estruturais Estudo 2 – Será que os sintomas psicológicos são barreiras à implementação de estratégias de gestão de peso?



O modelo apresentou um ajustamento aceitável à amostra em estudo ($TLI=0.871$; $CFI=0.903$; $GFI=0.922$; $RMSEA=0.066$; $P(\text{rmsea}<0.05)<0.001$; $SRMR=0.0940$).

Quanto à análise das trajetórias, verificou-se que o humor deprimido não foi um preditor significativo da Regulação-Restrições ($\beta= 0.018$; $p= 0.675$), da Gestão do Impulso-Aceitação ($\beta= 0.005$; $p=0.892$), da Procura de Informação ($\beta= 0.010$; $p= 0.795$), do Planeamento de Conteúdo ($\beta= -0.032$; $p= 0.436$) ou do Apoio-Ajuda de Outros ($\beta= 0.026$; $p=0.535$).

A ansiedade predisse significativamente a Procura de Informação ($\beta= 0.094$; $p= 0.030$) e o Apoio-Ajuda de Outros ($\beta= 0.125$; $p= 0.009$), mas não a Regulação-Restrições ($\beta= 0.049$; $p= 0.307$), a Gestão do Impulso-Aceitação ($\beta= 0.084$; $p= 0.064$) e o Planeamento de Conteúdo ($\beta= 0.070$; $p= 0.135$).

O stress predisse o Apoio-Ajuda de Outros ($\beta= -0.091$; $p= 0.032$), mas não a Regulação-Restrições ($\beta= 0.044$; $p= 0.302$), a Gestão do Impulso-Aceitação ($\beta= 0.029$; $p= 0.468$), a Procura de Informação ($\beta= 0.006$; $p= 0.870$) e o Planeamento de Conteúdo ($\beta= -0.047$; $p= 0.258$).

A relação afetiva e/ou sexual predisse significativamente a Regulação-Restrições ($\beta= 0.081$; $p= 0.002$), a Gestão do Impulso-Aceitação ($\beta= 0.062$; $p= 0.013$), o Planeamento de Conteúdo ($\beta= 0.065$; $p= 0.013$) e o Apoio-Ajuda de Outros ($\beta= 0.106$; $p= <0.001$), no entanto, não predisse a Procura de Informação ($\beta= 0.037$; $p= 0.126$).

As habilitações literárias foram um preditor significativo da Regulação-Restrições ($\beta= 0.158$; $p= <0.001$), da Gestão do Impulso-Aceitação ($\beta= 0.186$; $p=<0.001$), da Procura de Informação ($\beta= 0.105$; $p= <0.001$) e do Planeamento de Conteúdo ($\beta= 0.148$; $p= <0.001$) mas não do Apoio-Ajuda de Outros ($\beta= 0.051$; $p= 0.051$).

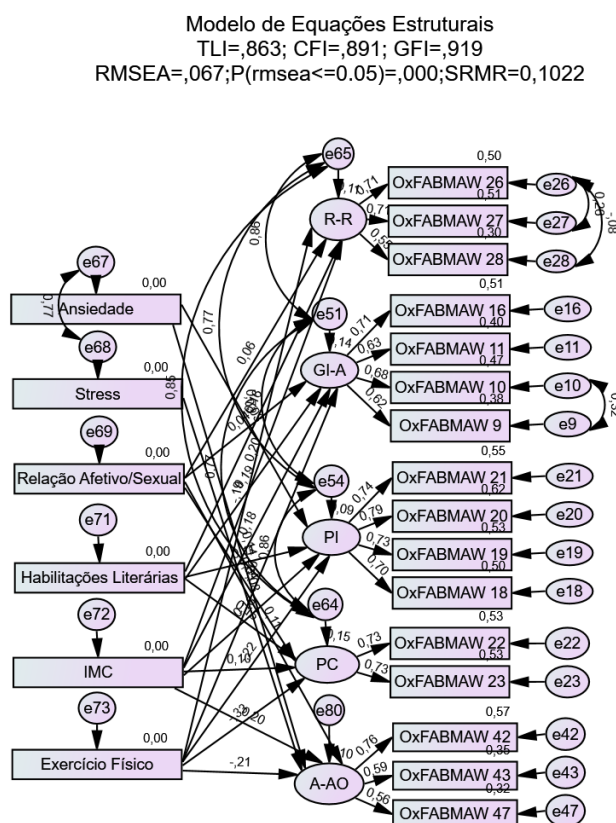
O IMC predisse significativamente a Regulação-Restrições ($\beta= 0.195$; $p= <0.001$), a Gestão do Impulso-Aceitação ($\beta= 0.170$; $p=<0.001$), a Procura de Informação ($\beta= 0.172$; $p= <0.001$), o Planeamento de Conteúdo ($\beta= 0.101$; $p= <0.001$), e o Apoio-Ajuda de Outros ($\beta= 0.201$; $p= <0.001$).

Por último, o exercício físico predisse significativamente a Regulação-Restrições ($\beta= -0.195$; $p= <0.001$), a Gestão do Impulso-Aceitação ($\beta= -0.268$; $p=<0.001$), a Procura de Informação ($\beta= -0.224$; $p= <0.001$), o Planeamento de Conteúdo ($\beta= -0.336$; $p= <0.001$) e Apoio-Ajuda de Outros ($\beta= -0.201$; $p= <0.001$).

Atendendo aos resultados descritos acima, procedeu-se ao refinamento do modelo através da eliminação do humor deprimido, visto ser a única variável que demonstrou não estar significativamente associada ($p < 0.05$) a nenhuma outra. Foram também eliminadas todas as restantes trajetórias que demonstraram não ser significativas. O modelo de equações estruturais final (refinado) é apresentado na Figura 4. O modelo final apresentou um ajustamento aceitável à amostra em estudo ($TLI=0.863$; $CFI=0.891$; $GFI=0.919$; $RMSEA=0.067$; $P(\text{rmsea} < 0.05) < 0.001$; $SRMR=0.1022$). Neste estudo, 11% da Regulação-Restrições, 14% da Gestão do Impulso-Aceitação, 9% da Procura de Informação, 15% do Planeamento de Conteúdo e 10% do Apoio-Ajuda de Outros, são explicados pelas variáveis em estudo.

Figura 4

Modelo de Equações Estruturais Estudo 2 Final (refinado) - Será que os sintomas psicológicos são barreiras à implementação de estratégias de gestão de peso?



Na Tabela 4 são apresentadas as associações significativas entre as variáveis independentes e as variáveis dependentes do modelo de equações estruturais final (refinado).

Tabela 4

Trajétórias Significativas entre as Variáveis Independentes e as Variáveis Dependentes do Modelo de Equações Estruturais Final (refinado)

Trajétórias	β	p
Procura de Informação \leftarrow Ansiedade	0.034	0.046
Apoio-Ajuda de Outros \leftarrow Ansiedade	0.139	<0.001
Apoio- Ajuda de Outros \leftarrow Stress	-0.081	0.049
Regulação-Restrições \leftarrow Relação Afetiva/Sexual	0.058	0.008
Gestão do Impulso-Aceitação \leftarrow Relação Afetiva/Sexual	0.041	0.049
Apoio-Ajuda de Outros \leftarrow Relação Afetiva/Sexual	0.105	<0.001
Regulação-Restrições \leftarrow Habilitações Literárias	0.162	<0.001
Gestão do Impulso-Aceitação \leftarrow Habilitações Literárias	0.191	<0.001
Procura de Informação \leftarrow Habilitações Literárias	0.108	<0.001
Planeamento de Conteúdo \leftarrow Habilitações Literárias	0.153	<0.001
Regulação-Restrições \leftarrow IMC	0.200	<0.001
Gestão do Impulso-Aceitação \leftarrow IMC	0.175	<0.001
Procura de Informação \leftarrow IMC	0.176	<0.001
Planeamento de Conteúdo \leftarrow IMC	0.104	<0.001
Apoio-Ajuda de Outros \leftarrow IMC	0.197	<0.001
Regulação-Restrições \leftarrow Exercício Físico	-0.189	<0.001
Gestão do Impulso-Aceitação \leftarrow Exercício Físico	-0.264	<0.001
Procura de Informação \leftarrow Exercício Físico	-0.222	<0.001
Planeamento de Conteúdo \leftarrow Exercício Físico	-0.332	<0.001
Apoio-Ajuda de Outros \leftarrow Exercício Físico	- 0.206	<0.001

Através da análise das trajetórias do modelo final verificou-se que a ansiedade foi um preditor significativo da Procura de Informação e do Apoio-Ajuda de Outros, o que significa que mulheres de meia-idade que apresentavam uma maior frequência de sintomas de ansiedade, recorriam mais frequentemente a estas estratégias de gestão de peso cognitivo-comportamentais.

O stress foi um preditor significativo do Apoio-Ajuda de Outros, ou seja, mulheres de meia-idade que apresentavam níveis mais elevados de stress, utilizavam menos estratégias de gestão de peso cognitivo-comportamentais referentes a este domínio.

A relação afetivo/sexual predisse significativamente a Regulação-Restrições, a Gestão do Impulso-Aceitação e o Apoio-Ajuda de Outros, demonstrando que mulheres de meia-idade que tinham uma relação afetivo/sexual apresentavam uma maior frequência de utilização de estratégias de gestão de peso cognitivo-comportamentais relacionadas com estes domínios.

As habilitações literárias foram um preditor significativo da Regulação-Restrições, da Gestão do Impulso-Aceitação, da Procura de Informação e do Planeamento de Conteúdo, o que significa que mulheres de meia-idade que tinham mais habilitações literárias utilizavam mais estratégias de gestão de peso cognitivo-comportamentais pertencentes a estes domínios.

O IMC predisse significativamente a Regulação-Restrições, a Gestão do Impulso-Aceitação, a Procura de Informação, o Planeamento de Conteúdo e o Apoio-Ajuda de Outros, ou seja, mulheres de meia-idade com um IMC mais elevado utilizavam mais estratégias de gestão de peso cognitivo-comportamentais referentes a estes domínios.

Por último, o exercício físico predisse significativamente a Regulação-Restrições, a Gestão do Impulso-Aceitação, a Procura de Informação, o Planeamento de Conteúdo e o Apoio-Ajuda de Outros, demonstrando que as mulheres de meia-idade que praticavam exercício físico tendiam a utilizar mais estratégias de gestão de peso cognitivo-comportamentais relativas a estes domínios.

Discussão

A ansiedade, o stress e o humor deprimido apresentam-se como um fator de risco para o aumento de comportamentos alimentares disfuncionais, como a restrição cognitiva, a ingestão emocional e o descontrolo alimentar, bem como para uma gestão de peso adequada (Kapoor et al., 2017; Paans et al., 2018; Choi et al., 2020; Janjetic et al., 2020). Estes comportamentos alimentares disfuncionais podem ter impacto no peso (Mason et al., 2019), sobretudo em mulheres de meia-idade que apresentam uma vulnerabilidade acrescida para o aumento de peso

e consequente desenvolvimento de obesidade (Hutfless et al., 2013). Por outro lado, a evidência científica tem demonstrado que a implementação de estratégias de gestão de peso cognitivo-comportamentais pode contribuir para a diminuição dos comportamentos alimentares disfuncionais e para atenuar esta tendência para o aumento de peso (Jacob et al., 2018). Assim, esta tese contemplou a realização de dois estudos com objetivos distintos. O estudo 1 procurou explorar se os sintomas psicológicos de humor deprimido, stress e ansiedade, bem como outras variáveis sociodemográficas e de saúde, prediziam um comportamento alimentar disfuncional em mulheres de meia-idade; e o estudo 2 teve como objetivo analisar se os sintomas psicológicos de humor deprimido, stress e ansiedade, bem como outras variáveis sociodemográficas e de saúde, dificultavam a adoção de estratégias de gestão de peso cognitivo-comportamentais funcionais, em mulheres de meia-idade.

Estudo 1 - Será que os Sintomas Psicológicos predizem os Comportamentos Alimentares Disfuncionais?

Sintomas psicológicos e comportamento alimentar

No primeiro estudo, verificou-se que as mulheres de meia-idade desta amostra com maior frequência de sintomas de humor deprimido, apresentavam também mais descontrolo alimentar e ingestão emocional. Estes resultados são corroborados pela literatura, seja em mulheres adultas (Konttinen et al., 2010; Paans et al., 2018a; Paans et al., 2018b; Dakanalis et al., 2023; Witaszek et al., 2024), seja especificamente em mulheres de meia-idade, que apresentam uma maior presença de sintomas de humor deprimido associada a níveis mais elevados de ingestão emocional (Jang & Kye, 2023; Pruccoli et al., 2023) e de compulsão (Thompson et al., 2022) ou descontrolo alimentar (Pruccoli et al., 2023).

No nosso estudo, não se verificaram resultados significativos entre o humor deprimido e a restrição cognitiva, sendo estas conclusões igualmente suportadas por estudos anteriores com mulheres adultas (Konttinen et al., 2010; Paans et al., 2018b; Pruccoli et al., 2023).

Várias explicações podem suportar estes resultados. O humor deprimido pode levar a alterações no comportamento alimentar, nomeadamente ao aumento ou à diminuição da ingestão de comida (Konttinen, 2020). No entanto, nota-se uma maior propensão para haver uma ingestão excessiva de alimentos durante os episódios de ingestão emocional e de descontrolo alimentar (Keskitalo et al., 2008; Konttinen et al., 2010; Garaulet et al., 2012), o que nos pode levar a inferir que as mulheres deste estudo podem responder aos sintomas de humor deprimido com um aumento da ingestão alimentar, mas de forma disfuncional. Ou seja,

estas mulheres podem utilizar estes padrões alimentares como estratégias de coping desadaptativas, de forma a lidar, por exemplo, com determinados acontecimentos de vida negativos que emergem durante esta fase de vida (e.g., divórcio, morte dos pais; “ninho vazio” [Infurna et al., 2020]) e que podem impactar com o humor deprimido (Kalra et al., 2023), até porque há evidências de que parece haver uma maior propensão para a ingestão emocional e para o descontrolo alimentar em indivíduos que apresentam dificuldades de regulação emocional (Braden et al., 2018; Willem et al., 2020). Este pode assim ser um fator a considerar aquando da intervenção com mulheres de meia-idade. Estudos anteriores indicam que durante a meia-idade há uma exacerbação do humor deprimido (Freeman et al., 2006; Gonçalves et al., 2018; Infurna et al., 2020), no entanto, no presente estudo a frequência de sintomas de humor deprimido apresentou-se abaixo do ponto médio da escala de resposta ($M= 2.36$; $DP= 1.069$).

Relativamente à ansiedade, verificou-se neste estudo uma associação significativa positiva entre a frequência de sintomas de ansiedade e a restrição cognitiva, a ingestão emocional e o descontrolo alimentar. Estas conclusões são em parte suportadas pela literatura, verificando-se que em estudos anteriores com mulheres adultas (Prucoli et al., 2023; Witaszek et al., 2024) e de meia-idade (Janjetic et al., 2020), as mulheres com mais sintomas de ansiedade apresentavam níveis mais elevados de ingestão emocional e de descontrolo alimentar, mas não de restrição cognitiva. É de referir que estes estudos também utilizaram o TFEQ para avaliar o comportamento alimentar.

À semelhança do humor deprimido, a ansiedade também pode estar associada ao aumento ou à diminuição da ingestão de comida (Kontinen, 2020). Neste estudo, os níveis de ansiedade apresentaram-se acima do ponto médio da escala de resposta ($M= 2.56$; $DP=1.065$), sendo que a evidência científica mostra que os sintomas ansiosos são muito prevalentes em mulheres de meia-idade, denotando-se um aumento dos mesmos nesta fase de vida (Bromberger et al., 2013; Gonçalves et al., 2018; Dalle Molle et al., 2019; Nasreen, 2019). Isto pode acontecer devido a vários fatores, nomeadamente, mudanças, perdas e acontecimentos de vida com os quais as mulheres têm de lidar nesta fase específica (e.g., transição para a menopausa, deterioração da saúde de familiares próximos, alterações na situação laboral; [Thomas et al., 2018]). Assim, os resultados deste estudo sugerem que as mulheres de meia-idade também tendem a lidar de uma forma desadaptativa com os sintomas de ansiedade, recorrendo à comida como estratégia de coping disfuncional ou então adotando comportamentos de maior restrição.

Relativamente às discrepâncias encontradas entre o presente estudo e os estudos de Janjetic et al. (2020), Prucoli et al. (2023) e Witaszek et al. (2024), alguns fatores podem

explicar estas diferenças. No estudo de Janjetic et al. (2020), as mulheres de meia-idade que tinham níveis mais elevados de ansiedade, apresentavam menos restrição cognitiva. No entanto, a maioria das mulheres (80.8% em pré-menopausa e 56.9% em pós-menopausa) do estudo de Janjetic et al. (2020) eram sedentárias, enquanto no nosso estudo 66,5% praticava exercício físico regularmente. Sabe-se que a restrição cognitiva e a prática do exercício físico são frequentemente estratégias utilizadas pelas mulheres com o objetivo de controlar o peso (Mangweth-Matzek et al., 2006), podendo haver aqui uma maior preocupação com a gestão de peso, até porque 50.4% das mulheres do nosso estudo estavam a tentar perder peso.

Nos estudos de Pruccoli et al. (2023) e Witaszek et al. (2024), a associação entre a ansiedade e a restrição cognitiva não foi significativa. Neste caso, o facto de as participantes terem uma média de idades inferior à das mulheres do presente estudo ($M= 38.9$; $DP=9.0$ e $M=41.3$; $DP= 12.1$, respetivamente) pode impactar estes resultados, uma vez que as mulheres de meia-idade experienciam a ansiedade de forma diferente das mulheres adultas mais jovens (Sikstrom et al., 2023) e apresentam maiores preocupações em relação ao seu aspeto físico e autoestima, comparativamente às mulheres adultas mais jovens (Vandervoort et al., 2015). Além disso, sabe-se que as mulheres de meia-idade que sentem mais ansiedade em relação ao processo de envelhecimento apresentam mais comportamentos alimentares disfuncionais, mais insatisfação com o corpo e um maior desejo de magreza (Lewis & Cachelin, 2001). Quando comparadas com mulheres adultas mais jovens, as mulheres de meia-idade apresentam também uma maior propensão para recorrer à restrição alimentar como uma tentativa de controlar o peso e de minorar a ansiedade sentida face às mudanças na forma corporal que ocorrem durante esta fase de vida (Mangweth-Matzek et al., 2014). Nas mulheres, uma maior insatisfação com o corpo está associada a mais restrição cognitiva (Zakhour et al., 2021). Assim, é possível que as mulheres do nosso estudo sentissem uma maior insatisfação e ansiedade em relação à sua imagem corporal e que estes fatores possam ter contribuído para o aumento da restrição cognitiva, no entanto estes dados não foram avaliados e precisam de mais investigação.

Em relação ao stress, apesar de ser o sintoma psicológico que as mulheres deste estudo sentiam com mais frequência ($M= 2.70$; $DP= 1.052$), este não demonstrou estar significativamente associado a nenhuma dimensão do comportamento alimentar. Contrariamente ao observado, numa revisão narrativa da literatura que analisou a relação entre o stress e o comportamento alimentar, Araiza e Lobel (2018) sugerem que o stress pode ter impacto no comportamento alimentar de indivíduos de várias idades. Mais recentemente, Choi et al. (2021) e Hawash et al. (2024) encontraram uma correlação positiva entre a ingestão

emocional e o stress em mulheres de meia-idade e em mulheres adultas mais velhas (60-75 anos). Por outro lado, numa revisão de literatura de Hill et al. (2022), os autores concluíram que, ao longo dos 54 estudos analisados, a associação entre o stress e o comportamento alimentar demonstrou ser bastante heterogénea, porque muitos dos estudos incluídos focavam-se apenas num aspeto específico do comportamento alimentar (e.g., comer entre as refeições) e porque muitas destas investigações estudaram o comportamento alimentar em contexto controlado (i.e., laboratório).

