

2023

**Adriana Godinho
Cardita Pais
Figueiredo**

**A Relação entre Comportamento Alimentar,
Perceção da Imagem Corporal e Regulação
Emocional em Militares da Marinha Portuguesa**

2023

**Adriana Godinho
Cardita Pais
Figueiredo**

**A Relação entre Comportamento Alimentar,
Perceção da Imagem Corporal e Regulação
Emocional em Militares da Marinha Portuguesa**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Europeia, para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde realizada sob a orientação científica da Prof.^a Doutora Teresa Cristina da Cruz Fatela dos Santos, Professora Associada da Universidade Europeia e sob coorientação da Prof.^a Doutora Inês Isabel Rodrigues Saraiva Ferreira, Professora Auxiliar da Universidade Europeia.

Dedico este trabalho à avó Mila, que sempre almejou o melhor para mim, orou por mim em cada passo, celebrou cada etapa e sentiu orgulho de toda a conquista.

Agradecimentos

Começo por agradecer aos meus pais, por terem tornado possível cada oportunidade profissional e acadêmica, e pelo apoio incondicional ao longo desta jornada.

Gostaria de agradecer à Maria Inês, a amiga de todas as horas que a faculdade me trouxe. Esteve do meu lado em cada etapa, especialmente as mais difíceis. Tornou possível aguentar qualquer obstáculo, pelo seu apoio incondicional.

Agradeço aos professores que estiveram comigo desde o primeiro ano da Licenciatura, e aos que estiveram até ao Mestrado. Além de todos os ensinamentos, contribuíram para o encontro da minha identidade profissional e pessoal ao longo deste percurso, cada um à sua maneira. Um especial agradecimento aos que contribuíram para a realização deste trabalho, através do apoio prestado.

Por fim, gostaria de agradecer a todas as pessoas que, de algum modo e em algum momento deste meu percurso, contribuíram para o mesmo.

palavras-chave

Comportamento Alimentar; Imagem Corporal; Regulação Emocional; Militares; Marinha.

resumo

Os comportamentos e hábitos alimentares apresentam particular impacto na promoção da saúde e, por sua vez, na prevenção da doença. Existe um número significativo de fatores internos e externos ao organismo que influenciam o comportamento alimentar, nomeadamente a perceção da imagem corporal e a regulação emocional. O contexto militar apresenta diversos aspetos singulares da profissão que podem ter implicações no comportamento e hábitos alimentares e, por sua vez, para a saúde. O presente estudo teve como objetivos 1) Caracterizar uma amostra da Marinha Portuguesa relativamente a dados sociodemográficos; 2) Caracterizar o comportamento alimentar, a perceção da imagem corporal e a regulação emocional; 3) Analisar se existe associação numa amostra de militares da Marinha Portuguesa entre o comportamento alimentar, a regulação emocional e a perceção da imagem corporal e 4) Analisar a associação do comportamento alimentar, perceção da imagem corporal e regulação emocional tendo em conta as variáveis sociodemográficas. Uma amostra de 192 militares da Marinha Portuguesa do sexo masculino, com idades entre os 20 e os 59 anos ($M = X$, $SD = 8.8$), respondeu a um questionário online incluindo a recolha de dados sociodemográficos e em três instrumentos de avaliação psicológica: Testes de Atitudes Alimentares; Versão Reduzida da Escala de Insatisfação Corporal Masculina e Escala de Regulação Emocional.

Os resultados demonstraram uma associação negativa significativa entre o comportamento alimentar e a perceção da imagem corporal, mas não se verificou correlação significativa entre o comportamento alimentar e a regulação emocional.

Este estudo permitiu obter dados exploratórios sobre o comportamento alimentar, a satisfação da imagem corporal e a regulação emocional em militares da Marinha Portuguesa. Estes indicadores permitem refletir sobre futuras linhas de intervenção para promover um comportamento alimentar mais saudável nesta população, bem como uma maior adoção de comportamentos de saúde.

Keywords

Eating Behavior; Body Image Perception; Emotional Regulation; Military; Portuguese Navy.

abstract

Eating behavior and eating habits have a special impact on health promotion and, in turn, on disease prevention. There is a quantum of interrelated factors, of internal and external origin to the organism, which influence eating behaviors and habits, namely the perception of body image and emotional regulation. The military environment presents several unique aspects of the profession that may have implications for eating behaviors and eating habits and, in turn, for health.

The present study aimed to: 1) characterize a sample of military personnel of the Portuguese Navy in terms of sociodemographic data; 2) characterize eating behavior, body image perception and emotional regulation; 3) analyze whether there is an association in a sample of Portuguese Navy military personnel between eating behavior, emotional regulation and body image perception; and, 4) analyze the association between eating behavior, body image perception and emotional regulation taking into account sociodemographic variables. This investigation involved the participation of 192 male biological soldiers from the Portuguese Navy with a mean age of 45 years ($SD=8.8$). A questionnaire was organized comprising sociodemographic data and three psychological assessment instruments: Tests of Eating Attitudes; Short Version of the Male Body Dissatisfaction Scale and Emotional Regulation Scale.

The results of the present study demonstrated a statistically significant negative association between eating behavior and body image perception, but there was no statistically significant correlation between eating behavior and emotional regulation in this sample of military personnel.

This study made it possible to obtain exploratory data on the military population, as well as on variables of eating behavior, body image satisfaction and emotional regulation in military personnel, which may be indicators of possible future lines of intervention to help promote healthier eating behavior in this population, as well as greater adoption of health behaviors.

Índice

Introdução	1
Enquadramento Teórico	3
Comportamento e Hábitos Alimentares	3
Perceção da Imagem Corporal	4
Perceção da Imagem Corporal e Comportamento Alimentar	6
Emoções e Regulação Emocional	7
Regulação Emocional e Comportamento Alimentar	9
Comportamento Alimentar, Perceção da Imagem Corporal e Regulação Emocional na População Militar	10
Objetivos e Pertinência do Estudo	12
Método	14
Tipo de Estudo	14
Participantes.....	14
Procedimento.....	14
Instrumentos e Variáveis	15
<i>Questionário Sociodemográfico.....</i>	<i>16</i>
<i>Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26)</i>	<i>16</i>
<i>Versão Reduzida da Escala de Insatisfação Corporal Masculina (MDBS).....</i>	<i>17</i>
<i>Escala de Regulação Emocional (EDRE).....</i>	<i>18</i>
Análise dos Dados	19
Resultados.....	21
Caracterizar uma amostra da Marinha Portuguesa relativamente a dados sociodemográficos, comportamento alimentar, regulação emocional e perceção da imagem corporal.	21
Caracterizar o comportamento alimentar, a perceção da imagem corporal e a regulação emocional.	26
Analisar se existe associação numa amostra de militares da Marinha Portuguesa entre o comportamento alimentar, a regulação emocional e a perceção da imagem corporal.	27

Analisar a associação do comportamento alimentar, percepção da imagem corporal e regulação emocional tendo em conta as variáveis sociodemográficas	29
Discussão	43
Forças, limitações e sugestões de investigações futuras	54
Implicações para a prática clínica.....	56
Conclusão.....	56
Referências.....	60
Anexos	73
Anexo 1 – Protocolo	73
Anexo 2 – Parecer da Comissão de Ética.....	84

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Idade, Sexo Biológico e Nacionalidade dos Participantes	21
Tabela 2 – Características Sociodemográficas dos Participantes.....	22
Tabela 3 – <i>Características do Estilo de Vida dos Participantes</i>	23
Tabela 4 - <i>Características da História Médica dos Participantes</i>	24
Tabela 5 - IMC, Peso, Altura e Autopercepção dos Participantes	25
Tabela 6 - Análises Descritivas (Mínimo, Máximo, Média e Desvio Padrão) das Subescalas EAT-26, MDBS e EDRE	26
Tabela 7 - Correlação de Spearman entre as Subescalas dos Instrumentos de Avaliação: Teste de Atitudes Alimentares (Dieta / Bulimia e preocupação com os alimentos / Controlo oral); Versão Reduzida da Escala de Insatisfação Corporal Masculina (Musculatura / Aparência geral do corpo); Escala de Regulação Emocional (Não aceitação / Objetivos / Impulsos / Consciência / Estratégias / Clareza).	29
Tabela 8 - Comparações com o Teste de Kruskal Wallis entre a MDBS, a EDRE e o EAT-26 com as Habilitações Académicas	30
Tabela 9 - Comparações com o Teste de Kruskal Wallis entre a MDBS, a EDRE e o EAT-26 com as Patentes	31
Tabela 10 - Comparações com o Teste de Kruskal Wallis entre a MDBS, a EDRE e o EAT-26 com o Estatuto Socioeconómico	32
Tabela 11 - Comparações com o Teste de Kruskal Wallis entre a MDBS, a EDRE e o EAT-26 com a Frequência de Prática de Atividade Física	34
Tabela 12 - Comparações com o Teste de Kruskal Wallis entre a MDBS, a EDRE e o EAT-26 com a Frequência de Consumo de Álcool.....	35
Tabela 13 - Comparações com o Teste de Kruskal Wallis entre a MDBS, a EDRE e o EAT-26 com a Autopercepção	37
Tabela 14 - Comparações com o Teste de Kruskal Wallis entre a MDBS, a EDRE e o EAT-26 com o IMC	38
Tabela 15 - Comparações com o Teste de U Mann-Whitney entre a MDBS, a EDRE e o EAT-26 com Problema Físico Limitante de Praticar Atividade Física.....	40
Tabela 16 - Comparações com o Teste de U Mann-Whitney entre a MDBS, a EDRE e o EAT-26 com Doença Crónica	41

Tabela 17 - Comparações com o Teste de U Mann-Whitney entre a MDBS, a EDRE e o EAT-26 com Status Tabágico42

Introdução

A saúde é um bem que depende, em grande parte, do comportamento e empenho de cada pessoa. Assim, os comportamentos e hábitos alimentares apresentam especial impacto na promoção da saúde e, por sua vez, na prevenção da doença. Uma alimentação adequada, equilibrada e racional é um aspeto determinante de um estilo de vida saudável, na manutenção do bem-estar físico e mental, e um cuidado indispensável em indivíduos com patologia crónica ou aguda (Ansari et al., 2015; Bagordo, et al., 2013; Hilger et al., 2017; Loughman et al., 2021; Papadaki et al., 2007; Przybyłowicz & Danielewicz, 2022; Rossi et al., 2008; Viana, 2002). Em oposição, hábitos alimentares inadequados e pouco saudáveis como consumir alimentos com baixo teor de nutrientes e omitir refeições, são uma das causas de problemas de saúde e carências nutricionais (Papadaki et al., 2007; Ansari et al., 2015).