Embora os fatores de stress variem consoante a fase do desenvolvimento (com os adolescentes e jovens adultos a reportarem sentir mais stress relacionado com a escola e com os amigos e os adultos com problemas laborais, financeiros e familiares), este sintoma psicológico está presente ao longo do ciclo de vida (Amirkhan & Auyeung, 2007). Apesar de se verificar um aumento do stress durante a meia-idade, os adultos desta faixa etária também sentem que têm mais capacidades para lidar com este sentimento (Lachman et al., 1994). Talvez por estas razões o stress não demonstrou ser um preditor do comportamento alimentar; estas mulheres podem ter desenvolvido outras estratégias para lidar com esta emoção, como por exemplo, praticarem exercício físico (Minzzi & Sacchi, 2005).

Variáveis sociodemográficas e de saúde e comportamento alimentar

Os resultados deste estudo demonstraram que as mulheres de meia-idade mais velhas apresentavam menos descontrolo alimentar. Apesar de não terem sido encontrados estudos que façam esta comparação direta, Mangweth-Matzek et al. (2013) observaram que as perturbações do comportamento alimentar, incluindo a compulsão alimentar, eram mais prevalentes na peri-menopausa do que na pós-menopausa. Tendo em conta que no estudo referido anteriormente 72% das mulheres que estavam na peri-menopausa tinham entre os 40-50 anos de idade e que 88% das mulheres na pós-menopausa tinham idades compreendidas entre os 51 e os 60 anos, podemos considerar que os resultados de Mangweth-Matzek et al. (2013) corroboram os deste estudo. Adicionalmente, Inelmen et al. (2008) verificaram que os adultos com idades a partir dos 65 anos consumiam mais frutas e vegetais e menos alimentos doces e ricos em gordura do que os adultos de meia-idade. Este pode ser um indicador indireto de menor presença de descontrolo alimentar em adultos mais velhos, já que o descontrolo alimentar está associado a um maior consumo de alimentos ricos em calorias e em gordura (Keskitalo et al., 2008; Garaulet et al., 2012).

Sabendo que a meia-idade engloba um intervalo de idades alargado, e que as mulheres desta amostra têm idades entre os 45 e os 65 anos, os desafios que marcam esta fase podem diferir consoante a mulher esteja na fase inicial ou final desse período (Lachman, 2004). Tendencialmente mulheres de 45 anos estarão a atravessar desafios diferentes das mulheres de 65 anos, sendo que estudos têm evidenciado que há uma diminuição da felicidade e do bem-estar entre os 40-50 anos, voltando a verificar-se um aumento dos mesmos na fase final da meia-idade (Galambos et al., 2020). Isto sugere que os anos finais da meia-idade possam ser menos turbulentos para as mulheres do que os anos iniciais. Além disso, é importante constatar que embora as mulheres de meia-idade estejam frequentemente expostas a eventos de vida negativos, estes tendem a diminuir ao longo dos anos (Thomas et al., 2023), assim como os sintomas de menopausa, que podem impactar negativamente na qualidade de vida das mulheres (Hutchings et al., 2023). Tendo-se verificado neste e noutros estudos (e.g., Janjetic et al., 2020; Thompson et al., 2022), que níveis mais elevados de ansiedade e humor deprimido estão associados a maior descontrolo alimentar em mulheres de meia-idade, é possível que com o avançar da idade fiquem menos expostas a situações desencadeadoras de ansiedade e humor deprimido e, conseqüentemente, menos vulneráveis ao descontrolo alimentar. Estudos futuros podem aprofundar as diferenças no comportamento alimentar das mulheres ao longo da meia-idade, de modo a determinar quais as fases de maior risco.

Ter uma relação afetivo-sexual também foi um preditor significativo do comportamento alimentar nesta amostra de mulheres de meia-idade, ou seja, as mulheres de meia-idade que tinham uma relação afetivo-sexual tendiam a apresentar uma menor restrição cognitiva. Consistentemente com este estudo, a literatura tem demonstrado que as relações significativas, entre as quais se incluem as relações românticas, desempenham um papel importante no comportamento alimentar dos indivíduos de idade adulta avançada, influenciando as escolhas alimentares e as quantidades consumidas (Pachucki et al., 2011; Jackson et al., 2015; Vesnaver & Keller, 2015). Nas relações românticas normalmente existe uma rotina em relação à alimentação, que inclui a partilha dos momentos de refeição (Bove & Sobal, 2006), havendo uma propensão para os indivíduos comerem em maior quantidade quando estão acompanhados (Herman, 2015) e para ajustarem o seu comportamento alimentar em função do comportamento do seu parceiro de refeição (Herman et al., 2003). Posto isto, é possível que, por estarem numa relação, a alimentação destas mulheres ocorra maioritariamente num contexto menos propício à adoção de práticas alimentares mais restritivas.

Neste estudo também se verificou que as mulheres de meia-idade que tinham um IMC mais elevado tendiam a apresentar mais comportamentos de ingestão emocional, descontrolo alimentar e restrição cognitiva. Estes resultados são consistentes com os de estudos anteriores, com amostras de mulheres adultas e de meia-idade, onde também se verificou que um IMC mais elevado estava associado a níveis mais elevados de ingestão emocional, descontrolo alimentar (Hays et al., 2002; Anglé et al., 2009; Konttinen, 2020; Hawash et al., 2024; Witaszek et al., 2024) e restrição cognitiva (Anglé et al., 2009; Sung et al., 2009; Julien-Sweerts et al., 2019).

A maioria das mulheres desta amostra (56.5%) tem um IMC acima de 25 kg/m², indicativo de excesso de peso ou obesidade, uma taxa de prevalência semelhante à encontrada em estudos anteriores (SNS, 2018; SPG, 2018; Leitão et al., 2023). Uma vez que a ingestão emocional e o descontrolo alimentar estão associados a hábitos alimentares pouco saudáveis e a uma ingestão excessiva de alimentos (Keskitalo et al., 2008; Konttinen et al., 2010) torna-se expectável que haja um maior impacto no IMC, sobretudo no seu aumento.

É de referir, no entanto, que em relação à restrição cognitiva, os resultados divergem daqueles apresentados por Urbanek et al. (2015) e Witaszek et al. (2024), verificando-se em ambos que níveis mais altos de restrição cognitiva estavam associados a um menor IMC. Num estudo de Provencher et al. (2003), os autores discriminaram a restrição cognitiva rígida (que implica uma abordagem extrema da alimentação, um estilo de distorção cognitiva intitulada “pensamento tudo ou nada”) da flexível (que envolve uma abordagem mais adaptativa, onde certos alimentos são consumidos em quantidades limitadas) e verificaram que as mulheres utilizavam mais a restrição cognitiva rígida, que por sua vez estava associada ao aumento do IMC, da massa gorda e do perímetro da cintura, enquanto que na restrição flexível verificava-se o oposto. Assim, pode colocar-se a hipótese desta associação positiva entre o IMC e a restrição cognitiva revelar uma propensão para as mulheres de meia-idade com um IMC mais elevado apresentarem um padrão mais rígido de restrição. O TFEQ-R21 não faz esta diferenciação, abordando a restrição cognitiva como um construto homogéneo. No entanto, alguns itens que compõem a restrição cognitiva podem eventualmente apontar para formas mais rígidas de restrição, dependendo da frequência com que são utilizados. Adicionalmente, à semelhança de outros estudos (Martín-García et al., 2016; Leitão et al., 2024b), a restrição cognitiva não apresentou evidência de validade convergente, o que pode significar que os itens desta dimensão estão a apontar para comportamentos restritivos diferentes e que este construto precisa de ser redefinido à luz daquilo que a teoria aponta (Leitão et al., 2024b). Tendo em conta

que diferentes formas de restrição podem ter consequências distintas no peso e que a restrição flexível parece constituir um comportamento alimentar funcional, estudos futuros podem rever esta dimensão do TFEQ-R21 e procurar diferenciar a restrição rígida da flexível, tornando alguns itens mais flexíveis e extremado outros.

Quanto às habilitações literárias, neste estudo onde 58.3% das participantes completaram algum grau de ensino universitário (licenciatura ou mestrado/pós-graduação, na maioria), verificou-se que as mulheres de meia-idade com mais habilitações literárias apresentavam mais restrição cognitiva. Estes resultados são suportados pelo estudo de Liboredo et al. (2021), onde numa amostra de 1,368 adultos (80% do sexo feminino) com idades entre os 18 e os 80 anos, também se observou uma associação positiva entre habilitações literárias e restrição cognitiva.

Indivíduos com mais habilitações literárias tendem a apresentar comportamentos mais saudáveis (Lawrence, 2017) e mais literacia em saúde (Aljassim & Ostini, 2020). São também mais conscienciosos em relação à sua saúde e demonstram mais capacidade de identificar riscos e de atuar no sentido de os gerir (Lodi-Smith et al., 2010). Sabendo que a obesidade é simultaneamente uma doença e um fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças (e.g., diabetes, doenças cardiovasculares; [SNS, 2018]) e que a meia-idade é uma fase de risco para o aumento de peso e desenvolvimento de obesidade (Hutfless et al., 2013), é possível que as mulheres com mais habilitações literárias estejam mais conscientes destes riscos e que procurem evitar o aumento de peso restringindo a alimentação. Apesar da restrição cognitiva estar associada a um IMC mais elevado (Anglé et al., 2009), também está associada a um estilo de vida e a hábitos alimentares saudáveis (Costa et al., 2022) e é utilizada com o objetivo controlar o peso (Anglé et al., 2009).

Por último, quando analisada a relação entre a prática de exercício físico e o comportamento alimentar, verificou-se que mulheres de meia-idade que praticavam mais exercício físico apresentavam mais restrição cognitiva. Concordantemente com o observado, noutros estudos com amostras de mulheres adultas mais jovens, também se verificou que as mulheres que praticavam mais exercício físico tendiam a apresentar mais restrição cognitiva (McLean & Bar, 2003; Andrade et al., 2010; Saade et al., 2019) e uma menor ingestão calórica (Jakicic et al., 2002). Na restrição cognitiva o esforço para reduzir a ingestão alimentar é feito com o objetivo de manter ou perder peso (Anglé et al., 2009; Schaumberg et al., 2016), o que demonstra que apesar de poder ter um efeito no peso contrário ao desejado, há uma preocupação com a gestão do peso (Wardle & Johnson, 2002). A prática de exercício físico também pode ser

indicadora de uma preocupação com o peso, já que este é um dos métodos mais utilizados na perda de peso (Santos et al., 2016) e que as mulheres tendem a praticar mais exercício físico quando se sentem mais insatisfeitas com o seu corpo (Arigo et al., 2016). Nas mulheres, níveis mais elevados de restrição cognitiva estão igualmente associados a um maior desejo de magreza (Bathalon et al., 2001) e a uma menor autoestima (McLean & Barr, 2003). Para muitas mulheres a autoestima está dependente do seu aspeto físico e as mudanças corporais que ocorrem na meia-idade têm um impacto negativo na mesma (McKinley & Lyon, 2008). No entanto, esta variável não foi avaliada no presente estudo. Assim, e de acordo com aquilo que a evidência científica reporta, o aumento de comportamentos de restrição cognitiva associado a uma maior prática de exercício físico, pode estar associado a questões de gestão de peso, preocupação com a imagem e autoestima.

Estudo 2 - Será que os Sintomas Psicológicos são Barreiras à Implementação de Estratégias de Gestão de Peso?

Tal como referido anteriormente, neste estudo foram integradas as cinco dimensões que são identificadas na literatura como sendo as mais utilizadas por mulheres de meia-idade – Gestão do Impulso-Aceitação, Procura de Informação, Planeamento de Conteúdo, Regulação-Restrições e Apoio-Ajuda de Outros (Leitão et al., 2023; Leitão et al., 2024a). As outras 12 dimensões da OxFAB-MAW não foram incluídas no modelo – Compensação de Energia, Estabelecimento de Objetivos, Imitação-Modelação, Gestão do Impulso-Consciência dos Motivos, Gestão do Impulso-Distração, Regulação-Permissões, Regulação-Estabelecimento de Regras, Restrição, Agendamento de Dieta e Atividade, Auto-Monitorização, Controlo de Estímulos e Apoio-Motivacional.

Sintomas psicológicos e estratégias de gestão de peso

Na presente amostra a ansiedade foi um preditor significativo da utilização de estratégias de gestão de peso, verificando-se que as mulheres de meia-idade que sentiam mais ansiedade utilizavam mais estratégias referentes aos domínios Procura de Informação e Apoio-Ajuda de Outros para gerirem o seu peso. Shin e Kim (2009) reportaram resultados equiparáveis demonstrando que, numa amostra de adultos de idade avançada, os indivíduos com mais ansiedade (neste caso em concreto face ao envelhecimento) tendiam a adotar mais comportamentos promotores da saúde. Bennet e Stevens (1996) também demonstraram que as mulheres de meia-idade que sentiam mais ansiedade em relação ao seu peso faziam mais dieta e apresentavam maior probabilidade de invocar a preocupação com a saúde como a principal razão para estarem a fazer dieta. Em linha com o observado neste estudo, numa revisão de

literatura e meta-análise realizada por McMullan et al. (2019) os autores verificaram uma associação positiva entre a ansiedade relacionada com a saúde e a procura de informação sobre saúde. Guerdjikova et al. (2007) constataram que as perturbações de ansiedade eram bastante prevalentes em mulheres com compulsão alimentar e obesidade que procuravam ajuda profissional para perder peso, sendo esta uma das fontes de suporte social considerada no domínio Apoio-Ajuda de Outros. Conforme observado neste e noutros estudos (e.g., Janjetic et al., 2020), a ansiedade em mulheres de meia-idade está igualmente associada à ingestão emocional e ao descontrolo alimentar. Tendo em conta que estes comportamentos alimentares disfuncionais podem influenciar negativamente o peso (Chacko et al., 2015; Frain & Knäuper, 2018), pode colocar-se a hipótese deste resultado revelar uma tentativa de amenizar o impacto dos excessos alimentares no peso.

O stress foi um preditor significativo apenas da dimensão Apoio-Ajuda de Outros, tendo-se observado neste estudo que as mulheres de meia-idade que sentiam mais stress utilizavam menos estratégias de gestão de peso referentes a este domínio. Segundo Hobfoll (2002) o stress surge quando as pessoas sentem que o seu tempo e energia não são suficientes para dar resposta às exigências diárias. Alguns estudos têm demonstrado que o stress em mulheres de meia-idade está relacionado com o facto de se sentirem sobrecarregadas com a gestão das responsabilidades familiares e profissionais (Thomas, 1997; Kenney, 2000; Thomas et al., 2018) e com a dificuldade em encontrarem tempo para cuidarem de si próprias (Kenney, 2000). Consistentemente com o nosso estudo, a literatura também tem demonstrado que o stress resultante desta sobrecarga diária pode constituir um obstáculo à gestão de peso, verificando-se que em mulheres adultas, o stress é um fator de risco para o *dropout* em intervenções de gestão de peso (Geiker et al., 2017) e que pode interferir negativamente na implementação de comportamentos de gestão de peso, tais como a prática de exercício físico ou a preparação de refeições baixas em calorias (Walcot-McQuigg, 1995). Adicionalmente, sabe-se que quando as mulheres de meia-idade se sentem sobrecarregadas tendem a negligenciar o seu autocuidado em prol das responsabilidades familiares (Enjezab et al., 2012; Walsh & Simpson, 2020) reportando, por exemplo, que algumas das principais barreiras à prática de exercício físico são a falta de tempo, as responsabilidades familiares e a falta de suporte social (McGuire et al., 2016; Walsh & Simpson, 2020). Tendo em conta que níveis mais elevados de stress estão igualmente associados a um menor suporte social percebido (Thoits, 2011), é possível que as mulheres que sentem mais stress utilizem menos estratégias de gestão de peso relacionadas com a dimensão Apoio-Ajuda de Outros porque percebem ter menos suporte social disponível

para ajudá-las. Uma vez que o suporte social está associado a uma boa gestão de peso (Wang et al., 2014; Dailey et al., 2018), é fundamental intervir junto deste grupo procurando reforçar as redes de suporte social e incentivando a procura de apoio na gestão de peso junto de amigos ou familiares.

Quanto ao humor deprimido, este não demonstrou ser um preditor significativo da utilização destas estratégias de gestão de peso em mulheres de meia-idade. No estudo de Vrani et al., (2018) verificou-se que as mulheres com sintomas de humor deprimido não estavam a gerir o seu peso. Noutros estudos (Linde et al., 2011; Chaitoff et al., 2019), observou-se que as mulheres que apresentavam sintomas de humor deprimido tentavam gerir o seu peso incorrendo em comportamentos de gestão de peso disfuncionais (e.g., tomar laxantes, saltar refeições, fumar), que não foram avaliados neste estudo. Tendo em conta que o humor deprimido em mulheres de meia-idade demonstrou estar associado à presença de comportamentos alimentares disfuncionais (e.g., ingestão emocional, descontrolo alimentar) e que, por sua vez, esses comportamentos estão associados ao aumento de peso (e.g., Chacko et al., 2015; Frain & Knäuper, 2018), pode ser determinante avaliar a presença de sintomas de humor deprimido em intervenções de gestão de peso com mulheres desta faixa etária e apoiar a utilização de estratégias de gestão de peso.

Variáveis sociodemográficas e de saúde e gestão de peso

Nesta amostra de mulheres de meia-idade, ter uma relação afetivo-sexual foi um preditor significativo de uma maior utilização de estratégias de gestão de peso relacionadas com os domínios Regulação-Restrições, Gestão do Impulso-Aceitação e Apoio-Ajuda de Outros. Em linha com os resultados do presente estudo, Pettee et al. (2006) observaram que as mulheres casadas, com idades entre os 70-79 anos, aderiam mais à prática de exercício físico do que aquelas que não tinham um parceiro. Numa amostra de adultos idosos e de meia-idade, Gellert et al. (2011) também constataram que a prática de exercício físico aumentou substancialmente nos indivíduos que tinham um parceiro conjugal e que praticavam exercício físico juntos. Outros estudos têm demonstrado que o envolvimento do cônjuge em intervenções para a perda ou manutenção de peso, pode aumentar a adesão e a eficácia do tratamento (McLean et al., 2003), incentivando-se mutuamente a ter comportamentos promotores da saúde (e.g., praticar exercício físico, ter uma alimentação saudável [Wilson, 2002; Stimpson et al., 2009]). Em idades mais avançadas, esta influência do parceiro pode tornar-se mais relevante devido à tendência para as redes sociais diminuírem ao longo do ciclo de vida e para o parceiro se tornar a principal fonte de suporte social (Van Solinge & Henkens, 2005). No caso desta amostra, os

dados sugerem que a presença de um parceiro pode de facto ter um impacto positivo na gestão de peso, contribuindo para a adoção de comportamentos de gestão de peso funcionais.

No presente estudo, as habilitações literárias também foram um preditor significativo das estratégias de gestão de peso, observando-se que mulheres de meia-idade com mais habilitações literárias utilizavam mais estratégias de gestão de peso relativas à Regulação-Restrições, à Gestão do Impulso-Aceitação, à Procura de Informação e ao Planeamento de Conteúdo. À semelhança deste estudo, Bish et al. (2005) constataram igualmente que as pessoas com mais habilitações literárias utilizavam mais estratégias para perder peso. Noutro estudo, também foi observado que as mulheres com mais habilitações literárias apresentavam maior probabilidade de estar a tentar perder peso e de usar estratégias de gestão de peso para esse efeito (e.g., ingerir menos gorduras, reduzir a ingestão de calorias; [Kruger et al., 2004]). Como já foi anteriormente referido, as pessoas com mais habilitações literárias têm mais literacia em saúde (Aljassim & Ostini, 2020), são mais conscienciosas em relação à saúde (Lodi-Smith et al., 2010) e apresentam mais comportamentos de saúde (Lawrence, 2017), sendo por isso expectável que esta tendência também se verifique na gestão de peso. Estes resultados demonstram, contudo, a importância de sensibilizar e promover a utilização de estratégias de gestão de peso junto de mulheres de meia-idade com menos habilitações literárias, que poderão constituir um grupo de risco.

O IMC também predisse significativamente todas as estratégias de gestão de peso em análise, tendo sido observado que mulheres com maior IMC utilizavam mais estratégias de gestão de peso referentes aos cinco domínios. Num estudo de Ciao et al. (2012) os autores verificaram que a maioria dos indivíduos com excesso de peso e obesidade estavam a tentar perder peso e davam preferência à perda de peso autodirigida. Numa revisão de literatura recente, observou-se que os indivíduos que percecionavam ter excesso de peso utilizam mais estratégias de gestão de peso (Haynes et al., 2018). Concordantemente com o presente estudo, numa amostra com 32.444 adultos, Kruger et al. (2004) verificaram que as mulheres com excesso de peso e obesidade utilizavam um maior número de estratégias (e.g., restringir a quantidade de calorias ingeridas, aumentar a atividade física) para perder peso. À semelhança do nosso estudo, Leitão et al. (2023) também constataram que numa amostra de mulheres de meia-idade, as mulheres com obesidade utilizavam mais estratégias de gestão de peso cognitivo-comportamentais do que as mulheres com peso normal. As mulheres com excesso de peso e obesidade apresentam mais preocupações com a sua aparência e com a saúde, sendo estes alguns dos fatores subjacentes à vontade de perder peso (O'Brien et al., 2007).

Adicionalmente, as mulheres com obesidade ou com excesso de peso são também quem apresenta um maior número de tentativas de perda de peso (Piernas et al., 2016). Assim, é possível que as mulheres de meia-idade com um IMC mais elevado utilizem mais estratégias de gestão de peso cognitivo-comportamentais, não só porque foram adquirindo mais conhecimentos sobre estratégias para gerirem o seu peso, como também porque podem apresentar uma maior preocupação com o impacto do peso na sua saúde e aparência física. Não obstante, a implementação destas estratégias pode não estar a surtir o efeito desejado porque, tal como se verificou neste e noutros estudos (e.g., Witaszek et al., 2024), as mulheres que têm um IMC mais elevado também tendem a apresentar mais comportamentos alimentares disfuncionais (e.g., ingestão emocional) que, por sua vez, estão associados ao aumento de peso (e.g., Frain & Knäuper, 2018) e, especificamente em mulheres com obesidade, a uma maior dificuldade em processar e regular as emoções (Zijlstra et al., 2012). A promoção da literacia emocional e da utilização de estratégias de regulação emocional funcionais, pode ser um fator a ter em conta em intervenções com mulheres de meia-idade com excesso de peso ou obesidade.

Por último, o exercício físico também foi um preditor das estratégias de gestão de peso em mulheres de meia-idade, tendo-se verificado que as mulheres que praticavam exercício físico tendiam a utilizar mais estratégias de gestão de peso relativas aos 5 domínios. Estudos anteriores demonstram esta relação entre comportamentos de saúde e corroboram os resultados deste estudo, verificando-se que a prática de exercício físico está igualmente associada a uma menor probabilidade de fumar, a um menor consumo de gorduras (Boutelle et al., 2000), a um maior consumo de frutas e vegetais (Lowry et al., 2000; Doubova et al., 2016) e a uma menor ingestão calórica (Jakicic et al., 2002). Noutros estudos, também se constatou que controlar o peso está associado à prática de atividade física (Lowry et al., 2000; Sims et al., 2012) e que os indivíduos que estão a tentar perder peso alteram a sua alimentação e hábitos de atividade física, utilizando estratégias de gestão de peso cognitivo-comportamentais para esse efeito (Hartmann-Boyce et al., 2016). Deste modo, tendo em conta o que foi anteriormente referido e que o exercício físico é um dos métodos mais utilizados na perda de peso (Santos et al., 2016) estes resultados sugerem que a prática de exercício físico pode ter subjacente uma preocupação com a gestão do peso e que as mulheres de meia-idade que praticam exercício físico tendem a adotar um comportamento de gestão de peso funcional. Por outro lado, estes resultados salientam também a importância de intervir junto das mulheres de meia-idade que não praticam exercício físico, já que a inatividade física associada ao menor uso de estratégias de gestão de peso pode ter um impacto negativo no peso.

Os resultados deste estudo devem ser analisados à luz de algumas limitações. O facto de a recolha de dados ter sido feita online e sem a presença de um investigador não permitiu o esclarecimento de eventuais dúvidas durante o preenchimento do questionário. Os sintomas psicológicos foram avaliados através de auto-reporte, tendo sido obtidos dados apenas sobre a frequência dos mesmos através de uma única pergunta para cada sintoma psicológico, sem um diagnóstico inerente (mas também estamos a falar de sintomas e não de patologias). A amostra é maioritariamente constituída por mulheres diferenciadas, o que significa que estes resultados não podem ser generalizados a mulheres de estatuto socioeconómico mais baixo, visto que o comportamento alimentar e a gestão de peso podem ser influenciados por fatores socioeconómicos. A literatura ainda é relativamente escassa em relação a estes temas (comportamento alimentar e estratégias cognitivo-comportamentais de gestão de peso), especificamente neste grupo de mulheres de meia-idade.

Este estudo apresenta também algumas forças. Destaca-se a dimensão da amostra recolhida, a utilização de instrumentos validados especificamente para amostras de mulheres portuguesas de meia-idade, o facto de todos os modelos apresentarem um ajustamento mínimo aceitável à amostra em estudo e o facto de o comportamento alimentar ter sido acedido através de um instrumento amplamente utilizado para esse efeito, permitindo a comparação com outros estudos. Além disso, é de referir também a utilização da OxFAB-MAW, que apesar de ainda ser um instrumento pouco estudado, abrange uma enorme diversidade de estratégias de gestão de peso cognitivo-comportamentais, permitindo uma avaliação abrangente e detalhada das mesmas.

Estudos Futuros

Estudos futuros podem procurar estudar o comportamento alimentar das mulheres ao longo da meia-idade, de modo a identificar as fases de maior risco para a presença de comportamentos alimentares disfuncionais.

Adicionalmente, tendo em conta que ficou demonstrado neste estudo que os sintomas psicológicos podem contribuir para a presença de comportamentos alimentares disfuncionais e ser uma barreira a uma gestão de peso funcional, seria pertinente replicar este estudo avaliando os sintomas psicológicos de forma mais robusta.

Atendendo ao facto desta amostra ser maioritariamente constituída por mulheres de estatuto socioeconómico mais elevado e tendo em conta que este fator pode influenciar o

comportamento alimentar e a implementação de estratégias de gestão funcionais, também seria relevante avaliar estas mesmas variáveis em mulheres de estatuto socioeconómico mais baixo.

Uma vez que a dimensão da restrição cognitiva do TFEQ-R21 demonstra apresentar alguns problemas de validade convergente, sugere-se também que estudos futuros possam rever esta dimensão à luz do que a teoria aponta.

Conclusão

Os sintomas psicológicos de ansiedade e humor deprimido podem contribuir para a presença de comportamentos alimentares disfuncionais em mulheres de meia-idade e constituir um fator de risco para o desenvolvimento de obesidade, visto que estes comportamentos alimentares estão associados ao aumento de peso. O stress pode ser uma barreira a uma gestão de peso funcional, pois está associado a uma menor frequência de utilização de estratégias de gestão de peso cognitivo-comportamentais, tendo-se verificado o contrário em relação à ansiedade, que demonstrou estar associada a uma maior utilização de determinadas estratégias de gestão de peso.

Estes achados são relevantes para a prática clínica na medida em que destacam a importância de reconhecer a contribuição dos sintomas clínicos na manutenção dos comportamentos alimentares disfuncionais neste grupo de risco e evidenciam a necessidade de desenvolver intervenções de gestão de peso personalizadas e que abordem a gestão de peso de uma forma holística.

Referências

- Achtstien, R. J., van Lieshout, J., Wensing, M., Nijhuis-van der Sanden, M., & Staal, J. B. (2020). The decline in physical activity in aging people is not modified by gender or the presence of cardiovascular disease. *European Journal of Public Health, 30*(2), 333-339. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz159>
- Aljassim, N., & Ostini, R. (2020). Health literacy in rural and urban populations: a systematic review. *Patient Education and Counseling, 103*(10), 2142-2154. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.06.007>
- Alley, S. J., Schoeppe, S., Rebar, A. L., Hayman, M., & Vandelanotte, C. (2018). Age differences in physical activity intentions and implementation intention preferences. *Journal of Behavioral Medicine, 41*, 406-415. <https://doi.org/10.1007/s10865-017-9899-y>
- Ambikairajah, A., Walsh, E., Tabatabaei-Jafari, H., & Cherbuin, N. (2019). Fat mass changes during menopause: a meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 221*(5), 393-409. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.04.023>
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association. (2010). Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct. (2002, amended effective June 1, 2010, and January 1, 2017). <https://www.apa.org/ethics/code/>
- Amirkhan, J., & Auyeung, B. (2007). Coping with stress across the lifespan: Absolute vs. relative changes in strategy. *Journal of Applied Developmental Psychology, 28*(4), 298-317. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2007.04.002>
- Andrade, A. M., Coutinho, S. R., Silva, M. N., Mata, J., Vieira, P. N., Minderico, C. S., & Teixeira, P. J. (2010). The effect of physical activity on weight loss is mediated by eating self-regulation. *Patient Education and Counseling, 79*(3), 320-326. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.01.006>
- Anglé, S., Engblom, J., Eriksson, T., Kautiainen, S., Saha, M. T., Lindfors, P., & Rimpelä, A. (2009). Three factor eating questionnaire-R18 as a measure of cognitive restraint, uncontrolled eating and emotional eating in a sample of young Finnish females. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 6*(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-6-41>

- Araiza, A. M. & Lobel, M. (2018). Stress and eating: definitions, findings, explanations, and implications. *Social and Personality Psychology Compass*, 12, e12378.
<https://doi.org/10.1111/spc3.12378>
- Arigo, D., Butryn, M. L., Raggio, G. A., Stice, E., & Lowe, M. R. (2016). Predicting change in physical activity: A longitudinal investigation among weight-concerned college women. *Annals of Behavioral Medicine*, 50(5), 629-641.
<https://doi.org/10.1007/s12160-016-9788-6>
- Arigo, D., Mogle, J. A., & Smyth, J. M. (2021). Relations between social comparisons and physical activity among women in midlife with elevated risk for cardiovascular disease: an ecological momentary assessment study. *Journal of Behavioral Medicine*, 44(5), 579-590. <https://doi.org/10.1007/s10865-021-00229-7>
- Azzeddine, S., Jahida, C., Abdelkader, D., Lakhdar, Z., & Khedidja, M. (2017). Perimenopausal symptoms, quality of life and eating behavior in west Algerian women. *International Multispecialty Journal of Health*, 3(3), 70-76.
https://www.researchgate.net/publication/315726345_Perimenopausal_symptoms_quality_of_life_and_eating_behavior_in_west_Algerian_women
- Baber, R. J., Panay, N., & Fenton, A. T. I. W. G. (2016). 2016 IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy. *Climacteric*, 19(2), 109-150. <https://doi.org/10.3109/13697137.2015.1129166>
- Bathalon, G. P., Hays, N. P., Meydani, S. N., Dawson-Hughes, B., Schaefer, E. J., Lipman, R., Nelson, M., Greenberg, A., & Roberts, S. B. (2001). Metabolic, psychological, and health correlates of dietary restraint in healthy postmenopausal women. *The Journals of Gerontology*, 56(4), M206-M211. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.4.M206>
- Bennett, K., & Stevens, R. (1996). Weight anxiety in older women. *European Eating Disorders Review*, 4(1), 32-39. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0968\(199603\)4:1<32::AID-ERV113>3.0.CO;2-S](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0968(199603)4:1<32::AID-ERV113>3.0.CO;2-S)
- Berkel, L. A., Poston, W. S. C., Reeves, R. S., & Foreyt, J. P. (2005). Behavioral interventions for obesity. *Journal of the American Dietetic Association*, 105(5), 35-43.
<https://doi.org/10.1016/j.jada.2005.02.031>
- Biro, F. M., Lucky, A. W., Simbartl, L. A., Barton, B. A., Daniels, S. R., Striegel-Moore, R., Kronsberg, S. S., & Morrison, J. A. (2003). Pubertal maturation in girls and the relationship to anthropometric changes: pathways through puberty. *The Journal of Pediatrics*, 142(6), 643-647. <https://doi.org/10.1067/mpd.2003.244>

- Bish, C. L., Blanck, H. M., Serdula, M. K., Marcus, M., Kohl III, H. W., & Khan, L. K. (2005). Diet and physical activity behaviors among Americans trying to lose weight: 2000 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Obesity Research, 13*(3), 596-607. <https://doi.org/10.1038/oby.2005.64>
- Blanchflower, D. G., & Oswald, A. J. (2008). Is well-being U-shaped over the life cycle?. *Social science & medicine, 66*(8), 1733-1749. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.01.030>
- Blanchflower, D. G., & Oswald, A. J. (2016). Antidepressants and age: A new form of evidence for U-shaped well-being through life. *Journal of Economic Behavior & Organization, 127*, 46-58. <https://doi.org/10.1016/j.jebo.2016.04.010>
- Bossen, D., Bak, M., Braam, K., Wentink, M., Holla, J., Visser, B., & Dallinga, J. (2022). Online and offline behavior change techniques to promote a healthy lifestyle: a qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(1), 521. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010521>
- Boutelle, K. N., Murray, D. M., Jeffery, R. W., Hennrikus, D. J., & Lando, H. A. (2000). Associations between exercise and health behaviors in a community sample of working adults. *Preventive Medicine, 30*(3), 217-224. <https://doi.org/10.1006/pmed.1999.0618>
- Bove, C. F., & Sobal, J. (2006). Foodwork in newly married couples: Making family meals. *Food, Culture & Society, 9*(1), 69-89. <https://doi.org/10.2752/155280106778055118>
- Broekmans, F. J., Soules, M. R., & Fauser, B. C. (2009). Ovarian aging: mechanisms and clinical consequences. *Endocrine reviews, 30*(5), 465-493. <https://doi.org/10.1210/er.2009-0006>
- Braden, A., Musher-Eizenman, D., Watford, T., & Emley, E. (2018). Eating when depressed, anxious, bored, or happy: are emotional eating types associated with unique psychological and physical health correlates?. *Appetite, 125*, 410-417. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.02.022>
- Bromberger, J. T., Kravitz, H. M., Chang, Y., Randolph Jr, J. F., Avis, N. E., Gold, E. B., & Matthews, K. A. (2013). Does risk for anxiety increase during the menopausal transition? Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Menopause, 20*(5), 488-495 <https://doi.org/10.1097/GME.0b013e3182730599>
- Bromberger, J. T., Schott, L. L., Kravitz, H. M., Sowers, M., Avis, N. E., Gold, E. B., Randolph, J., & Matthews, K. A. (2010). Longitudinal change in reproductive hormones and depressive symptoms across the menopausal transition: results from the

- Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Archives of general psychiatry*, 67(6), 598-607. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.55>
- Brytek-Matera, A. (2021). Negative affect and maladaptive eating behavior as a regulation strategy in normal-weight individuals: A narrative review. *Sustainability*, 13(24), 13704. <https://doi.org/10.3390/su132413704>
- Burger, H. G., Hale, G. E., Robertson, D. M., & Dennerstein, L. (2007). A review of hormonal changes during the menopausal transition: focus on findings from the Melbourne Women's Midlife Health Project. *Human Reproduction Update*, 13(6), 559-565. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmm020>
- Cairney, J., Kwan, M. Y., Veldhuizen, S., & Faulkner, G. E. (2014). Who uses exercise as a coping strategy for stress? Results from a national survey of Canadians. *Journal of Physical Activity and Health*, 11(5), 908-916. <https://doi.org/10.1123/jpah.2012-0107>
- Chacko, S. A., Chiodi, S. N., & Wee, C. C. (2015). Recognizing disordered eating in primary care patients with obesity. *Preventive Medicine*, 72, 89-94. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.12.024>
- Chaitoff, A., Swetlik, C., Ituarte, C., Pfoh, E., Lee, L. L., Heinberg, L. J., & Rothberg, M. B. (2019). Associations between unhealthy weight-loss strategies and depressive symptoms. *American Journal of Preventive Medicine*, 56(2), 241-250. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.09.017>
- Choi, O., Kim, J., Lee, Y., Lee, Y., & Song, K. (2021). Association between stress and dietary habits, emotional eating behavior and insomnia of middle-aged men and women in Seoul and Gyeonggi. *Nutrition Research and Practice*, 15(2), 225-234. <https://doi.org/10.4162/nrp.2021.15.2.225>
- Chopra, S., Sharma, K. A., Ranjan, P., Malhotra, A., Vikram, N. K., & Kumari, A. (2019). Weight management module for perimenopausal women: A practical guide for gynecologists. *Journal of Mid-life Health*, 10(4), 165-172. https://doi.org/10.4103/jmh.JMH_155_19
- Ciao, A. C., Latner, J. D., & Durso, L. E. (2012). Treatment seeking and barriers to weight loss treatments of different intensity levels among obese and overweight individuals. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 17, e9-e16. <https://doi.org/10.1007/BF03325323>
- Cohen, L. S., Soares, C. N., Vitonis, A. F., Otto, M. W., & Harlow, B. L. (2006). Risk for new onset of depression during the menopausal transition: the Harvard Study of Moods and

- Cycles. *Archives of general psychiatry*, 63(4), 385-390.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.4.385>
- Costa, M. L., Costa, M. G. O., de Souza, M. F. C., da Silva, D. G., dos Santos Vieira, D. A., & Mendes-Netto, R. S. (2022). Cognitive restraint, emotional eating and uncontrolled eating: exploring factors associated with the cycle of behaviors during the COVID-19 pandemic. *Food Quality and Preference*, 100, 104579.
<https://doi.org/10.1016/j.foodqual.2022.104579>
- Dakanalis, A., Mentzelou, M., Papadopoulou, S. K., Papandreou, D., Spanoudaki, M., Vasios, G. K., Pavlidou, E., Mantzorou, M., & Giaginis, C. (2023). The association of emotional eating with overweight/obesity, depression, anxiety/stress, and dietary patterns: a review of the current clinical evidence. *Nutrients*, 15(5), 1173.
<https://doi.org/10.3390/nu15051173>
- Dalle Molle, F., Mendes, K. G., & Theodoro, H. (2019). Relação entre excesso de peso e distúrbios psiquiátricos menores em mulheres no climatério. *RBONE-Revista Brasileira De Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 13(82), 857-866.
<http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/1078>
- Davis, S. R., Castelo-Branco, C., Chedraui, P., Lumsden, M. A., Nappi, R. E., Shah, D., Villaseca, P., & Writing Group of the International Menopause Society for World Menopause Day 2012. (2012). Understanding weight gain at menopause. *Climacteric*, 15(5), 419-429.
<https://doi.org/10.3109/13697137.2012.707385>
- Davis, S. R., Lambrinoudaki, I., Lumsden, M., Mishra, G. D., Pal, L., Rees, M., Santoro, N., & Simoncini, T. (2015). *Menopause*, 1(15004). <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.4>
- Dobova, S.V., Sánchez-García, S., Infante-Castañeda, C., & Pérez-Cuevas, R. (2016). Factors associated with regular physical exercise and consumption of fruits and vegetables among Mexican older adults. *BMC Public Health*, 16, 952.
<https://doi.org/10.1186/s12889-016-3628-2>
- Douchi, T., Yamamoto, S., Nakamura, S., Ijuin, T., Oki, T., Maruta, K., & Nagata, Y. (1998). The effect of menopause on regional and total body lean mass. *Maturitas*, 29(3), 247-252. [https://doi.org/10.1016/S0378-5122\(98\)00035-8](https://doi.org/10.1016/S0378-5122(98)00035-8)
- Duarte, P. A. S., Palmeira, L., & Gouveia, J. P. (2018). The Three-Factor Eating Questionnaire-R21: a confirmatory factor analysis in a Portuguese sample. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0561-7>