Subjacente ao comportamento alimentar, existe um *quantum* de fatores interrelacionados, de origem interna e externa ao organismo, que influenciam a aquisição desse comportamento (Birch, 1998; Deforche et al., 2014; LaCaille et al., 2011). Na literatura são vários os estudos que demonstram associações entre o comportamento alimentar e a perceção da imagem corporal, particularmente padrões anormais do comportamento alimentar e práticas inadequadas de controlo de peso (Aparicio-Martinez et al. 2019; Brytek-Matera et al., 2021; Gitau et al., 2014; Kapoor et al., 2022; Nunes et al., 2001; Oliveira et al., 2003). Nos últimos anos, aumentaram evidências que demonstram uma relação significativa entre o comportamento alimentar e respetivos padrões, o funcionamento emocional e a imagem corporal, tanto em grupos clínicos (e.g., com obesidade ou outras perturbações alimentares) como não clínicos (Boutelle et al., 2018; Claudat & Lavender, 2018; Haynos et al., 2018; Pellizzer et al., 2018; Racine & Horvath, 2018).

Os militares, pelos aspetos singulares da profissão, tais como requisitos rígidos de condicionamento físico, pesagens frequentes, regulamentos e padrões de peso para aparência militar, realocação e implantação, associadas a uma alimentação pouco saudável, apresentam riscos ao nível do comportamento e hábitos alimentares. Estes riscos têm potenciais implicações graves para a saúde, podendo comprometer o desempenho militar, aumentar a insatisfação corporal e/ou preocupações com o peso e forma, bem como aumentar o risco de suicídio, o que por sua vez pode ter implicações a nível financeiro, com o aumento de custos de saúde e operacionais associados a absentismo (Bartlett & Mitchel, 2015; Breland et al., 2017; Garber et al., 2008).

Dada a relevância do comportamento alimentar e respetivos determinantes na promoção da saúde e prevenção da doença, e a pertinência de se explorar o nível de risco que existe em amostras militares, bem como possíveis fatores associados, pelas lacunas apresentadas na literatura nesta população, o objetivo do presente estudo quantitativo é caracterizar uma amostra da Marinha Portuguesa relativamente a dados sociodemográficos, caracterizar o comportamento alimentar, a perceção da imagem corporal e a regulação emocional, analisar se existe associação entre o comportamento alimentar a perceção da imagem corporal e a regulação emocional numa amostra de militares da Marinha Portuguesa e analisar a associação do comportamento alimentar, perceção da imagem corporal e regulação emocional tendo em conta as variáveis sociodemográficas

A presente dissertação divide-se em quatro capítulos. No primeiro, é apresentado o enquadramento teórico do estudo, no qual foram abordados os temas de comportamento e hábito alimentar e respetivos determinantes, designadamente: comportamento alimentar e perceção da imagem corporal, perceção da imagem corporal enquanto fator de ordem nutricional do comportamento alimentar, comportamento e regulação emocional, emoções e regulação emocional e estas variáveis na população militar. Neste capítulo também foram abordados os objetivos do estudo e a pertinência do mesmo. No segundo capítulo é descrito método, incluindo uma caracterização dos participantes e dos instrumentos utilizados, bem como o procedimento de recolha e análise de dados. No terceiro capítulo são apresentados os resultados do estudo de acordo com as análises estatísticas. Por fim, no quarto capítulo, os resultados são discutidos à luz da literatura e são apresentadas as principais conclusões deste estudo, sendo referidas as suas limitações e forças, além de sugestões para estudos futuros.

Enquadramento Teórico

Comportamento e Hábitos Alimentares

A saúde é um bem que depende, em grande parte, do comportamento e empenho de cada um. Assim, os comportamentos e hábitos alimentares apresentam especial impacto na promoção da saúde e, por sua vez, na prevenção da doença nomeadamente doenças crónicas não transmissíveis (e.g. diabetes, hipertensão). Uma alimentação adequada, equilibrada e racional é um aspeto determinante de um estilo de vida saudável, manutenção do bem-estar físico e mental e um cuidado indispensável em indivíduos com patologia crónica ou aguda (Ansari et al., 2015; Bagordo, et al., 2013; Hilger et al., 2017; LaCaille, 2020; Loughman et al., 2021; Papadaki et al., 2007; Przybyłowicz & Danielewicz, 2022; Rossi et al., 2008; Viana, 2002). Em oposição, hábitos alimentares pouco saudáveis como consumir alimentos nutricionalmente pouco interessantes, descartar refeições e uma alimentação desadequada são uma das causas de problemas de saúde e carências nutricionais (Papadaki et al., 2007; Ansari et al., 2015).

O comportamento alimentar é algo muito complexo, que vai além do ato de ingestão e das necessidades básicas da alimentação, pois comer é também um ato social. Este pode ser entendido como um conjunto de ações relacionadas aos alimentos, tais como hábitos alimentares, escolha dos alimentos, forma de preparação e quantidades de alimento ingeridas, através do qual o indivíduo busca atender as suas necessidades fisiológicas e prazerosas (Carvalho et al., 2013; Garcia, 1997; Matias & Fiore, 2010; Philippi et al. 1999).