- Dubnov, G., & Berry, E. M. (2000). Physical activity and mood: the endocrine connection. *Sports Endocrinology*, 421-431. https://doi.org/10.1007/978-1-59259-016-2_23
- Dugan, S. A., Bromberger, J. T., Segawa, E., Avery, E., & Sternfeld, B. (2015). Association between physical activity and depressive symptoms: midlife women in SWAN. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 47(2), 335-342. <https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000000407>
- Dugan, S. A., Gabriel, K. P., Lange-Maia, B. S., & Karvonen-Gutierrez, C. (2018). Physical activity and physical function: moving and aging. *Obstetrics and Gynecology Clinics*, 45(4), 723-736. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2018.07.009>
- Elfhag, K., & Rössner, S. (2005). Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obesity Reviews*, 6(1), 67-85. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2005.00170.x>
- Enjebab, B., Farajzadegan, Z., Taleghani, F., & Aflatoonian, A. (2012). Internal motivations and barriers effective on the healthy lifestyle of middle-aged women: a qualitative approach. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 17(5), 390-398. https://journals.lww.com/jnmr/fulltext/2012/17050/internal_motivations_and_barriers_effective_on_the.12.aspx
- Fagulha, T. (2005). A meia-idade da mulher. *Psicologia*, 19(1/2), 13-17. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v19i1/2.395>
- Feld, L. D., & Shusterman, A. (2015). Into the pressure cooker: Student stress in college preparatory high schools. *Journal of Adolescence*, 41, 31-42. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2015.02.003>
- Fenton, A. (2021). Weight, shape, and body composition changes at menopause. *Journal of Mid-life Health*, 12(3), 187-192. https://doi.org/10.4103/jmh.jmh_123_21
- Figueira, O. A., Figueira, H. A., Figueira, J. A., Garcia, A. A., Figueira, A. A., Neto, G. M., & Dantas, E. H. (2019). Depression in Climacteric Women: Most Meaningful Symptoms. *Health*, 11(4), 380-390. <https://doi.org/10.4236/health.2019.114034>
- Folayan, M. O., Cáceres, C. F., Sam-Agudu, N. A., Odetoyinbo, M., Stockman, J. K., & Harrison, A. (2017). Psychological stressors and coping strategies used by adolescents living with and not living with HIV infection in Nigeria. *AIDS and Behavior*, 21, 2736-2745. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1534-3>
- Frayn, M., & Knäuper, B. (2018). Emotional eating and weight in adults: a review. *Current Psychology*, 37, 924-933. <https://doi.org/10.1007/s12144-017-9577-9>

- Freeman, E. W., Sammel, M. D., Lin, H., & Nelson, D. B. (2006). Associations of hormones and menopausal status with depressed mood in women with no history of depression. *Archives of General Psychiatry*, *63*(4), 375-382.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.4.375>
- French, S. A., Jeffery, R. W., & Wing, R. R. (1994). Sex differences among participants in a weight-control program. *Addictive Behaviors*, *19*(2), 147-158.
[https://doi.org/10.1016/0306-4603\(94\)90039-6](https://doi.org/10.1016/0306-4603(94)90039-6)
- French, S. A., Mitchell, N. R., Finlayson, G., Blundell, J. E., & Jeffery, R. W. (2014). Questionnaire and laboratory measures of eating behavior. Associations with energy intake and BMI in a community sample of working adults. *Appetite*, *72*, 50-58.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.09.020>
- Gadalla, T. M. (2008). Eating disorders and associated psychiatric comorbidity in elderly Canadian women. *Archives of Women's Mental Health*, *11*, 357-362.
<https://doi.org/10.1007/s00737-008-0031-8>
- Galambos, N. L., Fang, S., Krahn, H. J., Johnson, M. D., & Lachman, M. E. (2015). Up, not down: The age curve in happiness from early adulthood to midlife in two longitudinal studies. *Developmental Psychology*, *51*(11), 1664-1671.
<https://doi.org/10.1037/dev0000052>
- Galambos, N. L., Krahn, H. J., Johnson, M. D., & Lachman, M. E. (2020). The U shape of happiness across the life course: Expanding the discussion. *Perspectives on Psychological Science*, *15*(4), 898-912. <https://doi.org/10.1177/1745691620902428>
- Garaulet, M., Canteras, M., Morales, E., López-Guimerà, G., Sánchez-Carracedo, D., & Corbalán-Tutau, M. D. (2012). Validation of a questionnaire on emotional eating for use in cases of obesity; the Emotional Eater Questionnaire (EEQ). *Nutrición Hospitalaria*, *27*(2), 645-651. <https://doi.org/10.3305/nh.2012.27.2.5659>
- Geiker, N. R. W., Astrup, A., Hjorth, M. F., Sjödin, A., Pijls, L., & Markus, C. R. (2018). Does stress influence sleep patterns, food intake, weight gain, abdominal obesity and weight loss interventions and vice versa?. *Obesity Reviews*, *19*(1), 81-97.
<https://doi.org/10.1111/obr.12603>
- Gellert, P., Ziegelmann, J. P., Warner, L. M., & Schwarzer, R. (2011). Physical activity intervention in older adults: does a participating partner make a difference?. *European Journal of Ageing*, *8*, 211-219. <https://doi.org/10.1007/s10433-011-0193-5>

- George, S. A. (2002). The menopause experience: a woman's perspective. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 31(1), 77-85.
<https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2002.tb00025.x>
- Gibbs, Z., Lee, S., & Kulkarni, J. (2012). What factors determine whether a woman becomes depressed during the perimenopause?. *Archives of Women's Mental Health*, 15, 323-332. <https://doi.org/10.1007/s00737-012-0304-0>
- Gonçalves, B., Fagulha, T., & Ferreira, A. (2018). A depressão nas mulheres de meia-idade: Estudo sobre as utentes dos cuidados de saúde primários. *Psicologia*, 19(1/2), 39–56.
<https://doi.org/10.17575/rpsicol.v19i1/2.397>
- Gracia, C. R., & Freeman, E. W. (2018). Onset of the menopause transition: the earliest signs and symptoms. *Obstetrics and Gynecology Clinics*, 45(4), 585-597.
<https://doi.org/10.1016/j.ogc.2018.07.002>
- Grammatikopoulou, M. G., Nigdelis, M. P., & Goulis, D. G. (2022). Weight gain in midlife women: Understanding drivers and underlying mechanisms. *Current Opinion in Endocrine and Metabolic Research*, 27, 100406.
<https://doi.org/10.1016/j.coemr.2022.100406>
- Greendale, G. A., Lee, N. P., & Arriola, E. R. (1999). The menopause. *The Lancet*, 353(9152), 571-580.[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(98\)05352-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(98)05352-5)
- Greendale, G. A., Sternfeld, B., Huang, M., Han, W., Karvonen-Gutierrez, C., Ruppert, K., Cauley, J.A., Finkelstein, J.S., Sheng-Fang, J., & Karlamangla, A. S. (2019). Changes in body composition and weight during the menopause transition. *JCI Insight*, 4(5).
<https://doi.org/10.1172/jci.insight.124865>
- Guerdjikova, Anna I., McElroy, S. L., Kotwal, R., Keck, P. E. (2007). Comparison of obese men and women with binge eating disorder seeking weight management. *Eating and Weight Disorders*, 12(1), e19–e23. <https://doi.org/10.1007/BF03327777>
- Habhab, S., Sheldon, J. P., & Loeb, R. C. (2009). The relationship between stress, dietary restraint, and food preferences in women. *Appetite*, 52(2), 437-444.
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2008.12.006>
- Haedt-Matt, A. A., & Keel, P. K. (2011). Revisiting the affect regulation model of binge eating: A meta-analysis of studies using ecological momentary assessment. *Psychological Bulletin*, 137(4), 660–681. <https://doi.org/10.1037/a0023660>
- Harlow, S. D., Gass, M., Hall, J. E., Lobo, R., Maki, P., Rebar, R. W., Sherman, S., Sluss, P. M., de Villiers, T. J., & STRAW+10 Collaborative Group. (2012). Executive Summary

- of the Stages of Reproductive Aging Workshop+10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *Climacteric*, 15(2), 105-114. <https://doi.org/10.3109/13697137.2011.650656>
- Hartmann-Boyce, J., Aveyard, P., Koshiaris, C., & Jebb, S. A. (2016). Development of tools to study personal weight control strategies: OxFAB taxonomy. *Obesity*, 24(2), 314-320. <https://doi.org/10.1002/oby.21341>
- Hartmann-Boyce, J., Boylan, A. M., Jebb, S. A., Fletcher, B., & Aveyard, P. (2017). Cognitive and behavioural strategies for self-directed weight loss: Systematic review of qualitative studies. *Obesity Reviews*, 18(3), 335-349. <https://doi.org/10.1111/obr.12500>
- Hawash, M. M., AlHazmi, A. H., El-Sayed, M. M., Mushfiq, S., El-Ashry, A. M., Ahmed, H. A., Abd-Elrahman, S. I., Kamel, W. & Hafez, S. A. (2024). Emotional eating behaviors in later life: Identifying key factors for healthy aging. *Geriatric Nursing*, 55, 152-160. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2023.11.012>
- Haynes, A., Kersbergen, I., Sutin, A., Daly, M., & Robinson, E. (2018). A systematic review of the relationship between weight status perceptions and weight loss attempts, strategies, behaviours and outcomes. *Obesity Reviews*, 19(3), 347-363. <https://doi.org/10.1111/obr.12634>
- Hays, N. P., Bathalon, G. P., McCrory, M. A., Roubenoff, R., Lipman, R., & Roberts, S. B. (2002). Eating behavior correlates of adult weight gain and obesity in healthy women aged 55–65 y. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 75(3), 476-483. <https://doi.org/10.1093/ajcn/75.3.476>
- Herman, C. P., Roth, D. A., & Polivy, J. (2003). Effects of the Presence of Others on Food Intake: A Normative Interpretation. *Psychological Bulletin*, 129(6), 873–886. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.6.873>
- Herman, C. P. (2015). The social facilitation of eating. A review. *Appetite*, 86, 61-73. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2014.09.016>
- Hill, D., Conner, M., Clancy, F., Moss, R., Wilding, S., Bristow, M., & O'Connor, D. B. (2022). Stress and eating behaviours in healthy adults: a systematic review and meta-analysis. *Health Psychology Review*, 16(2), 280–304. <https://doi.org/10.1080/17437199.2021.1923406>
- Hobfoll, S. E. (2002). Social and psychological resources and adaptation. *Review of General Psychology*, 6, 307–324. <http://dx.doi.org/10.1037/1089-2680.6.4.307>

- Hruby, A., Manson, J. E., Qi, L., Malik, V. S., Rimm, E. B., Sun, Q., Willet, W. C., & Hu, F. B. (2016). Determinants and consequences of obesity. *American Journal of Public Health, 106*(9), 1656-1662. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303326>
- Hutfless, S., Maruthur, N. M., Wilson, R. F., Gudzone, K. A., Brown, R., Lau, B., Fawole, O.A., Chaudhry, Z. W., Anderson, C.A.M., & Segal, J. B. (2013). Strategies to prevent weight gain among adults. *Agency for Healthcare Research and Quality*. https://effectivehealthcare.ahrq.gov/sites/default/files/pdf/weight-gain-prevention_research.pdf
- Hutchings, H. A., Taylor, N., Remesh, A., & Rafferty, J. (2023). A study evaluating quality of life and factors affecting it before, during and after menopause. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 289*, 100-107. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2023.08.373>
- Infurna, F. J., Gerstorf, D., & Lachman, M. E. (2020). Midlife in the 2020s: Opportunities and challenges. *American Psychologist, 75*(4), 470-485. <https://doi.org/10.1037/amp0000591>
- Jackson, S. E., Steptoe, A., & Wardle, J. (2015). The influence of partner's behavior on health behavior change: the English Longitudinal Study of Ageing. *JAMA Internal Medicine, 175*(3), 385-392. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.7554>
- Jacob, A., Moullec, G., Lavoie, K. L., Laurin, C., Cowan, T., Tisshaw, C., Kazazian, C., Raddatz, C., & Bacon, S. L. (2018). Impact of cognitive-behavioral interventions on weight loss and psychological outcomes: A meta-analysis. *Health Psychology, 37*(5), 417-432. <https://doi.org/10.1037/hea0000576>
- Jakicic, J. M., Wing, R. R., & Winters-Hart, C. (2002). Relationship of physical activity to eating behaviors and weight loss in women. *Medicine and Science in Sports and Exercise, 34*(10), 1653-1659. <https://doi.org/10.1097/00005768-200210000-00018>
- Jang, D., & Kye, S. (2023). Relation between depression and dietary practice among middle-aged women: mediating effect of emotional eating. *Journal of Nutrition and Health, 56*(1), 86-96. <https://doi.org/10.4163/jnh.2023.56.1.86>
- Janjetic, M. A., Rossi, M. L., Acquavía, C., Denevi, J., Marcolini, C., & Torresani, M. E. (2020). Association between anxiety level, eating behavior, and nutritional status in adult women. *Journal of the American College of Nutrition, 39*(3), 200-205. <https://doi.org/10.1080/07315724.2019.1633970>

- Javed, S., & Parveen, H. (2021). Adaptive coping strategies used by people during coronavirus. *Journal of Education and Health Promotion, 10*.
https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_522_20
- Jones, E. K., Jurgenson, J. R., Katzenellenbogen, J. M., & Thompson, S. C. (2012). Menopause and the influence of culture: another gap for Indigenous Australian women?. *BMC Women's Health, 12*, 1-10. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-12-43>
- Julien-Sweerts, J. S., Fouques, D., Lignier, B., Apfeldorfer, G., Kureta-Vanoli, K., & Romo, L. (2019). Relation between cognitive restraint and weight: Does a content validity problem lead to a wrong axis of care?. *Clinical Obesity, 9*(5), e12330.
<https://doi.org/10.1111/cob.12330>
- Kalra, S., Aggarwal, G., Pawaria, S., Yadav, S., & Ajmera, P. (2023). Psychological health of postmenopausal women: a bibliometric analysis in the recent decade. *Climacteric, 26*(5), 428-436. <https://doi.org/10.1080/13697137.2023.2194525>
- Kalra, S., Yadav, J., Ajmera, P., Sindhu, B., & Pal, S. (2022). Impact of physical activity on physical and mental health of postmenopausal women: a systematic review. *Journal of Clinical & Diagnostic Research, 16*(2).
<https://doi.org/10.7860/JCDR/2022/52302.15974>
- Kapoor, E., Collazo-Clavell, M. L., & Faubion, S. S. (2017). Weight gain in women at midlife: a concise review of the pathophysiology and strategies for management. *Mayo Clinic Proceedings, 92*(10), 1552-1558.
<https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2017.08.004>
- Karlsson, J., Persson, L. O., Sjöström, L., & Sullivan, M. (2000). Psychometric properties and factor structure of the Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ) in obese men and women. Results from the Swedish Obese Subjects (SOS) study. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders, 24*(12), 1715–1725.
<https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0801442>
- Kasi, P. M., Naqvi, H. A., Afghan, A. K., Khawar, T., Khan, F. H., Khan, U. Z., & Khan, H. M. (2012). Coping styles in patients with anxiety and depression. *International Scholarly Research Notices, 2012*. <https://doi.org/doi:10.5402/2012/128672>
- Keel, P. K., Gravener, J. A., Joiner Jr, T. E., & Haedt, A. A. (2010). Twenty-year follow-up of bulimia nervosa and related eating disorders not otherwise specified. *International Journal of Eating Disorders, 43*(6), 492-497. <https://doi.org/10.1002/eat.20743>

- Kenney, J. W. (2000). Women's 'inner-balance': a comparison of stressors, personality traits and health problems by age groups. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 639-650. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01331.x>
- Keskitalo, K., Tuorila, H., Spector, T. D., Cherkas, L. F., Knaapila, A., Kaprio, J., ... & Perola, M. (2008). The Three-Factor Eating Questionnaire, body mass index, and responses to sweet and salty fatty foods: a twin study of genetic and environmental associations. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 88(2). <https://doi.org/263-271.10.1093/ajcn/88.2.263>
- Khandelwal, S. (2020). Obesity in midlife: lifestyle and dietary strategies. *Climacteric*, 23(2), 140-147. <https://doi.org/10.1080/13697137.2019.1660638>
- Kontinen, H. (2020). Emotional eating and obesity in adults: the role of depression, sleep and genes. *Proceedings of the Nutrition Society*, 79(3), 283-289. <https://doi.org/10.1017/S0029665120000166>
- Kontinen, H., Männistö, S., Sarlio-Lähteenkorva, S., Silventoinen, K., & Haukkala, A. (2010). Emotional eating, depressive symptoms and self-reported food consumption. A population-based study. *Appetite*, 54(3), 473-479. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2010.01.014>
- Kontinen, H., Van Strien, T., Männistö, S., Jousilahti, P., & Haukkala, A. (2019). Depression, emotional eating and long-term weight changes: a population-based prospective study. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 16(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12966-019-0791-8>
- Kozakowski, J., Gietka-Czernel, M., Leszczyńska, D., & Majos, A. (2017). Obesity in menopause—our negligence or an unfortunate inevitability?. *Menopause Review*, 16(2), 61-65. <https://doi.org/10.5114/pm.2017.68594>
- Kruger, J., Galuska, D. A., Serdula, M. K., & Jones, D. A. (2004). Attempting to lose weight: specific practices among US adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 26(5), 402-406. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2004.02.001>
- Lachman, M. E. (2004). Development in midlife. *Annual Review of Psychology*, 55, 305–331. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141521>
- Lachman, M. E., Lewkowicz, C., Marcus, A. & Peng, Y. (1994). Images of midlife development among young, middle-aged, and older adults. *Journal of Adult Development*, 1, 201–211. <https://doi.org/10.1007/BF02277581>
- Lachman, M. E., Teshale, S., & Agrigoroaei, S. (2015). Midlife as a pivotal period in the life course: Balancing growth and decline at the crossroads of youth and old

- age. *International Journal of Behavioral Development*, 39(1), 20-31.
<https://doi.org/10.1177/0165025414533223>
- Lawrence, E. M. (2017). Why do college graduates behave more healthfully than those who are less educated?. *Journal of Health and Social Behavior*, 58(3), 291-306.
<https://doi.org/10.1177/002214651771567>
- Leeners, B., Geary, N., Tobler, P. N., & Asarian, L. (2017). Ovarian hormones and obesity. *Human Reproduction Update*, 23(3), 300-321.
<https://doi.org/10.1093/humupd/dmw045>
- Leitão, M., Hartmann-Boyce, J., Pérez-López, F. R., Marôco, J., & Pimenta, F. (2023). Weight management strategies in Middle-Aged Women (MAW): Development and validation of a questionnaire based on the Oxford Food and Activity Behaviors Taxonomy (OxFAB-MAW) in a Portuguese sample. *Frontiers in Psychology*. 13,1069775.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1069775>
- Leitão, M., Pérez-López, F. R., Marôco, J., & Pimenta, F. (2024a - submission accepted). Me-
wel project: exploring underlying weight gain factors during menopausal transition. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*. ISSN 2182-8407.
- Leitão, M., Pimenta, F., Pérez-López, F. R., & Marôco, J. (2024b - submission accepted).
Psychometric properties of the Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ-R21) in
middle-aged women. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*. ISSN 2182-8407.
- Lewis, D. M., & Cachelin, F. M. (2001). Body image, body dissatisfaction, and eating
attitudes in midlife and elderly women. *Eating Disorders*, 9(1), 29-39.
<https://doi.org/10.1080/106402601300187713>
- Liboredo, J. C., Anastácio, L. R., Ferreira, L. G., Oliveira, L. A., & Della Lucia, C. M. (2021).
Quarantine during COVID-19 outbreak: eating behavior, perceived stress, and their
independently associated factors in a Brazilian sample. *Frontiers in Nutrition*, 8,
704619. <https://doi.org/10.3389/fnut.2021.704619>
- Linde, J. A., Simon, G. E., Ludman, E. J., Ichikawa, L. E., Operaskalski, B. H., Arterburn, D.,
Rhode, P., Finch, E., Robert, W., & Jeffery, R. W. (2011). A randomized controlled
trial of behavioral weight loss treatment versus combined weight loss/depression
treatment among women with comorbid obesity and depression. *Annals of Behavioral
Medicine*, 41(1), 119-130. <https://doi.org/10.1007/s12160-010-9232-2>
- Lodi-Smith, J., Jackson, J., Bogg, T., Walton, K., Wood, D., Harms, P., & Roberts, B. W.
(2010). Mechanisms of health: Education and health-related behaviours partially