O comportamento alimentar promove o hábito alimentar e estes são dois conceitos interligados e complementares no que diz respeito ao convívio com o alimento, tornando-se imprescindível entender o significado de ambos e respetivas diferenças, para o sucesso em todos os tipos de tratamento, intervenção e ações preventivas relacionadas com os indivíduos (Vaz & Bennemann, 2014). Hábito é a repetição e, por sua vez, aquisição de um ato, costume ou padrão. Este termo também pode ser aplicado, por generalização, a normas de comportamento, pelo que os alimentos ou tipo de alimentação que os indivíduos consomem rotineiramente e repetidamente no seu cotidiano caracterizam o seu hábito alimentar, não sendo necessariamente sinónimo das preferências alimentares do indivíduo (Birch, 1998; Rozin, 1996; Vaz & Bennemann, 2014).

No entanto, não é apenas a repetição do consumo do alimento que desenvolve o comportamento alimentar, existindo um *quantum* de fatores interrelacionados, de origem interna e externa ao organismo, que influenciam a aquisição desse comportamento (Birch, 1998). Escolher uma alimentação saudável não depende apenas do acesso a uma informação nutricional adequada, mas sim de uma gama complexa de aspetos individuais (preferências de gosto, restrições de tempo, crenças alimentares), sociais (suporte social, convívios sociais), ambientais (características do produto), culturais (cozinha, práticas alimentares (e.g. vegetarianismo), demográficos (escolaridade), económicos (rendimentos, disponibilidade de recursos, instalações para cozinhar, preço dos alimentos), nutricionais e psicológicos de um indivíduo que influenciam o seu comportamento alimentar, nomeadamente a perceção da imagem corporal e a regulação emocional (Birch, 1998; Deforche et al., 2014; LaCaille et al., 2011; Finlayson et al., 2012; Niemeier et al., 2006; Rozin, 1996; Toral & Slater, 2007).

Perceção da Imagem Corporal

A imagem corporal e respetiva perceção é um construto complexo, multidimensional, dinâmico e subjetivo que abrange as perceções, os pensamentos, os sentimentos e as atitudes de um indivíduo sobre a sua aparência física, integrando, portanto, os níveis físico, emocional e mental (Bhatt-Poulose et al., 2016; Cash et al., 2004; Secchi et al., 2009). Os principais aspetos das atitudes face à imagem corporal são a avaliação, que são os pensamentos avaliativos e crenças que alguém tem sobre o seu corpo, e o investimento, que diz respeito à importância cognitiva, comportamental e emocional atribuída ao corpo na autoavaliação (Cash & Pruzinsky, 2002; Morrison et al., 2004).

Além disso, segundo Schilder (1977), a imagem corporal é um construto que opera com três estruturas corporais: fisiológica, libidinal e sociológica. A fisiológica diz respeito às organizações anatomofisiológicas, a libidinal às experiências emocionais vividas nos relacionamentos humanos, e a sociológica, baseada nas relações pessoais e na aprendizagem de valores culturais e sociais, que diz respeito às tendências de um grupo a valorizar o papel das roupas, adornos, do olhar e gestos na comunicação social.

Esta última estrutura recebe especial atenção, pois defende-se, maioritariamente, a ideia de que o desenvolvimento da imagem corporal e a forma como esta é percebida está intimamente ligado à estruturação da identidade no seio de um grupo social, ou seja, a perceção de uma pessoa

sobre a sua atratividade e os ideais de beleza são amplamente determinados pela experiência social e pelos valores culturais predominantes, ainda que possa haver um ideal interno, além do social, da imagem corporal (Cash & Pruzinsky, 2002; Tavares, 2003; Tiggemann, 2011; Williams, 2009). Além de valores e normas culturais acerca dos ideais de beleza, outro fator crítico são os media pelos quais estes ideais são promovidos. Os media desempenham um papel vital na formulação do que é atraente na sociedade, aumentando a promoção de um ideal maioritariamente inatingível, e os corpos que não correspondem a esse ideal são considerados pouco atraentes (Festinger, 1954; Powell et al., 2018).

Por outro lado, as comparações no meio social também afetam a autopercepção pelo que quem se escolhe como modelo de comparação é um importante determinante do nível de satisfação com a imagem corporal. Comparar-se com aqueles que são menos atraentes afeta positivamente a autopercepção e, por outro lado, comparar-se com aqueles que são mais atraentes afeta negativamente as autopercepções (Morrison et al., 2004). Além disso, acreditar que se é aceitavelmente atraente pode ser mais adaptativo do que ser considerado atraente pelos outros o que sugere que as percepções das pessoas sobre a sua própria aparência são mais relevantes relativamente a como elas se sentem sobre si mesmas do que o quanto elas se assemelham aos ideais de aparência social (Johnstone et al., 2008; Noles et al., 1985).

O modelo de beleza imposto pela sociedade atual corresponde a um corpo magro, definido e musculado como sinal de saúde, beleza e poder sem, contudo, se considerar realmente aspetos relacionados com a saúde e as diferentes constituições físicas da população (Beatty & Finn, 1995; Bosi et al., 2006; Liao et al., 2010). Neste sentido, a imagem da mulher e do feminino continua associada à beleza e à magreza, havendo cada vez menos tolerância para os desvios nos padrões estéticos socialmente estabelecidos, sendo a população feminina a mais afetada pela influência da cultura e dos media sobre os ideais de beleza e, por sua vez, mais vulnerável às consequências adversas provenientes destes ideais (Halmi et al., 1977; Novaes & Vilhena, 2003).

Ainda que a população masculina também seja afetada por padrões de beleza impostos pela sociedade, mais associados e focados num corpo musculado, existem diferenças ao nível dos géneros na experiência destas pressões, havendo mais impacto nas mulheres (Brennan et al., 2010; Gualdi-Russo et al., 2022; Ricciardelli et al., 2007; Ricciardelli & McCabe, 2004). Um estudo realizado por Brennan et al. (2010), objetivou identificar se existiam diferenças significativas entre

homens e mulheres nas percepções da imagem corporal com uma amostra de 98 homens e 97 mulheres entre os 17 e 40 anos de idade. O que se verificou foi que os homens se sentem melhor com os seus corpos relativamente às mulheres e as mulheres apresentam percepções negativas da imagem corporal durante significativamente mais situações do que os homens.

Com resultados semelhantes, o estudo de Gualdi-Russo et al. (2022), com 378 mulheres universitárias e 582 homens universitários com idades entre os 19 e 30 anos, objetivou analisar as diferenças entre sexos relativamente à satisfação com a imagem corporal e possíveis determinantes, e o que se verificou foi que as mulheres apresentam maior insatisfação.

Perceção da Imagem Corporal e Comportamento Alimentar

A perceção da imagem corporal é um fator de ordem nutricional que influencia o comportamento alimentar, uma vez que, com a consciencialização e a internalização dos padrões de aparência da sociedade, surge um conflito entre o corpo real e ideal, resultando em preocupações excessivas com a imagem corporal e insatisfação corporal, o que afeta não só o bem-estar psicológico, mas também predispõem os indivíduos a comportamentos alimentares inadequados com implicações graves e duradouras na saúde dos indivíduos. Em oposição, uma perceção corporal positiva é comumente associada a um comportamento nutricional mais saudável (Avalos et al., 2005; Kapoor et al., 2022).

A insatisfação com o próprio corpo pode motivar os indivíduos a efetuarem restrições alimentares, enquanto estratégia comportamental e cognitiva de controlo de peso, a fim de prevenir o ganho de peso ou promover a sua perda, pela preocupação permanente com o corpo e com o que comem, resistindo ao que desejam comer, independentemente da fome que sentem (Bernardi et al., 2005; Toral & Slater, 2007; Viana, 2002) e já vários são os estudos que demonstram associações entre a perceção da imagem corporal e o comportamento alimentar, especialmente comportamentos alimentares anormais e a práticas inadequadas de controlo de peso, tais como exercício físico excessivo, uso de medicamentos dietéticas, esteroides ou suplementos de proteína, que podem ser precursores de perturbações do comportamento alimentar (Aparicio-Martinez et al. 2019; Brytek-Matera et al., 2021; Gitau et al., 2014; Kapoor et al., 2022; Nunes et al., 2001; Oliveira et al., 2003).

O estudo realizado por Nunes et al. (2001), explorou a influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais com mulheres com idades de 12 a 29 anos, e o que se verificou foi que as que se sentiam gordas apresentaram um risco quatro vezes maior de apresentar comportamentos alimentares anormais e que a percepção do peso corporal foi mais pertinente na determinação dos comportamentos alimentares anormais do que o índice de massa corporal.

Estes aspetos também foram verificados no estudo exploratório com mulheres universitárias de Aparicio-Martinez et al. (2019), que objetivou determinar a relação entre os comportamentos de risco para perturbações alimentares e fatores socioculturais, como o uso das redes sociais, ideais de beleza, satisfação corporal, imagem corporal e a imagem corporal desejada e, em segundo lugar, determinar se existe uma relação entre atitudes alimentares perturbadas, dependência de redes sociais e níveis de testosterona como fator biológico. O que se verificou foi que existe relação entre a imagem corporal, preocupações com o corpo, insatisfação corporal e atitudes alimentares desordenadas entre mulheres universitárias.

Consistente com estes resultados, um estudo de Brytek-Matera et al. (2021), avaliou a relação entre padrões alimentares, imagem corporal e desregulação emocional entre indivíduos com e sem excesso de peso, e obteve como resultados, em ambos os grupos com e sem excesso de peso, um alto nível de insatisfação corporal baseado num alto nível de alimentação descontrolada e um baixo nível de alimentação consciente, sendo estes aspetos mais fortes nos indivíduos com excesso de peso.

Emoções e Regulação Emocional

As emoções são sistemas complexos que se desenvolveram ao longo da história evolutiva da humanidade e são entendidas como reações subjetivas e idiossincráticas a um determinado evento do ambiente interno ou externo, sendo caracterizadas por mudanças fisiológicas, cognitivas, experienciais e comportamentais, que permitem ao indivíduo atribuir um significado à experiência e, por sua vez, prepará-lo para a ação em resposta a estímulos e desafios ambientais (Kring & Bachorowski, 1999).

Portanto, o indivíduo é exposto a um estímulo que é avaliado subjetivamente e, inicialmente, ocorre uma reação fisiológica do organismo a esse mesmo estímulo (e.g. mudanças na atividade neural, aumento da frequência cardíaca) e, por sua vez, o indivíduo atribui um significado a esta ativação, tendo em conta não só esta mudança fisiológica, mas também o contexto no qual ocorre, as suas experiências passadas e memórias episódicas construídas, havendo uma mudança na forma como se sente (e.g. feliz, triste, apavorado, com repulsa ou zanga) e influenciando a sua expressão (e.g. sorrir, gritar, chorar) (Barrett, 2006; Urry & Gross, 2010).