- mediate the relationship between conscientiousness and self-reported physical health. *Psychology and Health*, 25(3), 305-319. <https://doi.org/10.1080/08870440902736964>
- Loffler, A., Luck, T., Then, F. S., Luck-Sikorski, C., Pabst, A., Kovacs, P., Bottcher, Y., Breitfeld, J., Tonjes, A., Horstmann, A., Loffler, M., Engel, C., Thiery, J., Villringer, A., Stumvoll, M., & Riedel-Heller, S. G. (2017). Effects of psychological eating behaviour domains on the association between socio-economic status and BMI. *Public Health Nutrition*, 20(15), 2706-2712. <https://doi.org/10.1017/S1368980017001653>
- Lombardo, M., Perrone, M. A., Guseva, E., Aulisa, G., Padua, E., Bellia, C., Della-Morte, D., Iellamo, F., Caprio, M., & Bellia, A. (2020). Losing weight after menopause with minimal aerobic training and mediterranean diet. *Nutrients*, 12(8), 2471. <http://doi.org/10.3390/nu12082471>
- Lomônaco, C., Tomaz, R. A. F., & de Oliveira Ramos, M. T. (2015). O impacto da menopausa nas relações e nos papéis sociais estabelecidos na família e no trabalho. *Reprodução & Climatério*, 30(2), 58-66. <http://doi.org/10.1016/j.recli.2015.08.001>
- Lowry, R., Galuska, D. A., Fulton, J. E., Wechsler, H., Kann, L., & Collins, J. L. (2000). Physical activity, food choice, and weight management goals and practices among US college students. *American Journal of Preventive Medicine*, 18(1), 18-27. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(99\)00107-5](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(99)00107-5)
- Mangweth-Matzek, B., Hoek, H. W., & Pope, H. G. (2014). Pathological eating and body dissatisfaction in middle-aged and older women. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(6), 431-435. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000102>
- Mangweth-Matzek, B., Hoek, H. W., Rupp, C. I., Kemmler, G., Pope, H. G., & Kinzl, J. (2013). The menopausal transition-A possible window of vulnerability for eating pathology. *International Journal of Eating Disorders*, 46(6), 609-616. <https://doi.org/10.1002/eat.22157>
- Mangweth-Matzek, B., Rupp, C. I., Hausmann, A., Assmayr, K., Mariacher, E., Kemmler, G., Whitworth, A., & Biebl, W. (2006). Never too old for eating disorders or body dissatisfaction: A community study of elderly women. *Eating Disorders*, 39(7), 583-586. <https://doi.org/10.1002/eat.20327>
- Marôco, J. (2014). Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software e aplicações. (2ª ed.). Pêro Pinheiro: Report Number
- Martínez-Vázquez, S., Hernández-Martínez, A., Peinado-Molina, R. A., & Martínez-Galiano, J. M. (2023). Impact of overweight and obesity in postmenopausal women. *Climacteric*, 26(6), 577-582. <https://doi.org/10.1080/13697137.2023.2228692>

- Martins, M., Fernandes, J. L., & Costa, V. (2011). Fitoestrogénios no tratamento dos sintomas vasomotores da peri e pós-menopausa. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27(5), 444-450. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpcg/v27n5/v27n5a06.pdf>
- Mason, C., de Dieu Tapsoba, J., Duggan, C., Wang, C. Y., Alfano, C. M., & McTiernan, A. (2019). Eating behaviors and weight loss outcomes in a 12-month randomized trial of diet and/or exercise intervention in postmenopausal women. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 16, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12966-019-0887-1>
- McArthur, D., Dumas, A., Woodend, K., Beach, S., & Stacey, D. (2014). Factors influencing adherence to regular exercise in middle-aged women: a qualitative study to inform clinical practice. *BMC Women's Health*, 14(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-49>
- McGuire, A., Seib, C., & Anderson, D. (2016). Factors predicting barriers to exercise in midlife Australian women. *Maturitas*, 87, 61-66. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.02.010>
- McKinley, N. M., & Lyon, L. A. (2008). Menopausal attitudes, objectified body consciousness, aging anxiety, and body esteem: European American women's body experiences in midlife. *Body Image*, 5(4), 375-380. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2008.07.001>
- McLean, J. A., Barr, S. I. (2003). Cognitive dietary restraint is associated with eating behaviors, lifestyle practices, personality characteristics and menstrual irregularity in college women. *Appetite*, 40(2), 185. [https://doi.org/10.1016/S0195-6663\(02\)00125-3](https://doi.org/10.1016/S0195-6663(02)00125-3)
- McLean, N., Griffin, S., Toney, K., & Hardeman, W. (2003). Family involvement in weight control, weight maintenance and weight-loss interventions: a systematic review of randomised trials. *International Journal of Obesity*, 27(9), 987-1005. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802383>
- McMullan, R. D., Berle, D., Arnáez, S., & Starcevic, V. (2019). The relationships between health anxiety, online health information seeking, and cyberchondria: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 245, 270-278. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.037>
- Minzi, M. C. R., & Sacchi, C. (2005). Stressful situations and coping strategies in relation to age. *Psychological Reports*, 97(2), 405-418. <https://doi.org/10.2466/pr0.97.2.405-418>

- Molarius, A., Lindén-Boström, M., & Karlsson, J. (2020). Desire to lose weight and need of weight loss support in the adult population—Results from a cross-sectional study in Sweden. *Obesity Science & Practice*, 6(4), 373-381. <https://doi.org/10.1002/osp4.412>
- Monteleone, P., Mascagni, G., Giannini, A., Genazzani, A. R., & Simoncini, T. (2018). Symptoms of menopause—global prevalence, physiology and implications. *Nature Reviews Endocrinology*, 14(4), 199-215. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2017.180>
- Montesi, L., El Ghoch, M., Brodosi, L., Calugi, S., Marchesini, G., & Dalle Grave, R. (2016). Long-term weight loss maintenance for obesity: a multidisciplinary approach. *Diabetes, Metabolic syndrome and Obesity*, 9, 37-46. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S89836>
- Mulhall, S., Andel, R., & Anstey, K. J. (2018). Variation in symptoms of depression and anxiety in midlife women by menopausal status. *Maturitas*, 108, 7-12. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2017.11.005>
- Nasreen, S. Z. A. (2019). Symptoms of Menopause. In *Menopausal Hormone Therapy*. IntechOpen. <https://www.intechopen.com/books/hormone-therapy-and-replacement-in-cancer-and-aging-related-diseases/symptoms-of-menopause>
- National Institute for Health and Care Excellence. (NICE, 2015). Menopause: diagnosis and management. *NICE guideline NG23*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng23/resources/menopause-diagnosis-and-management-pdf-1837330217413>
- O'Brien, K., Venn, B. J., Perry, T., Green, T. J., Aitken, W., & Bradshaw, A. (2007). Reasons for wanting to lose weight: different strokes for different folks. *Eating Behaviors*, 8(1), 132-135. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2006.01.004>
- O'Connor, D. B., Jones, F., Conner, M., McMillan, B., & Ferguson, E. (2008). Effects of daily hassles and eating style on eating behavior. *Health Psychology*, 27(1), 20-31. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.1.S20>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2016). Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2011, revisto em 26 de dezembro, 2016). https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/cod_deontologico
- Ouwens, M. A., van Strien, T., & van Leeuwe, J. F. (2009). Possible pathways between depression, emotional and external eating. A structural equation model. *Appetite*, 53(2), 245-248. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2009.06.001>
- Paans, N. P., Bot, M., Brouwer, I. A., Visser, M., Roca, M., Kohls, E., Watkins, E., & Penninx, B. W. (2018a). The association between depression and eating styles in four European

- countries: The MoodFOOD prevention study. *Journal of Psychosomatic Research*, 108, 85-92. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.03.003>
- Paans, N. P., Bot, M., van Strien, T., Brouwer, I. A., Visser, M., & Penninx, B. W. (2018b). Eating styles in major depressive disorder: Results from a large-scale study. *Journal of Psychiatric Research*, 97, 38-46. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.11.003>
- Pachucki, M. A., Jacques, P. F., & Christakis, N. A. (2011). Social network concordance in food choice among spouses, friends, and siblings. *American Journal of Public Health*, 101(11), 2170-2177. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300282>
- Pais-Ribeiro, J. (2010). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. (1^a ed.). Climepsi.
- Paixão, C., Dias, C. M., Jorge, R., Carraça, E. V., Yannakoulia, M., de Zwaan, M., Soini, S., Hill, J. O., Teixeira, P. J., & Santos, I. (2020). Successful weight loss maintenance: a systematic review of weight control registries. *Obesity Reviews*, 21(5), e13003. <https://doi.org/10.1111/obr.13003>
- Pettee, K. K., Brach, J. S., Kriska, A. M., Boudreau, R., Richardson, C. R., Colbert, L. H., Satterfield, S., Visser, M., Harris, T. B., Ayonayon, H. N., & Newman, A. B. (2006). Influence of marital status on physical activity levels among older adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 38(3), 541-546. <https://doi.org/10.1249/01.mss.0000191346.95244.f7>
- Piernas, C., Aveyard, P., & Jebb, S. A. (2016). Recent trends in weight loss attempts: repeated cross-sectional analyses from the health survey for England. *International Journal of Obesity*, 40(11), 1754-1759. <https://doi.org/10.1038/ijo.2016.141>
- Pigeyre, M., Duhamel, A., Poulain, J. P., Rousseaux, J., Barbe, P., Jeanneau, S., Tibère, L., & Romon, M. (2012). Influence of social factors on weight-related behaviors according to gender in the French adult population. *Appetite*, 58(2), 703-709. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.11.031>
- Pimenta, F., Marôco, J., Ramos, C., & Leal, I. (2014). Predictors of weight variation and weight gain in peri- and post-menopausal women. *Journal of Health Psychology*, 19(8), 993-1002. <https://doi.org/10.1177/1359105313483153>
- Pimenta, F., Marôco, J., Leitão, M., & Leal, I. (2016). Predictors of stress and depressive mood in Portuguese middle-aged women. *Journal of Women & Aging*, 28(5), 444-453. <https://doi.org/10.1080/08952841.2015.1018058>
- Provencher, V., Drapeau, V., Tremblay, A., Després, J. P., & Lemieux, S. (2003). Eating behaviors and indexes of body composition in men and women from the Quebec family study. *Obesity Research*, 11(6), 783-792. <https://doi.org/10.1038/oby.2003.109>

- Pruccoli, J., Mack, I., Klos, B., Schild, S., Stengel, A., Zipfel, S., Giel, K. E., & Schag, K. (2023). Mental health variables impact weight loss, especially in patients with obesity and binge eating: a mediation model on the role of eating disorder pathology. *Nutrients*, *15*(18), 3915. <https://doi.org/10.3390/nu15183915>
- Pugliese, G., Barrea, L., Laudisio, D., Aprano, S., Castellucci, B., Framondi, L., Di Matteo, R., Savastano, S., Colao, A., & Muscogiuri, G. (2020). Mediterranean Diet as tool to manage obesity in menopause: A narrative review. *Nutrition*, *79-80*, 110991. <http://doi.org/10.1016/j.nut.2020.110991>
- Rohrer, J. E., Vickers-Douglas, K. S., & Stroebe, R. J. (2009). Uncontrolled eating and obesity in adult primary care patients. *Obesity Research & Clinical Practice*, *3*(2), 115-121. <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2009.01.004>
- Rosenqvist, E., Kiviruusu, O., & Kontinen, H. (2022). The associations of socioeconomic status and financial strain with restrained and emotional eating among 42-year-old women and men. *Appetite*, *169*, 105795. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105795>
- Ruderman, A. J. (1986). Dietary restraint: a theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*, *99*(2), 247-262.
- Saade, S., Hallit, S., Haddad, C., Hallit, R., Akel, M., Honein, K., Akiki, M., Kheir, N., & Obeid, S. (2019). Factors associated with restrained eating and validation of the Arabic version of the restrained eating scale among an adult representative sample of the Lebanese population: a cross-sectional study. *Journal of Eating Disorders*, *7*, 24. <https://doi.org/10.1186/s40337-019-0254-2>
- Sandilyan, M. B., & Denning, T. (2011). Mental health around and after the menopause. *Menopause international*, *17*(4), 142-147. <https://doi.org/10.1258/mi.2011.011102>
- Santos, I., Sniehotta, F. F., Marques, M. M., Carraça, E. V., & Teixeira, P. J. (2016). Prevalence of personal weight control attempts in adults: a systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, *18*(1), 32-50. <https://doi.org/10.1111/obr.12466>
- Schaumberg, K., Anderson, D. A., Anderson, L. M., Reilly, E. E., & Gorrell, S. J. C. O. (2016). Dietary restraint: what's the harm? A review of the relationship between dietary restraint, weight trajectory and the development of eating pathology. *Clinical Obesity*, *6*(2), 89-100. <https://doi.org/10.1111/cob.12134>
- Schmidt, P. J., Murphy, J. H., Haq, N., Rubinow, D. R., & Danaceau, M. A. (2004). Stressful life events, personal losses, and perimenopause-related depression. *Archives of Women's Mental Health*, *7*, 19-26. <https://doi.org/10.1007/s00737-003-0036-2>

- Schoenaker, D. A., Jackson, C. A., Rowlands, J. V., & Mishra, G. D. (2014). Socioeconomic position, lifestyle factors and age at natural menopause: a systematic review and meta-analyses of studies across six continents. *International Journal of Epidemiology*, 43(5), 1542-1562. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu094>
- Serviço Nacional de Saúde (2018). *Retrato da saúde 2018*. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/retrato-da-saude_2018_compressed.pdf
- Sharifi, N., Mahdavi, R., & Ebrahimi-Mameghani, M. (2013). Perceived barriers to weight loss programs for overweight or obese women. *Health Promotion Perspectives*, 3(1), 11-22. <https://doi.org/10.5681/hpp.2013.002>
- Sherman, S. (2005). Defining the menopausal transition. *The American Journal of Medicine*, 118(12), 3-7. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2005.11.002>
- Shin, Y. S., & Kim, E. H. (2009). A study on health behaviors, health status and anxiety about aging for the elderly-focused on the elderly in senior center. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 20(2), 179-188.
- Sikstrom, S., Kelmendi, B., & Persson, N. (2023). Assessment of depression and anxiety in young and old with a question-based computational language approach. *Mental Health Research*, 2(1), 11. <https://doi.org/10.1038/s44184-023-00032-z>
- Simkin-Silverman, L. R., Wing, R. R., Boraz, M. A., & Kuller, L. H. (2003). Lifestyle intervention can prevent weight gain during menopause: results from a 5-year randomized clinical trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(3), 212-220. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2603_06
- Sims, S. T., Larson, J. C., Lamonte, M. J., Michael, Y. L., Martin, L. W., Johnson, K. C., & Stefanick, M. L. (2012). Physical activity and body mass: changes in younger versus older postmenopausal women. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 44(1), 89-97. <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e318227f906>
- Sociedade Norte-Americana de Menopausa (NAMS, 2012). *Guia da Menopausa*. https://sobrac.org.br/media/files/A12361_Leigos_rev2mcow-FINAL.pdf
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG, 2021). Consenso nacional sobre menopausa. Coimbra: SPG. <https://spginecologia.pt/wp-content/uploads/2021/10/Consenso-Nacional-Menopausa-2021.pdf>
- Sociedade Portuguesa para o Estudo da Obesidade (SPEO, 2018). *Tratamento não cirúrgico da obesidade do adulto*. https://www.speo-obesidade.pt/wp-content/uploads/2020/06/Ap_Livro-SPEO_v7-.pdf

- Spitzer, R. L., Devlin, M., Walsh, B. T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M., Stunkard, A., Wadden, T., Yanovski, S., Agras, S., Mitchell, J., & Nonas, C. (1992). Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, *11*(3), 191-203. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199204\)11:3<191::AID-EAT2260110302>3.0.CO;2-S](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199204)11:3<191::AID-EAT2260110302>3.0.CO;2-S)
- Sproesser, G., Strohbach, S., Schupp, H., & Renner, B. (2011). Candy or apple? How self-control resources and motives impact dietary healthiness in women. *Appetite*, *56*(3), 784-787.
- Sternfeld, B., Wang, H., Quesenberry, C. P., Abrams, B., Everson-Rose, S. A., Greendale, G. A., Matthews, K. A., Torrens, J. I., & Sowers, M. (2004). Physical activity and changes in weight and waist circumference in midlife women: findings from the Study of Women's Health Across the Nation. *American Journal of Epidemiology*, *160*(9), 912-922. <https://doi.org/10.1093/aje/kwh299>
- Sternfeld, B., Bhat, A. K., Wang, H., Sharp, T., & Quesenberry, C. P. (2005). Menopause, physical activity, and body composition/fat distribution in midlife women. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, *37*(7), 1195-1202. <https://doi.org/10.1249/01.mss.0000170083.41186.b1>
- Stice, E., Cooper, J. A., Schoeller, D. A., Tappe, K., & Lowe, M. R. (2007). Are dietary restraint scales valid measures of moderate-to long-term dietary restriction? Objective biological and behavioral data suggest not. *Psychological Assessment*, *19*(4), 449. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.19.4.449>
- Stimpson, J. P., Masel, M. C., Rudkin, L., & Peek, M. K. (2006). Shared health behaviors among older mexican american spouses. *American Journal of Health Behavior*, *30*(5), 495-502. <https://doi.org/10.5993/AJHB.30.5.6>
- Stunkard, J., & Messick, S. (1985). The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *Journal of Psychosomatic Research*, *29*(1), 71-83. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(85\)90010-8](https://doi.org/10.1016/0022-3999(85)90010-8)
- Sung, J., Lee, K., & Song, Y. M. (2009). Relationship of eating behavior to long-term weight change and body mass index: the Healthy Twin study. *Eating and Weight Disorders- Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *14*, e98-e105. <https://doi.org/10.1007/BF03327806>
- Svendsen, O. L., Hassager, C., & Christiansen, C. (1995). Age-and menopause-associated variations in body composition and fat distribution in healthy women as measured by

- dual-energy X-ray absorptiometry. *Metabolism*, 44(3), 369-373.
[https://doi.org/10.1016/0026-0495\(95\)90168-X](https://doi.org/10.1016/0026-0495(95)90168-X)
- Tangen, T., & Mykletun, A. (2008). Depression and anxiety through the climacteric period: an epidemiological study (HUNT-II). *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(2), 125-131. <https://doi.org/10.1080/01674820701733945>
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 145-161.
<https://doi.org/10.1177/0022146510395592>
- Thomas, A. J., Mitchell, E. S., Pike, K. C., & Woods, N. F. (2023). Stressful life events during the perimenopause: longitudinal observations from the seattle midlife women's health study. *Women's Midlife Health*, 9(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s40695-023-00089-y>
- Thomas, A.J., Mitchell, E.S. & Woods, N.F. (2018). The challenges of midlife women: themes from the seattle midlife women's health study. *Women's Midlife Health*, 4, 8.
<https://doi.org/10.1186/s40695-018-0039-9>
- Thomas, S. P. (1997). Distressing aspects of women's roles, vicarious stress, and health consequences. *Issues in Mental Health Nursing*, 18(6), 539-557.
<https://doi.org/10.3109/01612849709010339>
- Thompson, K. A., DeVinney, A. A., Goy, C. N., Kuang, J., & Bardone-Cone, A. M. (2022). Subjective and objective binge episodes in relation to eating disorder and depressive symptoms among middle-aged women. *Eating and Weight Disorders*, 27, 1687–1694.
<https://doi.org/10.1007/s40519-021-01305-2>
- Thompson, R. J., Mata, J., Jaeggi, S. M., Buschkuhl, M., Jonides, J., & Gotlib, I. H. (2010). Maladaptive coping, adaptive coping, and depressive symptoms: Variations across age and depressive state. *Behaviour Research and Therapy*, 48(6), 459-466.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.01.007>
- Tomás, C. C., Pimenta, F., Costa, P. A., Marôco, J., & Leal, I. (2018). Representações e consequências percebidas da menopausa e andropausa: resultados preliminares do Evisa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 19(1), 87-93.
<http://doi.org/10.15309/18psd190113>
- Torres, S. J., & Nowson, C. A. (2007). Relationship between stress, eating behavior, and obesity. *Nutrition*, 23(11-12), 887-894. <https://doi.org/10.1016/j.nut.2007.08.008>
- Toth, M. J., Tchernof, A., Sites, C. K., & Poehlman, E. T. (2000). Effect of menopausal status on body composition and abdominal fat distribution. *International Journal of Obesity*, 24(2), 226-231. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0801118>