Segundo Damásio (2003), podemos falar em emoções básicas como o medo, a raiva, a surpresa, a tristeza, a felicidade ou a aversão/repugnância, caracterizadas por uma programação inata, e de emoções algo mais complexas, designadas de emoções sociais, como a simpatia, o embaraço, a vergonha, a culpa, o orgulho, a inveja, a gratidão, a admiração e o desprezo. Num último nível superior de organização, teríamos os sentimentos enquanto a conjunção da percepção de determinado estado corporal e a percepção de determinado modo de pensar.

Falar de emoção e desenvolvimento emocional dirige-nos a um conceito muito próximo, ou, segundo alguns, mesmo intrínseco à própria emoção: a regulação emocional (Nolen-Hoeksema et al., 2004). A regulação emocional é um conceito que não reúne total consenso quanto à sua definição, dada a vasta aplicação a diversos contextos da vida dos sujeitos (Cole et al., 2004). No entanto, destacam-se alguns pontos como os mais consensuais. Estes são: a noção de mudança dos estados internos e fisiológicos; uma atuação na intensidade, natureza e duração da emoção na busca de regular e/ou alterar ou de regular e/ou alterar os processos associados; uma funcionalidade que permite atingir os objetivos individuais e interpessoais propostos; um recurso de adaptação e flexibilidade às exigências do quotidiano de forma a prevenir os efeitos nocivos da exposição crónica a stressores, mantendo um certo nível de bem-estar, através de um processo de modelação das emoções, remetendo para o início e/ou manutenção de estados emocionais positivos; substituição das experiências emocionais desadequadas e diminuição de estados emocionais negativos que deixam de cumprir o seu critério da utilidade, quando são apresentadas sem necessidade por estímulos erróneos ou quando existe um conflito entre as tendências de ação distintas que entretanto foram surgindo (Cole et al., 2004; Gross, 1999; Simpson et al., 2006).

Face ao apresentado, e de modo breve, a regulação emocional pode ser então entendida como a utilização automática ou deliberada de estratégias para iniciar, manter, modificar ou

demonstrar emoções (Gross & Thompson, 2007), existindo duas estratégias de regulação emocional: a hedônica e a instrumental. As estratégias de regulação emocional hedônica são utilizadas para se atingir um estado emocional específico, ou seja, alterar-se o humor, através de, por exemplo, ouvir música, consumir álcool ou estando com amigos (Thayer et al., 1994), enquanto as estratégias de instrumentais de regulação emocional envolvem estratégias usadas para atingir um objetivo específico, como por exemplo, imagética para se atingir determinado estado emocional desejável para alcançar o objetivo ambicionado (Tamir, 2009).

Portanto, a regulação emocional desempenha um papel essencial no estabelecimento, motivação e organização do comportamento adaptativo, prevenindo níveis de stress elevados e comportamentos desadaptativos, estando intimamente ligada ao bem-estar, saúde mental e relações sociais saudáveis. Para ter um caráter adaptativo, os indivíduos precisam de desenvolver a capacidade de diferenciar as emoções e conhecer a sua função para aprenderem a regular tanto a sua experiência emocional como a sua expressão emocional (Cole et al., 2004; Greenberg, 2002).

Regulação Emocional e Comportamento Alimentar

A capacidade de regulação emocional pode desempenhar um papel importante na alimentação, e um enfrentamento mal adaptativo das emoções negativas pode ser o mecanismo que dá início a comportamentos alimentares inadequados, pois perante emoções negativas ou dificuldades de regular estas emoções, a ingestão alimentar, escolha dos alimentos e quantidades ingeridas são afetadas (Macht, 2008; Zijlstra et al., 2012). Este fenómeno é denominado de alimentação emocional (Bruch, 1973).

A alimentação emocional e respetivas teorias afirmam que as emoções negativas podem instigar a alimentação (Macht & Simons, 2011). No entanto, é sugerido que poderá não ser necessariamente a emoção que provoca a mudança no comportamento alimentar, mas sim a forma como é regulada a emoção (Wiser & Telch, 1999). Não obstante, a alimentação tem a capacidade de reduzir a intensidade das emoções. Durante a ingestão, os alimentos podem provocar fortes respostas hedônicas que melhoram o estado emocional e, após a ingestão, os nutrientes podem afetar os sistemas neuroquímicos e endócrinos ligados às emoções. Estas respostas hedônicas presumivelmente ocorrem na maioria dos casos de alimentação emocional, mas para que os efeitos neuroquímicos e neuroendócrinos entrem em ação, é necessária uma certa quantidade de alimentos

ricos em energia, daí o consumo de alimentos doces e altos em calorias serem os mais desejados (Macht & Simons, 2011).

As investigações indicam que a maioria das pessoas altera o seu comportamento alimentar como consequência do stress emocional e emoções como a raiva, o medo, a alegria ou a tristeza, o que afeta a ingestão alimentar, escolha dos alimentos e quantidades ingeridas (Gianini et al., 2013; Macht, 2008). Além disso, quando os recursos de regulação emocional são pobres, o consumo de alimentos doces é predito pelas atitudes automáticas do indivíduo, mas quando os recursos de regulação emocional são elevados, são as metas estabelecidas pelo indivíduo que determinam a ingestão desses alimentos (Bachar et al., 2001; Hofmann et al., 2007).

Além disso, nos últimos anos, aumentaram evidências que demonstram uma relação significativa entre o comportamento alimentar e respetivos padrões, o funcionamento emocional e também a imagem corporal tanto em grupos clínicos (e.g. com obesidade ou outras perturbações alimentares) como não clínicos (Boutelle et al., 2018; Claudat & Lavender, 2018; Haynos et al., 2018; Pellizzer et al., 2018; Racine & Horvath, 2018). O que se verifica é que, tanto indivíduos com excesso de peso e indivíduos com peso corporal dentro do normal, que apresentam padrões alimentares desadaptativos (e.g. compulsão alimentar, alimentação emocional, restrição emocional) apresentam altos níveis de desregulação emocional, um alto nível de insatisfação corporal e um baixo nível de alimentação consciente (Haynos et al., 2018; Racine & Horvath, 2018).

Comportamento Alimentar, Perceção da Imagem Corporal e Regulação Emocional na População Militar

Os indivíduos que decidem ingressar o meio militar, trazem consigo a sua própria individualidade, representada pelas suas próprias perceções, sensações, experiências e história de vida, e confrontam-se com os interesses da coletividade caracterizados por novas experiências e sensações (Morgado et al., 2013).

Em contexto militar, está presente uma “identidade militar” rígida, caracterizada por ênfase na aptidão física, requisitos rígidos de condicionamento físico, regulamentos e padrões de peso e de aparência militar (Applewhite et al., 2022; Bartlett & Mitchel, 2015; Breland et al., 2017; Garber

et al., 2008; Morgado et al., 2013). Estes aspetos podem ter implicações na perceção da imagem corporal caso haja discrepância na aparência atual do militar e aquilo que é expectável, o que por sua vez, tem implicações no comportamento e hábitos alimentares, na saúde, pode comprometer o desempenho militar e aumentar a insatisfação corporal e/ou preocupações com o peso e a forma. Além disso, pode ocorrer comprometimentos a nível financeiro com o aumento dos custos de saúde e operacional com o absentismo dos militares (Bartlett & Mitchel, 2015; Breland et al., 2017; Garber et al., 2008).

A revisão sistemática conduzida por Applewhite et al. (2022), demonstra que perturbações corporais, tanto do corpo como da quantidade de músculos, e o uso de anabolizantes e estimulantes são altamente prevalentes entre militares, resultado das exigências físicas presentes neste contexto.

Além destas exigências físicas, a profissão militar é reconhecida como tendo características únicas da profissão, tais como vulnerabilidade, risco e morte, exigências indiretas de controlo emocional e sentimental frente a uma realidade mais violenta, e aos contextos violentos e/ou traumáticos aos quais podem estar expostos (Burke & Mikkelsen, 2005; Gomes et al., 2014; Paulino & Lourinho, 2014). Estes aspetos podem contribuir para sofrimento psíquico e redução da eficácia da atuação profissional, comprometendo a saúde física e mental dos militares. Assim, torna-se imprescindível uma regulação adequada das emoções para enfrentar os stressores aos quais estão expostos diariamente, podendo haver aumento de consumos, e comportamentos de risco (Burke & Mikkelsen, 2005; Paulino & Lourinho, 2014; Stansfled et al., 2000; Thandi et al., 2015).

A população militar é pouco estudada relativamente às variáveis do presente estudo. Existem alguns estudos na literatura internacional (Applewhite et al., 2022; Bartlett & Mitchel, 2015; Bodell et al., 2014; Falvey et al., 2021; Masheb et al., 2021; Quattlebaum et al., 2019; Richardson et al., 2020) que apontam para um alto risco de se desenvolver uma perturbação alimentar devido aos comportamentos alimentares adotados, associados a características únicas da vida militar e também à insatisfação com a imagem corporal resultante das exigências físicas de condicionamento físico, padrões de peso, aparência militar e pesagens frequentes. Contudo, em Portugal não existem estudos que explorem estas associações entre militares.

Estes atributos, e as lacunas ainda existentes na literatura sobre a prevalência de se adotar hábitos alimentares pouco saudáveis, entre outros comportamentos de risco, devido às

particularidades da profissão, apontam a necessidade de se explorar estes riscos existentes em amostras com população militar bem como possíveis fatores associados (Masheb et al., 2021).

Objetivos e Pertinência do Estudo

Em Portugal carecem de estudos que explorem a associação entre o comportamento alimentar, a perceção da imagem corporal e a regulação emocional, contrariamente à literatura internacional (e.g., Applewhite et al., 2022; Aparicio-Martinez et al. 2019; Brytek-Matera et al., 2021; Gitau et al., 2014; Kapoor et al., 2022; Nunes et al., 2001; Oliveira et al., 2003). Existem evidências recentes que demonstram uma relação significativa entre o comportamento alimentar e respetivos padrões, o funcionamento emocional e a imagem corporal, tanto em grupos clínicos (e.g., com obesidade ou outras perturbações alimentares) como não clínicos (Boutelle et al., 2018; Claudat & Lavender, 2018; Haynos et al., 2018; Pellizzer et al., 2018; Racine & Horvath, 2018).

Ademais, a população militar é pouco estudada relativamente ao comportamento alimentar, imagem corporal e regulação emocional, existindo apenas alguns estudos na literatura internacional (Applewhite et al., 2022; Bartlett & Mitchel, 2015; Beekley et al., 2009; Bodell et al., 2014; Falvey et al., 2021; Masheb et al., 2021; Quattlebaum et al., 2019; Richardson et al., 2020), os quais apontam para um alto risco de perturbação alimentar, associado a características específicas da vida militar e também à insatisfação com a imagem corporal, resultante do próprio contexto militar.