- Trench, B., & Rosa, T. E. D. C. (2008). Menopausa, hormônios, envelhecimento: discursos de mulheres que vivem em um bairro na periferia da cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 8(2), 207-216.
<http://doi.org/10.1590/S1519-38292008000200008>
- Vandervoort, J., Aimé, A., & Green-Demers, I. (2015). The monster in the mirror: reasons for wanting to change appearance. *Eating and Weight Disorders*, 20, 99-107.
<https://doi.org/10.1007/s40519-014-0160-1>
- van Solinge, H., & Henkens, K. (2005). Couples' adjustment to retirement: A multi-actor panel study. *The Journals of Gerontology*, 60(1), S11-S20.
<https://doi.org/10.1093/geronb/60.1.S11>
- van Strien, T., Herman, C. P., & Verheijden, M. W. (2012). Eating style, overeating and weight gain. A prospective 2-year follow-up study in a representative dutch sample. *Appetite*, 59(3), 782-789. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.08.009>
- Vesnaver, E., & Keller, H. H. (2011). Social influences and eating behavior in later life: a review. *Journal of Nutrition in Gerontology and Geriatrics*, 30(1), 2-23.
<https://doi.org/10.1080/01639366.2011.545038>
- Vrany, E. A., Hawkins, M. A., Wu, W., & Stewart, J. C. (2018). Depressive symptoms and weight loss behaviors in US adults. *Eating Behaviors*, 29, 107-113.
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2018.03.006>
- Walcott-McQuigg, J. A. (1995). The relationship between stress and weight-control behavior in African-American women. *Journal of the National Medical Association*, 87(6), 427.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2607840/>
- Walsh, A., & Simpson, E. E. A. (2020). Health cognitions mediate physical (in) activity and walking in midlife women. *Maturitas*, 131, 14-20.
<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.10.005>
- Wang, M. L., Pbert, L., & Lemon, S. C. (2014). Influence of family, friend and coworker social support and social undermining on weight gain prevention among adults. *Obesity*, 22(9), 1973-1980. <https://doi.org/10.1002/oby.20814>
- Wardle, J., & Johnson, F. (2002). Weight and dieting: examining levels of weight concern in British adults. *International Journal of Obesity*, 26(8), 1144-1149.
<https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802046>

- Westenhoefer, J., Engel, D., Holst, C., Lorenz, J., Peacock, M., Stubbs, J., & Raats, M. (2013). Cognitive and weight-related correlates of flexible and rigid restrained eating behaviour. *Eating Behaviors*, *14*(1), 69-72.
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2012.10.015>
- Whiteside, U., Chen, E., Neighbors, C., Hunter, D., Lo, T., & Larimer, M. (2007). Difficulties regulating emotions: Do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate negative affect?. *Eating Behaviors*, *8*(2), 162-169.
<https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2006.04.001>
- Willem, C., Gandolphe, M. C., Doba, K., Roussel, M., Verkindt, H., Pattou, F., & Nandrino, J. L. (2020). Eating in case of emotion dys-regulation, depression and anxiety: Different pathways to emotional eating in moderate and severe obesity. *Clinical Obesity*, *10*(5), e12388. <https://doi.org/10.1111/cob.12388>
- Williamson, D. F., Madans, J., Pamuk, E., Flegal, K. M., Kendrick, J. S., & Serdula, M. K. (1994). A prospective study of childbearing and 10-year weight gain in US white women 25 to 45 years of age. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, *18*(8), 561-569.
- Wilson, S. E. (2002). The health capital of families: an investigation of the inter-spousal correlation in health status. *Social Science & Medicine*, *55*(7), 1157-1172.
[https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00253-2](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00253-2)
- Wing, R. R., & Hill, J. O. (2001). Successful weight loss maintenance. *Annual Review of Nutrition*, *21*(1), 323-341. <https://doi.org/10.1146/annurev.nutr.21.1.323>
- Witaszek, T., Babicki, M., Brytek-Matera, A., Mastalerz-Migas, A., Kujawa, K., & Kłoda, K. (2023). Maladaptive eating behaviours, generalised anxiety disorder and depression severity: a comparative study between adult women with overweight, obesity, and normal body mass index range. *Nutrients*, *16*(1), 80.
<https://doi.org/10.3390/nu16010080>
- Woods, N. F., Smith-DiJulio, K., Percival, D. B., Tao, E. Y., Mariella, A., & Mitchell, E. S. (2008). Depressed mood during the menopausal transition and early postmenopause: observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. *Menopause*, *15*(2), 223-232. <https://doi.org/10.1097/gme.0b013e3181450fc2>
- World Health Organization (2021, Junho 9). *Obesity and overweight*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- World Health Organization (2023, Março 31). *Depressive disorders*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

- World Health Organization (2023a, Setembro 20). *Anxiety disorders*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders~>
- Woods, N. F., Mariella, A., & Mitchell, E. S. (2006). Depressed mood symptoms during the menopausal transition: observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. *Climacteric*, 9(3), 195-203. <https://doi.org/10.1080/13697130600730663>
- Woods, N. F., & Mitchell, E. S. (1997). Women's images of midlife: observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. *Health Care for Women International*, 18(5), 439-453. <https://doi.org/10.1080/07399339709516299>
- Woods, N. F., Smith-DiJulio, K., Percival, D. B., Tao, E. Y., Mariella, A., & Mitchell, E. S. (2008). Depressed mood during the menopausal transition and early postmenopause: observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. *Menopause*, 15(2), 223-232. <https://doi.org/10.1097/gme.0b013e3181450fc2>
- Zakhour, M., Haddad, C., Sacre, H., Tarabay, C., Zeidan, R. K., Akel, M., Hallit, R., Kheir, N., Obeid, S., Salameh, P., & Hallit, S. (2021). Differences in the associations between body dissatisfaction and eating outcomes by gender? A Lebanese population study. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 69(3), 134-144.
<https://doi.org/10.1016/j.respe.2021.02.003>
- Zijlstra, H., van Middendorp, H., Devaere, L., Larsen, J. K., van Ramshorst, B., & Geenen, R. (2012). Emotion processing and regulation in women with morbid obesity who apply for bariatric surgery. *Psychology & Health*, 27(12), 1375-1387.
<https://doi.org/10.1080/08870446.2011.600761>

Anexo A: Revisão da Literatura

Fase da Meia-Idade

A meia-idade pode ser definida como a fase entre a adultícia jovem e avançada. Apesar de haver alguma divergência quanto ao intervalo de idades que compreende a meia-idade, esta é geralmente descrita como o período entre os 40 e os 60 anos, podendo este intervalo variar em mais ou menos 10 anos (Lachman, 2004). Estudos anteriores têm demonstrado que há uma diminuição do bem-estar durante esta fase de vida (Blanchflower & Oswald, 2008; Stone et al., 2010), associando-a frequentemente à “crise de meia-idade” (Infurna et al., 2020). Contudo, outros estudos apontam no sentido contrário, demonstrando que esta pode ser uma fase onde o bem-estar e a satisfação com a vida podem ser mais elevados (Baird et al., 2010; Galambos et al., 2015). Lachman et al. (2015) sugerem que as experiências da meia-idade são diversas e que a forma como esta fase é vivida vai depender do que aconteceu nas fases de vida anteriores (e.g., adolescência, início da idade adulta). Assim, este pode ser um período de desafios mas, simultaneamente, de oportunidades (Infurna et al., 2020). A meia-idade é considerada uma fase crucial do ciclo de vida na medida em que estes anos irão moldar a forma como a senescência será vivida, nomeadamente em relação à saúde e ao bem-estar (Lachman et al., 2015).

De acordo com Infurna et al. (2020), mais do que a idade cronológica, o que define a meia-idade e a diferencia de outras fases da vida adulta é a sobrecarga que se faz sentir, resultante da acumulação de papéis sociais e das mudanças de vida que ocorrem durante esta fase. Tanto os homens como as mulheres desempenham diversos papéis sociais na meia-idade, no entanto, as mulheres podem ter uma responsabilidade acrescida e mais diversificada devido ao lugar que ocupam na família e na sociedade (e.g, mães, avós, filhas, esposas, amigas, cuidadoras, colegas de trabalho, “donas de casa”); (Fagulha, 2005; Lachman, 2015; Thomas et al., 2018). Este acumular de responsabilidades normalmente surge numa fase em que estão também a lidar com algumas vulnerabilidades (e.g., problemas de saúde, alterações cognitivas) e mudanças (e.g., no aspeto físico, na carreira, no estado reprodutivo; [Infurna et al., 2020]). Segundo Thomas et al. (2018), o principal desafio reportado pelas mulheres de meia-idade é precisamente a dificuldade em encontrar equilíbrio enquanto lidam com estas mudanças, com as perdas e com os acontecimentos stressantes que ocorrem concomitantemente (e.g., dificuldades financeiras, sintomas da menopausa, morte dos pais).

A meia-idade pode ainda impactar nas relações com os outros (Gracia & Freeman, 2018), sendo um momento de reestruturação das relações e dos papéis que desempenham, principalmente na esfera familiar e profissional (Fagulha, 2005). A nível familiar, as mudanças

podem advir de determinados acontecimentos, como o divórcio, a entrada dos filhos na adolescência, a saída dos filhos de casa (também designado como “ninho vazio”), a deterioração da saúde de familiares, principalmente dos pais, ou a perda de pessoas significativas (Woods & Mitchell, 1997). Profissionalmente, as mulheres de meia-idade podem estar no auge ou no final da carreira, sendo comum haver mudanças nas funções exercidas (e.g., promoção) ou na situação laboral (e.g., desemprego; entrada na reforma [Lachman, 2004]). Nesta fase, podem começar também a surgir os primeiros sinais de declínio da saúde, com o surgimento de doenças crónicas, problemas musculoesqueléticos, perdas sensoriais, obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes, entre outras (Infurna et al., 2020). Para as mulheres, a meia-idade envolve também mudanças biológicas significativas relacionadas com as alterações hormonais (Burger et al., 2007) e com o envelhecimento reprodutivo (Grammatikopoulou et al., 2022), como é o caso da menopausa.

Menopausa

Resultante do normal processo de envelhecimento (Broekmans et al., 2009), a menopausa refere-se à cessação permanente da menstruação e ao fim da capacidade reprodutiva da mulher, que ocorre devido à perda da função folicular ovariana (Greendale et al., 1999; Sherman, 2005). A menopausa é identificada retrospectivamente, após doze meses de amenorreia (Baber et al., 2016).

A idade média da menopausa pode variar consoante a região geográfica. Em regiões como África, América Latina ou Médio Oriente a idade pode variar entre os 47 e os 48 anos. Nos Estados Unidos da América e na Ásia, ocorre em média aos 49 anos. A Europa e a Austrália são as regiões onde o processo de menopausa acontece mais tardiamente, em média entre os 50 e os 51 anos (Schoenaker et al., 2014), sendo que em mulheres europeias a idade média da menopausa é aos 51 anos (Baber et al., 2016).

Segundo o Stages of Reproductive Aging Workshop +10 ([STRAW+10] Harlow et al., 2012) o envelhecimento ovariano ocorre em 3 fases: pré-menopausa, peri-menopausa e pós-menopausa. Na pré-menopausa a mulher tem ciclos menstruais regulares, embora possa começar a apresentar algumas irregularidades na fase final. Na peri-menopausa dá-se o início da transição para a menopausa. A fase inicial é marcada por alterações persistentes na duração do ciclo menstrual em 7 ou mais dias, que se podem traduzir em ciclos mais curtos ou mais longos do que o habitual. A fase final é caracterizada por períodos de amenorreia de 60 ou mais

dias e pode durar entre 1 a 3 anos. A pós-menopausa é a última fase, tem início após a última menstruação e estende-se ao longo de toda a vida (Harlow et al., 2012).

A fase de transição para a menopausa pode implicar diversas alterações (e.g., físicas, psicológicas, sociais; [Sandilyan & Dening, 2011]) que podem ser causa da menopausa e/ou do próprio processo de envelhecimento, e podem ser experienciadas com diferentes graus de intensidade (NAMS, 2012).

Os primeiros sintomas, que normalmente surgem na peri-menopausa (National Institute for Health and Care Excellence [NICE, 2015]) e estão relacionados com a diminuição da produção de estrogénios (Sociedade Portuguesa de Ginecologia [SPG], 2021), podem ser: sintomas vasomotores (e.g., afrontamentos, suores noturnos), alterações do sono (e.g., despertares noturnos e insónia inicial), alterações cognitivas (e.g., dificuldades de concentração, declínio da memória), sintomas urogenitais (e.g., secura vaginal, incontinência urinária), problemas na função sexual (e.g., diminuição do desejo sexual), alterações no cabelo e pele (e.g., rugas, flacidez, cabelo quebradiço), enxaquecas, alterações do humor (e.g., humor deprimido; [NAMS, 2012]) e ansiedade (Azzedine et al., 2017). O aumento de peso e as alterações na composição e na forma corporal (e.g., aumento da massa gorda, diminuição da massa magra, aumento da gordura na zona abdominal) são também sintomas comuns da transição para a menopausa (Fenton, 2021). O aumento de peso que ocorre na transição da pré-menopausa para a pós-menopausa tem sido documentado em vários estudos (Sternfeld et al., 2004; Pimenta et al., 2014; Greendale et al., 2019). A longo prazo, o declínio dos níveis de estrogénios (Davis et al., 2015), pode causar também alterações metabólicas e cardiovasculares, contribuindo para um risco acrescido para o desenvolvimento de síndromes metabólicas, doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade (Davis et al., 2015; Monteleone et al., 2018), osteoporose e cancro (Kozakowski et al., 2017).

Os sintomas da menopausa podem impactar negativamente na rotina diária da mulher, assim como nas atividades sociais e laborais e na qualidade das relações interpessoais (Martins et al., 2011; Lomônaco et al., 2015). Nesta fase pode haver assim um comprometimento da auto-estima e da satisfação pessoal (Lomônaco et al., 2015), estando a transição para a menopausa e o número de sintomas apresentados associados a uma pior qualidade de vida (Hutchings et al., 2023). A forma como cada mulher vivencia este momento é única e pode depender tanto da intensidade dos sintomas (Monteleone et al., 2018; Hutchings et al., 2023), como das suas expectativas, atitudes e crenças face a esta fase de vida (George, 2002). Aspectos

psicológicos, biológicos, sociais e culturais influenciam a forma como a menopausa é experienciada (Jones et al., 2012). Para algumas mulheres é encarado como algo natural, sem implicações negativas e sentido como um alívio ou como algo libertador (e.g., o facto de já não precisarem de lidar com a menstruação ou com a possibilidade de engravidar [George, 2002; Monteleone et al., 2018; Tomás et al., 2018]). Para outras, é experienciado como um momento estranho e difícil (Trench & Rosa, 2008), associado ao declínio da saúde e do bem-estar (Monteleone et al., 2018). As mulheres com excesso de peso ou obesidade tendem a experienciar a menopausa como algo difícil e a apresentar uma pior qualidade de vida durante esta fase (Martínez-Vázquez et al., 2023).

Excesso de Peso e Obesidade em Mulheres de Meia-Idade

Segundo a World Health Organization (WHO, 2021), considera-se como excesso de peso ou obesidade a acumulação excessiva ou anormal de gordura que pode ser prejudicial para a saúde do indivíduo. A discriminação entre o excesso de peso e a obesidade é feita através do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), sendo que um $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ é classificado como excesso de peso e um $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ é considerado obesidade (WHO, 2021).

A prevalência da obesidade no mundo tem vindo a aumentar e é hoje um dos principais problemas de saúde pública. Segundo os dados da WHO (2021), em 2016 mais de 1,9 mil milhões de adultos apresentava excesso de peso, de entre os quais 650 milhões tinham obesidade. Ainda segundo estes dados, verificou-se que a prevalência mundial de excesso de peso é semelhante entre homens (39%) e mulheres (40%). No entanto, a obesidade é mais prevalente nas mulheres (15%) do que nos homens (11%; [WHO, 2021]). De acordo com o Serviço Nacional de Saúde (SNS, 2018), em Portugal verifica-se igualmente esta tendência para a obesidade com 57% do total dos adultos a apresentarem quadros de pré-obesidade ou obesidade. Quanto à distribuição por género, 59% dos homens e 55% das mulheres adultas portuguesas têm pré-obesidade ou obesidade (SNS, 2018).

Além de ser reconhecida como uma doença em diversos países, como é o caso de Portugal (SPEO, 2018), a obesidade é simultaneamente um fator de risco para o desenvolvimento de outras doenças (SNS, 2018; SPEO, 2018), tais como, a demência (Ambikairajah et al., 2019), diabetes tipo 2, hipertensão, doenças cardiovasculares e alguns tipos de cancro (e.g., cancro da mama). Adicionalmente, o excesso de peso e a obesidade aumentam o risco de morte prematura. A obesidade pode ainda afetar a qualidade de vida (Hruby et al., 2016) e está associada à depressão e à baixa autoestima (Davis et al., 2012).

A meia-idade é uma fase crítica para o aumento de peso. Durante este período pode haver um incremento de entre 1 a 2 kg por ano (Simkin-Silverman et al., 2003; Hutfless et al., 2013), o que significa que embora ocorra de forma lenta e progressiva, a longo prazo, o seu efeito cumulativo pode levar ao desenvolvimento de obesidade (Hutfless et al., 2013). Num estudo conduzido em Portugal com mulheres entre os 45 e os 60 anos, constatou-se que 47% das participantes tinham excesso de peso ou obesidade (SPG, 2018). Noutro estudo recente com mulheres portuguesas entre os 45 e os 65 anos, 35,1% tinha excesso de peso e 20,5% obesidade (Leitão et al., 2023). Para além do aumento de peso, na meia-idade ocorrem outras alterações na composição corporal das mulheres. Esta fase é também caracterizada por um aumento da massa gorda, por uma diminuição da massa magra e por alterações na forma como a gordura corporal é distribuída (Kozakowski et al., 2017).

O excesso de peso e a obesidade ocorrem quando a quantidade de calorias ingeridas excede a quantidade despendida, provocando um desequilíbrio energético (Leeners et al., 2017). Fatores como o aumento do consumo de alimentos ricos em calorias, gorduras e açúcares e a diminuição de atividade física contribuem para este problema (WHO, 2021). Com o avançar da idade, a frequência e a intensidade da atividade física tende a reduzir (Alley et al., 2018; Achttien et al., 2020), verificando-se efetivamente uma diminuição dos níveis de atividade física entre as mulheres de meia-idade (Dugan et al., 2018; Arigo et al., 2021). As elevadas exigências desta fase de vida (e.g., familiares, profissionais) são apontadas como o principal obstáculo à prática de exercício físico (McArthur et al., 2014). No entanto, outros fatores devem ser igualmente tidos em conta. O aumento de peso em mulheres de meia-idade pode ser também atribuído a alterações do humor, (Kapoor et al., 2017), ao aumento dos níveis de stress (NAMS, 2012), à predisposição genética, à etnia, a mudanças epigenéticas, à hiperandrogenemia, à presença de doenças e ao uso de determinado tipo de medicamentos (Kozakowski et al., 2017). Num estudo qualitativo recente de Leitão et al. (2024a), verificou-se que o aumento de peso em mulheres de meia-idade pode estar relacionado com fatores biológicos/fisiológicos (e.g., genética), comportamentais (e.g., comportamento alimentar disfuncional, inatividade física, falta de autocuidado), ambientais (e.g., pandemia COVID-19) e psicossociais (e.g., eventos de vida stressantes).

Além destes fatores, também o processo de menopausa e do próprio envelhecimento no aumento de peso nesta fase específica tem vindo a ser particularmente debatido. Há estudos que defendem que este aumento de peso está associado ao próprio envelhecimento cronológico e não à transição para a menopausa (Sternfeld et al., 2004; Davis et al., 2012; Kapoor et al., 2017).

Por outro lado, à semelhança de outras fases do desenvolvimento (e.g., puberdade e gravidez; [Biro et al., 2003; Williamson et al., 1994]), a transição para a menopausa tem vindo a ser consistentemente associada a mudanças na composição corporal, nomeadamente na distribuição da gordura corporal, na perda de massa magra (Svendsen et al., 1995; Douchi et al., 1998; Leeners et al., 2017) e no aumento da massa gorda (Svendsen et al., 1995; Toth et al., 2000; Leeners et al., 2017).

Apesar desta ser uma fase de risco para o aumento de peso e consequente desenvolvimento de obesidade, mudanças no estilo de vida podem inverter esta tendência. A prática regular de atividade física de intensidade moderada ou elevada pode ajudar a prevenir o aumento de peso. A substituição de um padrão de alimentação baseado em carnes vermelhas, alimentos processados, refinados e ricos em gordura e açúcar, por uma alimentação rica em fruta, peixe, grãos integrais e vegetais também está associada a menor ganho de peso em mulheres de meia-idade (Hruby et al., 2016). A implementação de estratégias cognitivo-comportamentais contribui para a adesão sustentada a um estilo de vida saudável (Bossen et al., 2022), demonstrando-se eficaz no tratamento do excesso de peso/obesidade (Jacob et al., 2018). A utilização destas estratégias promove a redução de comportamentos associados ao desenvolvimento de obesidade (e.g., comer excessivamente, sedentarismo) e a adoção de outros comportamentos associados a uma gestão de peso bem-sucedida (e.g., auto-monitorização da ingestão de comida; [Berkel et al., 2005]).

Sintomas Psicológicos Associados à Meia-Idade

A meia-idade pode ser um período crítico para a saúde mental das mulheres (Kalra et al., 2023). As oscilações de humor, fadiga, irritabilidade, impaciência, ansiedade, stress, nervosismo e tristeza são sintomas psicológicos frequentemente relatados pelas mulheres desta faixa etária (Nasreen, 2019). De acordo com a American Psychiatric Association (APA, 2013) esta sintomatologia está presente em algumas perturbações depressivas e de ansiedade, nomeadamente na Perturbação Depressiva Major e na Perturbação de Ansiedade Generalizada. Segundo a World Health Organization, as perturbações depressivas e de ansiedade são as doenças do foro mental mais comuns a nível mundial. Ambas são substancialmente mais prevalentes nas mulheres do que nos homens (WHO, 2023; WHOa, 2023). Esta tendência continua a verificar-se na meia-idade, altura em que as taxas de depressão, ansiedade e stress são mais elevadas, especialmente nas mulheres (Gonçalves et al., 2018; Infurna et al., 2020). Num estudo sobre o uso de antidepressivos e o bem-estar mental ao longo do ciclo de vida, foi

demonstrado que Portugal é um dos países da Europa com maior taxa de uso de antidepressivos, sendo as mulheres de meia-idade quem mais recorre a estes fármacos (Blanchflower & Oswald, 2016).

Num estudo de Freeman et al. (2006) com 231 mulheres sem história prévia de depressão e que no momento inicial do estudo tinham idades compreendidas entre os 35 e os 47 anos, constatou-se que ao longo de 8 anos 50% das participantes desenvolveram sintomas depressivos e que 26% cumpria os critérios de diagnóstico para Perturbação Depressiva Major. Noutro estudo, a prevalência de sintomatologia depressiva moderada ou grave demonstrou-se elevada, manifestando-se através de sintomas como a anedonia, dificuldade em tomar decisões, sentimentos de culpa, choro, baixa autoestima, dificuldades de concentração, autocritica e sensação de inutilidade (Figueira et al., 2019). Dalle Molle et al. (2019) conduziu um estudo com 551 mulheres, onde 57,3% reportou sentir-se ansiosa e 53,8% irritada. Também num estudo multiétnico com cerca de 3000 mulheres de meia-idade verificou-se uma prevalência elevada de sintomas de ansiedade (Bromberger et al., 2013).

A investigação tem-se centrado em compreender em que medida é que a transição para a menopausa está relacionada com a ocorrência de sintomas psicológicos na meia-idade. Nalguns casos verificou-se que havia uma associação entre eles, registando-se um aumento dos sintomas psicológicos na peri ou pós-menopausa, quando comparado com a pré-menopausa (Cohen et al., 2006; Freeman et al., 2006; Tangen & Mykletun, 2008; Bromberger et al., 2013; Mulhall et al., 2018). A diminuição de estrogénios que ocorre durante a transição para a menopausa é apontada como um dos fatores que pode contribuir para o desenvolvimento de sintomas de depressão nas mulheres de meia-idade (Bromberger et al., 2010). Adicionalmente, os sintomas vasomotores característicos da menopausa também têm sido associados ao humor deprimido (Freeman et al., 2006; Bromberger et al., 2013). De acordo com Mulhall et al. (2018), o tipo de sintomas psicológicos experienciados por estas mulheres pode variar consoante o estadio da menopausa, verificando-se uma maior prevalência da depressão na peri-menopausa e de ansiedade na pós-menopausa. Contudo, é de referir que noutros estudos esta associação entre menopausa e sintomas psicológicos não foi confirmada (Woods et al., 2006; Woods et al., 2008).

Esta discrepância pode ser explicada pelo facto desta fase de transição para a menopausa ocorrer num contexto em que as mulheres estão a passar simultaneamente por outras mudanças (e.g., biológicas, sociais, comportamentais, psicológicas) e que estão igualmente associadas ao

surgimento de sintomas psicológicos (Kalra et al., 2023). Cerca de 86% das mulheres teve uma exposição moderadamente alta a eventos de vida stressantes ao longo da transição para a menopausa (e.g., divórcio, perda de rendimentos, ser diagnosticada com um problema de saúde). Apesar destes fatores de stress tenderem a diminuir ao longo dos anos, isto significa que as mulheres experienciam níveis elevados de stress durante a meia-idade (Thomas et al., 2023). Questões como o divórcio, a infertilidade, preocupações financeiras ou preocupações com os familiares mais próximos são comuns na meia-idade e podem ter um impacto emocional (NAMS, 2012).

Assim, embora a transição para a menopausa possa trazer uma vulnerabilidade acrescida ao aparecimento de sintomas psicológicos, outros fatores devem ser considerados (Bromberger et al., 2010). A história prévia de depressão é o principal preditor de humor deprimido em mulheres de meia-idade (Bromberger et al., 2010; Sandilyan & Denning, 2011). O aumento do IMC (Freeman et al., 2006; Woods et al., 2008), os antecedentes familiares de depressão (Woods et al., 2008), o abuso de substâncias (Freeman et al., 2006) e a ocorrência de eventos de vida recentes considerados negativos (Cohen et al., 2006) também estão associados a um maior risco de desenvolver sintomas depressivos. Schmidt et al. (2004) observaram que as mulheres com diagnóstico de depressão reportaram ter passado recentemente por um maior número de acontecimentos de vida negativos do que as mulheres sem depressão. Num estudo com uma amostra de mulheres portuguesas de meia-idade, Pimenta et al. (2016) constataram que o estadio da menopausa, a perceção negativa dos acontecimentos de vida recentes, a presença de problemas de saúde física ou psicológica recentes e um rendimento anual mais baixo constituíam os principais preditores de sintomas de stress e de humor deprimido nestas mulheres. Adicionalmente, as mulheres com um grau de instrução mais baixo e com maior número de filhos também experienciavam valores mais elevados de humor deprimido. Por outro lado, tanto o suporte social como a prática regular de exercício físico de intensidade moderada, parecem ter um efeito protetor contra os sintomas psicológicos experienciados pelas mulheres de meia-idade (Bromberger et al., 2010; Gibbs et al., 2012; Dugan et al., 2015).

Em momentos de crise, podem ser adotadas várias estratégias para lidar com as emoções negativas (Thompson et al., 2010). Algumas são consideradas adaptativas, na medida em que têm um impacto positivo na vida do indivíduo (Folayan et al., 2017). Podem incluir comportamentos como praticar exercício físico (Cairney et al., 2014), meditar, ouvir música (Feld & Shusterman, 2015) envolver-se em práticas religiosas ou espirituais, procurar apoio emocional junto de outros ou definir planos de ação (Kasi et al., 2012). Por outro lado, as

estratégias desadaptativas são aquelas que podem trazer consequências negativas para a saúde física e mental (Javed & Parveen, 2021). A automedicação (Kasi et al., 2012), o tabagismo e o uso de álcool e de drogas são exemplos de algumas dessas estratégias (Javed & Parveen, 2021). À semelhança destas, também alguns comportamentos alimentares (e.g., comer excessivamente) podem surgir como uma forma desadaptativa de regular estados emocionais negativos (Whiteside et al., 2007). Quando comparadas com os homens, as mulheres apresentam maior tendência para utilizar a comida como mecanismo de coping (Torres & Nowson, 2007).

Comportamento Alimentar em Mulheres de Meia-Idade

Há evidência de que o comportamento alimentar das mulheres se altera durante a meia-idade, verificando-se um aumento da ingestão de comida e do consumo de alimentos doces e ricos em gordura durante esta fase (Azzedine et al., 2017). Estudos anteriores têm demonstrado também que a presença de comportamentos alimentares disfuncionais e de patologia alimentar (e.g., compulsão alimentar) é elevado entre estas mulheres (Mangweth-Matzek et al., 2013; Mangweth-Matzek et al., 2014). Segundo Keel et al. (2009) a prevalência de patologia alimentar clinicamente significativa em mulheres de meia-idade é de 4,5%. O comportamento alimentar disfuncional em mulheres de meia-idade está associado à presença de perturbações depressivas e de ansiedade (Gadalla, 2008).

Os estados emocionais negativos podem afetar o comportamento alimentar (Brytek-Matera, 2021), contribuindo para hábitos e escolhas alimentares pouco saudáveis (e.g., redução da ingestão de fruta e vegetais, maior consumo de açúcares e gordura, ingestão excessiva de alimentos; [O'Connor et al., 2008; Habhab et al., 2009; Sproesser et al., 2011]). Concordantemente com isto, em populações clínicas, os episódios de compulsão alimentar inerentes a algumas psicopatologias (e.g., Bulimia Nervosa, Perturbação da Ingestão Alimentar Compulsiva) são frequentemente precedidos por níveis elevados de afeto negativo (Haedt-Matt & Keel, 2011).

Determinados comportamentos alimentares disfuncionais, como a restrição cognitiva, a ingestão emocional e o descontrolo alimentar, são frequentes entre as mulheres (Duarte et al., 2018) e podem ter impacto no peso (Mason et al., 2019). As mulheres de meia-idade apresentam uma maior tendência para ter comportamentos de ingestão emocional e descontrolo alimentar, independentemente de terem um peso normal ou excesso de peso/obesidade. Contudo, a restrição cognitiva é mais prevalente em mulheres de meia-idade com peso normal (Leitão et

al., 2024b). A restrição cognitiva refere-se ao esforço mental para reduzir a quantidade de alimentos ingerida, comendo menos do que o desejado, com o objetivo de manter ou perder peso (Anglé et al., 2009; Schaumberg et al., 2016). Distingue-se da dieta na medida em que o indivíduo pode comer menos do que aquela que seria a sua vontade, sem que esteja com isso a seguir um plano alimentar (Schaumberg et al., 2016). No entanto, num estudo de Mangweth-Matzek et al. (2006), 56% das mulheres de meia-idade admitiram usar a restrição com o objetivo de controlar o peso.

Estudos anteriores têm evidenciado que a restrição cognitiva pode ser feita de forma mais rígida ou mais flexível (Provencher et al., 2003; Westenhoefer et al., 2013), sendo que a restrição cognitiva rígida implica uma abordagem desadaptativa e extrema da alimentação e a flexível envolve uma abordagem adaptativa, onde certos alimentos são consumidos mas em quantidades limitadas (Provencher et al., 2003). Como tal, este comportamento alimentar tem sido simultaneamente associado a consequências positivas e negativas. Por um lado, demonstra estar associado a uma maior perda de peso e à diminuição do IMC e da circunferência da cintura e das ancas (Urbanek et al., 2015). Contudo, noutros estudos, está associada ao aumento de peso, do IMC (Sung et al., 2009) e à obesidade (Julien-Sweerts et al., 2019), demonstrando que esta tentativa de controlo pode não ser eficaz. Uma explicação possível é que a restrição calórica que fazem não seja suficiente para garantir o sucesso na perda de peso (Stice et al., 2017) ou que o esforço constante para controlar a ingestão aumente a sensação de privação e desiniba o comportamento alimentar quando os processos cognitivos são interrompidos por fatores de desinibição, como a presença de humor deprimido. Nestes momentos pode haver assim uma perda de autocontrolo que deixa o indivíduo mais suscetível à ingestão excessiva de alimentos (Ruderman, 1986).

A ingestão emocional pode ser definida como o ato de comer, muitas vezes de forma excessiva, como forma de aliviar estados emocionais negativos (Anglé et al., 2009), tais como, a ansiedade, a irritabilidade, o stress (Frayn & Knäuper, 2018) ou o humor deprimido (Konttinen et al., 2010). Assim, a ingestão de comida é gerida em função de estados internos negativos e não por pistas de fome/saciedade (Frayn & Knäuper, 2018), podendo a sensação de fome ser confundida com outras sensações internas associadas a questões mais emocionais. De facto, as mulheres com comportamentos de ingestão emocional parecem ter mais dificuldade em identificar as emoções e em distinguir a sensação de fome de outras sensações internas desagradáveis (Ouwens et al., 2009).

Geralmente, durante os episódios de ingestão emocional é dada preferência à chamada “comida de conforto”, ou seja, as escolhas alimentares recaem sobre alimentos ricos em calorias, gordura e açúcares (Elfhag & Rössner, 2005; Keskitalo et al., 2008). Além disso, são também ingeridos em quantidades excessivas (Konttinen et al., 2010). Consequentemente, pode ter um impacto negativo na gestão de peso, estando este comportamento associado ao aumento de peso, a uma menor perda de peso (Frain & Knäuper, 2018), a um IMC mais elevado (Sung et al., 2009) e ao excesso de peso ou obesidade (Chacko et al., 2015). A ingestão emocional parece ser um dos fatores que associa depressão e obesidade (Konttinen et al., 2019).

O descontrolo alimentar é caracterizado pela propensão para comer em excesso como resultado da perda de controlo ou da dificuldade em parar a ingestão de alimentos (Karlsson et al., 2000; Anglé et al., 2009). A dificuldade em interpretar os sinais de saciedade e uma menor capacidade cognitiva e motivacional para controlar o comportamento alimentar, podem ser fatores subjacentes ao descontrolo alimentar (French et al., 2014). Este comportamento está associado à compulsão alimentar (Spitzer et al., 1992) e constitui um fator de risco para o desenvolvimento de obesidade (Rohrer et al., 2009), estando frequentemente presente em mulheres com excesso de peso ou obesidade (Chacko et al., 2015). Alguns estudos têm demonstrado que o descontrolo alimentar está igualmente associado a uma maior ingestão calórica e à preferência por alimentos gordurosos e salgados (Keskitalo et al., 2008; Garaulet et al., 2012). A depressão parece desempenhar um papel importante na prevalência e na intensidade do descontrolo alimentar, já que uma maior gravidade de sintomas depressivos está associada a níveis mais elevados de descontrolo alimentar (Paans et al., 2018a).

Gestão de Peso em Mulheres de Meia-Idade

Tendo em conta que as mulheres de meia-idade são um grupo de risco para o desenvolvimento de excesso de peso e obesidade, gerir o peso torna-se fundamental, principalmente para prevenir outras consequências adversas para a saúde (Khandelwal, 2020), sendo que a perda de peso e a manutenção de um peso saudável reduzem o risco de doenças cardiovasculares e metabólicas (Lombardo et al., 2020).

A gestão de peso refere-se à mudança e/ou à manutenção de comportamentos com o objetivo de promover a adesão contínua a um estilo de vida saudável (Monteleone et al., 2018). As alterações no estilo de vida são essenciais para o controlo de peso em mulheres de meia-idade (Khandelwal, 2020). A presença de fatores como a ansiedade, o stress e a depressão deve ser tida em conta na gestão de peso porque podem constituir uma barreira à adesão a um estilo

de vida saudável (Kapoor et al., 2017). O desejo intenso por determinado tipo de alimentos, a falta de tempo, a desmotivação e a falta de suporte social também se constituem como desafios na perda de peso em mulheres com obesidade ou excesso de peso (Sharifi et al., 2013).

As mulheres de meia-idade tendem a ser menos ativas pelo que devem procurar restringir a quantidade de calorias ingeridas (NAMS, 2012). Seguir uma dieta hipocalórica, baseada em alimentos saudáveis (e.g., dieta mediterrânica), combinada com a prática de atividade física tem demonstrado ser uma solução promissora na prevenção do aumento de peso e na perda de peso em mulheres de meia-idade (Pugliese et al., 2020). A prática regular de atividade física traz múltiplos benefícios para as mulheres de meia-idade, ajudando não só a amenizar as mudanças na composição corporal e a tendência para o aumento de peso decorrentes do processo de envelhecimento e da transição para a menopausa (Sternfeld et al., 2005), como também a melhorar o humor (Dubnov & Berry, 2000), estando associada a menor risco de depressão, a melhor saúde mental (Kalra et al., 2022), à diminuição da percentagem de gordura corporal e a um menor perímetro de cintura (Sternfeld et al., 2005). Recomenda-se a prática de 150 minutos por semana de atividade física moderada, combinando exercícios aeróbicos (e.g., caminhar, correr, nadar, andar de bicicleta), de força, resistência e equilíbrio (Chopra et al., 2019). De acordo com um estudo longitudinal de Simkin-Silverman et al. (2003), despender entre 1.000-1.500 calorias por semana e ingerir cerca de 1.300 calorias por dia por meio de alimentos saudáveis é o suficiente para garantir a manutenção de um peso saudável em mulheres de meia-idade.

A gestão de peso pode ser feita com recurso a determinadas estratégias. As estratégias de gestão de peso podem ser definidas como as ações levadas a cabo de forma intencional com o objetivo específico de controlar o peso (e.g., fazer manutenção ou perda de peso; [Hartmann-Boyce et al., 2016]). A utilização destas estratégias pode ser conduzida por um técnico de saúde (e.g., nutricionista, psicólogo) no decurso de intervenções de gestão de peso (Khandelwal, 2020) ou pode ocorrer de forma autodirigida (Wing & Hill, 2001). A maioria dos instrumentos que avaliam a gestão de peso focam-se nas estratégias de mudança comportamental usadas pelos técnicos de saúde que administram os programas de gestão de peso (Hartmann-Boyce et al., 2016). No entanto, muitos adultos que estão a tentar fazer gestão de peso não recorrem a programas formais de intervenção, acabando por utilizar determinadas estratégias cognitivo-comportamentais de forma autodirigida (Hartmann-Boyce et al., 2017). A taxonomia e o questionário do Oxford Food and Activity Behaviours (OxFAB) surge assim com o propósito de fornecer um enquadramento teórico comum que permita identificar e avaliar junto dos

indivíduos que gerem o seu peso de forma bem-sucedida, quais as estratégias cognitivo-comportamentais que utilizam para esse efeito (Hartmann-Boyce et al., 2016). Posteriormente, atendendo às especificidades da gestão de peso em mulheres de meia-idade e de forma a dar resposta à necessidade de avaliar as estratégias de controlo de peso utilizadas por este grupo, foi desenvolvido o Oxford Food and Activity Behaviours in Middle-Aged Women (OxFAB-MAW; Leitão et al., 2023).

É comum que as mulheres com excesso de peso ou obesidade desejem perder peso (Molarius et al., 2020). As tentativas de perda de peso são bastante prevalentes entre estas mulheres (Santos et al., 2016), no entanto, apesar de conseguirem perder o peso desejado, muitas vezes não o conseguem manter a longo prazo, acabando por voltar a ganhar o peso perdido (Montesi et al., 2016). As mulheres demonstram ter mais conhecimento sobre nutrição e sobre métodos de perda de peso do que os homens e são também quem mais recorre a estratégias de perda de peso (French et al., 1994). Segundo Santos et al. (2016), praticar atividade física e fazer dieta (recorrendo a estratégias relativas aos domínios da Compensação de Energia e Restrição da OxFAB-MAW) são os métodos mais utilizados na gestão de peso. Relativamente às estratégias mais usadas por mulheres de meia-idade, nas mulheres com peso normal observa-se uma maior prevalência de estratégias referentes aos domínios Gestão do Impulso – Aceitação e Planeamento de Conteúdo. Nas mulheres com obesidade a Procura de Informação e a Regulação-Restrições são os domínios mais prevalentes. O Apoio-Ajuda de Outros constitui igualmente uma das estratégias mais utilizadas pelas mulheres de meia-idade (Leitão et al., 2024b). Porém, é de referir que estas mulheres utilizam muito poucas estratégias de gestão de peso, mesmo quando estão a tentar perder peso (Leitão et al., 2023).

Determinadas estratégias demonstram ser especialmente eficazes na gestão de peso. Numa revisão de 52 estudos conduzidos em Portugal, Alemanha, Finlândia, Grécia e Estados Unidos da América, os autores verificaram que as estratégias mais utilizadas na perda de peso bem-sucedida são ter comida saudável disponível em casa (Planeamento de Conteúdo), tomar o pequeno-almoço regularmente (Escolhas Alimentares), consumir mais vegetais (Escolhas Alimentares), praticar atividade/exercício físico (Compensação de Energia), reduzir o consumo de açúcar e gordura e evitar determinados tipos de alimentos (Regulação-Restrição). Relativamente à manutenção de peso bem-sucedida, todas as estratégias referidas acima, com exceção da prática de atividade/exercício físico, são frequentemente utilizadas. Além destas, o aumento do consumo de fibras (Escolhas Alimentares), ter pouco alimentos ricos em gordura disponíveis em casa (Planeamento de Conteúdo) e manter uma frequência regular de refeições

(Regulação-Definição de Regras), também são estratégias bastante utilizadas na manutenção de peso bem-sucedida (Paixão et al., 2020).

Estas estratégias são um aliado na gestão do peso verificando-se que a maioria das pessoas que consegue manter o peso perdido ao longo dos anos continua a recorrer a estratégias comportamentais para esse efeito (e.g., reduzir o consumo de alimentos ricos em gordura, monitorizar o peso, praticar atividade física regularmente; [Wing & Hill, 2001]). A utilização de algumas estratégias comportamentais de gestão de peso pode ser um fator importante na diminuição dos comportamentos alimentares disfuncionais (e.g., ingestão emocional; [Jacob et al., 2018]), na reestruturação cognitiva focada nas barreiras à perda/manutenção de peso e no fortalecimento do compromisso com as alterações no estilo de vida (Chopra et al., 2019).

Tendo em conta que para as mulheres a meia-idade é uma fase de risco para a exacerbação de determinados sintomas psicológicos, para o aumento de peso e, conseqüentemente, para o desenvolvimento de obesidade torna-se fundamental aprofundar o conhecimento sobre os fatores que podem contribuir para este problema. As mulheres de meia-idade experienciam frequentemente estados psicológicos negativos (e.g., humor deprimido, ansiedade) que podem estar associados ao aumento de peso. Como estratégias de coping desadaptativas, estas mulheres podem apresentar comportamentos alimentares disfuncionais (e.g., ingestão emocional), que são prevalentes nesta fase de vida e estão associados ao desenvolvimento de obesidade. A implementação de estratégias de gestão de peso cognitivo-comportamentais (e.g., planeamento de conteúdo) pode ser uma ferramenta importante na prevenção do aumento de peso durante esta fase de vida, sabendo que as estratégias mais frequentemente implementadas pelas mulheres de meia-idade são a Gestão do Impulso-Aceitação, a Procura de Informação, a Regulação-Restrições, o Planeamento de Conteúdo e o Apoio-Ajuda de Outros; no entanto, as mulheres de meia-idade utilizam algumas destas estratégias de forma pouco frequente. Os estados emocionais negativos, como os sintomas de ansiedade, stress e humor deprimido, podem influenciar a utilização destas estratégias – nomeadamente a Gestão do Impulso-Aceitação, a Procura de Informação, a Regulação-Restrições, o Planeamento de Conteúdo e o Apoio-Ajuda de Outros - e inclusive a adesão a um estilo de vida saudável.

Assim, este estudo tem como objetivo determinar: 1) se os sintomas psicológicos de stress, ansiedade e humor deprimido predizem um comportamento alimentar disfuncional (restrição cognitiva, ingestão emocional e descontrolo alimentar) em mulheres de meia-idade;

e 2) se os sintomas psicológicos de stress, ansiedade e humor deprimido dificultam a adoção de um comportamento de gestão de peso, através da implementação de estratégias funcionais de gestão de peso, em mulheres de meia-idade.

**Anexo B: Estatística descritiva e estudo da sensibilidade psicométrica dos itens do
questionário de sintomas psicológicos**

Item	<i>M (DP)</i>	<i>Me</i>	Min	Máx	<i>Sk</i>	<i>Ku</i>
1. Quão frequentemente sentiu níveis elevados de humor deprimido no último mês?	2.36 (1.069)	2.00	1	5	0.325	-0.666
2. Quão frequentemente sentiu níveis elevados de ansiedade no último mês?	2.56 (1.065)	3.00	1	5	0.165	-0.602
3. Quão frequentemente sentiu níveis elevados de stress no último mês?	2.70 (1.052)	3.00	1	5	0.119	-0.458

**Anexo C: Estatística descritiva, estudo da sensibilidade psicométrica e pesos
fatoriais do TFEQ-R21**

Domínio	Item	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>Me</i>	Min	Máx	<i>Sk</i>	<i>Ku</i>	λ
Restrição Cognitiva	1. Escolho deliberadamente pequenas porções de comida como forma de controlar o peso.	2.50 (0.97)	3.00	1	4	- 0.217	- 0.993	0.71
	5. Não como certos alimentos porque me fazem engordar.	2.66 (0.98)	3.00	1	4	- 0.314	- 0.896	0.72
	11. Restrinjo o que como às refeições para evitar ganhar peso.	2.63 (0.96)	3.00	1	4	- 0.318	- 0.837	0.82
	17. Com que frequência evita abastecer-se de alimentos que acha tentadores?	2.73 (0.94)	3.00	1	4	- 0.278	- 0.823	0.39
	18. Qual a probabilidade de conscientemente comer menos do que realmente gostaria de comer?	2.61 (0.89)	3.00	1	4	- 0.082	- 0.738	0.44

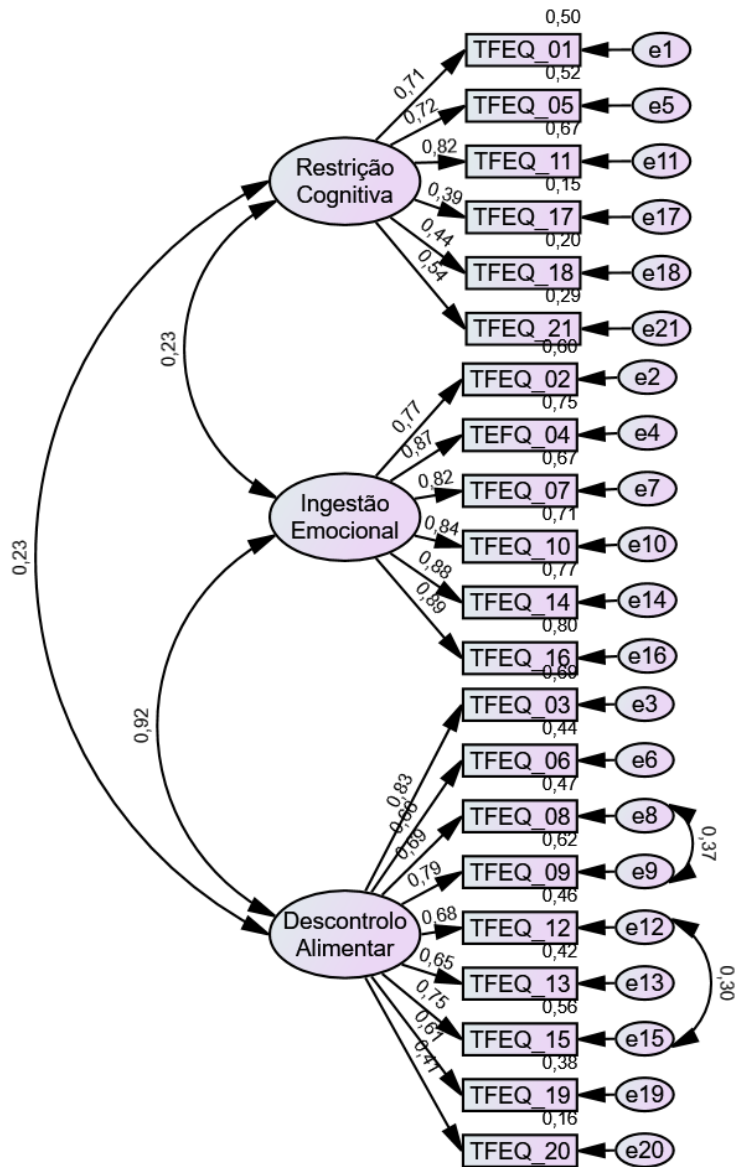
Domínio	Item	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>Me</i>	Min	Máx	<i>Sk</i>	<i>Ku</i>	λ
Restrição Cognitiva	21. Numa escala de 1 a 8, em que 1 significa comer sem qualquer contenção e 8 comer com total restrição, assinale o número que melhor traduz o seu comportamento.	2.45 (0.97)	2.00	1	4	- 0.022	- 0.999	0.54
Ingestão Emocional	2. Começo a comer quando me sinto mais ansiosa.	2.39 (1.00)	2.00	1	4	0.013	- 1.109	0.77
	4. Quando me sinto triste, frequentemente como demais.	2.23 (1.00)	2.00	1	4	0.224	- 1.101	0.87
	7. Quando me sinto tensa ou esgotada, preciso de comer.	2.35 (0.99)	2.00	1	4	0.063	- 1.096	0.82
	10. Quando me sinto só consolo-me a comer.	2.00 (0.97)	2.00	1	4	0.511	- 0.884	0.84
	14. Se me sinto nervosa tento-me acalmar comendo.	2.05 (0.94)	2.00	1	4	0.409	- 0.880	0.88
	16. Quando me sinto deprimida, tenho vontade de comer.	2.13 (0.96)	2.00	1	4	0.286	- 1.007	0.89

Domínio	Item	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>Me</i>	Min	Máx	<i>Sk</i>	<i>Ku</i>	λ
Descontrole Alimentar	3. Às vezes quando começo a comer, parece que não consigo parar.	2.12 (0.99)	2.00	1	4	0.417	- 0.926	0.83
	6. Estar com alguém que está a comer faz frequentemente com que eu queira comer também.	2.33 (0.97)	2.00	1	4	0.073	- 1.022	0.66
	8. Frequentemente fico tão esfomeada que o meu estômago parece um buraco sem fundo.	2.05 (0.95)	2.00	1	4	0.497	- 0.766	0.69
	9. Sinto-me sempre de tal maneira esfomeada, que me é muito difícil parar de comer antes de acabar o que tenho no prato.	1.95 (0.93)	2.00	1	4	0.561	- 0.752	0.79
	12. Quando sinto o cheiro de um alimento saboroso, ou vejo um alimento com aspeto delicioso, tenho dificuldade em evitar comê-lo mesmo que tenha acabado de fazer uma refeição.	2.21 (0.91)	2.00	1	4	0.235	- 0.826	0.68

Domínio	Item	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>Me</i>	Min	Máx	<i>Sk</i>	<i>Ku</i>	λ
Descontrolo Alimentar	13. Tenho sempre fome suficiente para comer a qualquer momento.	2.16 (0.91)	2.00	1	4	0.298	- 0.779	0.65
	15. Quando vejo um alimento muito apetitoso geralmente fico com tanta fome que tenho de comer imediatamente.	1.99 (0.87)	2.00	1	4	0.485	- 0.585	0.75
	19. Tem episódios em que come compulsivamente mesmo sem ter fome?	1.95 (0.93)	2.00	1	4	0.540	- 0.800	0.61
	20. Com que frequência sente fome?	1.99 (0.72)	2.00	1	4	0.484	0.275	0.41

Anexo D: Análise Fatorial Confirmatória TFEQ-R21

AFC do TFEQ_R21
 TLI=,912; CFI=,923; RMSEA=,073
 ;P(rmsea<=0.05),000;SRMR=0,0681



Anexo E: Variância extraída da média e fiabilidade do TFEQ-R21

Dimensão	α	ω	VEM
Restrição Cognitiva	0.785	0.782	0.388
Ingestão Emocional	0.937	0.937	0.717
Descontrolo Alimentar	0.889	0.893	0.467

Anexo F: Estudo da validade discriminante do TFEQ-R21

Associação entre domínios	r^2	Validade Discriminante
Restrição Cognitiva ↔ Descontrolo Alimentar	0.055	Sim
Restrição Cognitiva ↔ Ingestão Emocional	0.053	Sim
Ingestão Emocional ↔ Descontrolo Alimentar	0.837	Não

**Anexo G: Estatística descritiva, estudo da sensibilidade psicométrica, pesos fatoriais e
fiabilidade individual da OxFAB-MAW**

Domínio e Itens	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>Me</i>	Min	Máx	<i>Sk</i>	<i>Ku</i>	λ	R^2
Gestão do Impulso- Aceitação								
9. Aceitou a sensação de fome, quando ela surgiu (ex., aceitou essa sensação e agiu de acordo com as suas necessidades)?	2.49 (1.088)	3.00	0	4	-0.274	-0.712	0.69	0.48
10. Aceitou um forte desejo (cravings) para comer, quando ele surgiu (ex., aceitou esse forte desejo e não comeu)?	2.42 (1.060)	2.00	0	4	-0.202	-0.641	0.75	0.57
11. Aceitou aspetos desconfortáveis da atividade física (ex., tolerou a dor ou a sudação associadas)?	2.21 (1.204)	2.00	0	4	-0.012	-1.050	0.61	0.37
16. Interrompeu ou adiou comer algo, apesar de ter um forte desejo (craving) para o comer?	2.38 (1.088)	2.00	0	4	-0.148	-0.781	0.70	0.49

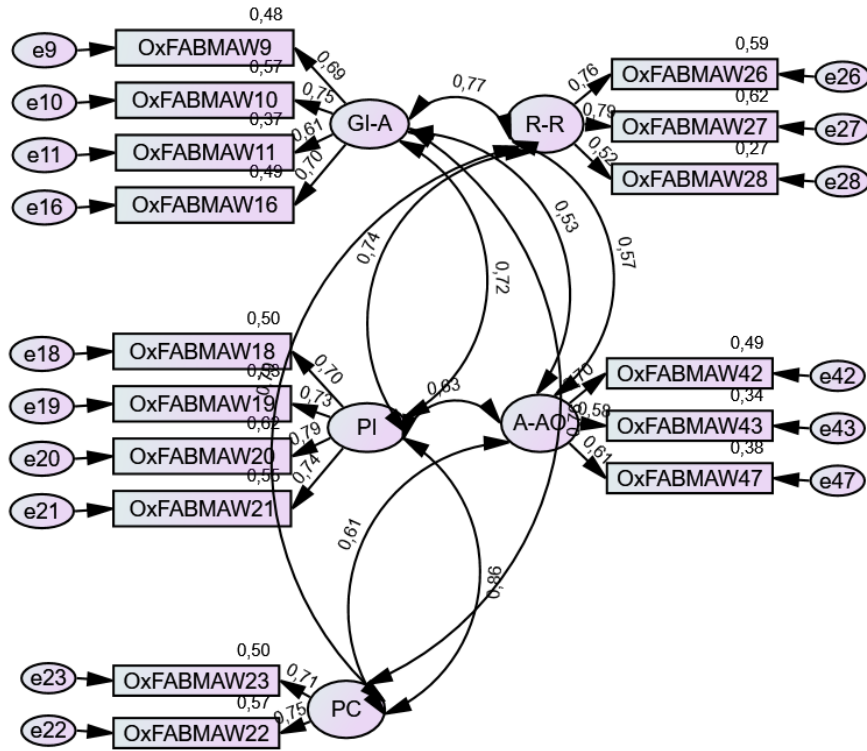
Domínio e Itens	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>Me</i>	Min	Máx	<i>Sk</i>	<i>Ku</i>	λ	R^2
Procura de Informação								
18. Procurou informação acerca dos componentes ou calorias dos alimentos?	2.40 (1.206)	2.00	0	4	-0.154	-1.068	0.70	0.50
19. Procurou informação acerca das calorias que queimou durante a atividade física?	2.07 (1.161)	2.00	0	4	0.228	-0.959	0.73	0.53
20. Procurou informação acerca de como gerir o seu peso?	2.37 (1.209)	2.00	0	4	-0.151	-1.049	0.79	0.62
21. Usou estratégias para se motivar a si própria para perder peso (ex., monitorizou progressos através de gráficos/apps, viu fotografias em que estava com mais ou menos peso para se motivar)?	2.14 (1.184)	2.00	0	4	0.192	-1.070	0.74	0.55

Domínio e Itens	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>Me</i>	Min	Máx	<i>Sk</i>	<i>Ku</i>	λ	R^2
Planeamento de Conteúdo								
22. Planeou o que iria comer durante o seu dia (ex., levou comida de casa; preparou a lista de compras; andou com snacks saudáveis)?	2.41 (1.162)	2.00	0	4	-0.194	-0.923	0.75	0.57
23. Planeou a atividade física que iria fazer durante o seu dia (ex., incorporou atividade física no trajeto para o trabalho; explorou tipos de atividade física que gostava; criou um plano de exercícios físicos)?	2.14 (1.136)	2.00	0	4	0.149	-0.929	0.71	0.50
Regulação-Restrições								
26. Evitou comprar ou comer determinados alimentos (ex., evitou comer comida de que gosta muito)?	2.57 (1.169)	3.00	0	4	-0.417	-0.716	0.76	0.59

Domínio e Itens	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>Me</i>	Min	Máx	<i>Sk</i>	<i>Ku</i>	λ	R^2
Regulação-Restrições								
27. Evitou comer a determinadas horas do dia (ex., saltou a última refeição do dia ou comeu em menor quantidade)?	2.40 (1.133)	2.00	0	4	-0.178	-0.843	0.79	0.62
28. Evitou saídas com amigos/colegas ou determinados locais (ex., restaurantes), de forma a evitar comer certos alimentos.	1.73 (1.019)	1.00	0	4	0.827	-0.198	0.52	0.27
Apoio-Ajuda de Outros								
42. Fez dieta juntamente com um amigo ou familiar?	1.50 (0.919)	1.00	0	4	1.247	0.981	0.70	0.49
43. Fez atividade física juntamente com um amigo ou familiar?	1.99 (1.133)	2.00	0	4	0.328	-0.888	0.58	0.34
47. Procurou ajuda profissional para gerir o seu peso (ex., médicos, nutricionistas, psicólogos, etc.)?	1.70 (1.066)	1.00	0	4	0.793	-0.297	0.61	0.38

Anexo H: Análise fatorial confirmatória OxFAB-MAW

AFC da OxFAB-MAW
 TLI=,901; CFI=,923; RMSEA=,073
 ;P(rmsea<=0.05)=,000; SRMR=0,0455



Anexo I: Variância extraída da média e fiabilidade da OxFAB-MAW

Dimensão	α	ω	VEM
Gestão do Impulso-Aceitação	0.806	0.807	0.476
Procura de Informação	0.857	0.857	0.550
Planeamento de Conteúdo	0.739	---	0.531
Regulação-Restrições	0.756	0.784	0.490
Apoio-Ajuda de Outros	0.674	0.677	0.402

Anexo J: Estudo da validade discriminante da OxFAB-MAW

Associação entre domínios	r^2	Validade Discriminante
GI-A ↔ PI	0.514	Não
GI-A ↔ PC	0.573	Não
GI-A ↔ R-R	0.592	Não
GI-A ↔ A-AO	0.275	Sim
PI ↔ PC	0.739	Não
PI ↔ R-R	0.541	Não
PI ↔ A-AO	0.393	Sim
PC ↔ R-R	0.627	Não
PC ↔ A-AO	0.377	Sim
R-R ↔ A-AO	0.326	Sim

Nota. GI-A – Gestão do Impulso-Aceitação; PI – Procura de Informação; PC – Planeamento de Conteúdo; R-R – Regulação-Restrições; A-AO - Apoio-Ajuda de Outros.