Por estas razões e dada a relevância do comportamento alimentar e respetivos determinantes na promoção da saúde e prevenção da doença, os objetivos e hipóteses deste estudo são:

- 1) Caracterizar uma amostra da Marinha Portuguesa relativamente a dados sociodemográficos.
- 2) Caracterizar o comportamento alimentar, a perceção da imagem corporal e a regulação emocional.
- 3) Analisar se existe associação numa amostra de militares da Marinha Portuguesa entre o comportamento alimentar, a regulação emocional e a perceção da imagem corporal. No âmbito deste objetivo foram colocadas as seguintes hipóteses exploratórias:

H1: O risco de desenvolver uma perturbação do comportamento alimentar é maior nos militares mais insatisfeitos com a sua imagem corporal;

H2: O risco de desenvolver uma perturbação do comportamento alimentar, é maior nos militares que apresentam dificuldades de regulação emocional.

- 4) Analisar a associação do comportamento alimentar, perceção da imagem corporal e regulação emocional tendo em consideração variáveis sociodemográficas. No âmbito deste objetivo foram colocadas as seguintes hipóteses exploratórias:

H3: Quanto mais baixas as habilitações académicas, mais comprometido está o comportamento alimentar;

H4: Quanto mais baixo o estatuto socioeconómico, mais comprometido está o comportamento alimentar;

H5: Quanto mais elevada for a patente, maior a satisfação com a perceção da imagem corporal;

H6: Existe associação entre a doença crónica, o comportamento alimentar, a perceção da imagem corporal e a regulação emocional;

H7: Existe associação entre um problema físico que limita a prática de atividade física e a perceção da imagem corporal;

H8: Existe associação entre a frequência da prática de atividade física e a perceção da imagem corporal;

H9: Existe associação entre a frequência do consumo de álcool e a regulação emocional;

H10: Existe associação entre a autoperceção, o comportamento alimentar e a perceção da imagem corporal;

H11: Existe associação entre o índice de massa corporal (IMC), o comportamento alimentar e a perceção da imagem corporal;

H12: Existe associação entre o *status* tabágico e a regulação emocional.

Método

Tipo de Estudo

De acordo com os objetivos propostos neste estudo, trata-se de um estudo não experimental com método transversal, de natureza quantitativa, descritiva e correlacional, com militares da Marinha Portuguesa. Os instrumentos de medida escolhidos para recolha de dados foram quantitativos, sendo assim os resultados analisados através de métodos quantitativos.

Participantes

Esta investigação incluiu a participação de 192 militares da Marinha Portuguesa (N=192), a maioria Sargentos (N=80), seguido de Oficiais (N=65) e Praças (N=47). Os participantes eram todos do sexo masculino e de nacionalidade portuguesa, com idades compreendidas entre os 20 e os 59 anos e uma média de idades de 45 anos ($SD=8.8$).

Procedimento

Os dados foram recolhidos através do processo de amostragem intencional, sendo os participantes elegidos a partir de determinados critérios como ser militar, da Marinha Portuguesa, maior de idade. A amostragem foi por conveniência, tendo sido os militares da Marinha Portuguesa seleccionados por estarem disponíveis e acessíveis a este estudo. Os participantes deste estudo participaram de forma voluntária nas respostas ao questionário.

No presente estudo, os instrumentos do protocolo de avaliação foram reunidos num único questionário. Posteriormente, as questões foram transferidas para uma plataforma *online* (*Jotform*) que produziu um *link*, através do qual os participantes responderam. Numa primeira fase, o questionário foi revisto por especialistas na área da Psicologia e após terem sido realizadas as correções e alterações necessárias, o questionário foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética da Universidade Europeia. Depois, entrou-se em contacto via *e-mail* com a Direção de Formação da Marinha Portuguesa, a solicitar autorização para a divulgação do estudo. Para esta autorização foi apresentada a autoidentificação, estabelecimento de ensino e curso, tema do estudo e respetivos objetivos, a população-alvo, o texto a incluir no *e-mail* de divulgação, o questionário em PDF, bem

como o link do mesmo, e foi assinado e apresentado um termo de responsabilidade sobre a aplicação do estudo em contexto militar, neste caso, na Marinha Portuguesa. Enviada esta informação, e aprovada a solicitação de autorização da disseminação do estudo, deu-se início à sua divulgação.

O questionário foi então enviado aos militares da Marinha Portuguesa via *online*, através do *e-mail*, no qual constava o *link* do questionário gerado pela plataforma utilizada. O questionário estava dividido em 5 partes: na primeira parte constava o consentimento informado, na segunda constava o questionário sociodemográfico e, nas restantes partes, os questionários psicológicos utilizados na versão portuguesa na respetiva ordem: Teste de Atitudes Alimentares (Garner & Grafinkel, 1982; versão portuguesa: Nunes et al., 1994), Versão Reduzida da Escala de Insatisfação Corporal Masculina (Ochner et al, 2009; versão portuguesa: Campos et al., 2017) e Escala de Regulação Emocional (Gratz & Roemer, 2004; versão portuguesa: Coutinho et al. 2010). Inicialmente os participantes foram convidados a ler o consentimento informado e, em caso de concordância, a aceitar as condições do mesmo, de forma a prosseguirem para o seu preenchimento do questionário, iniciando nos dados sociodemográficos e finalizando nos testes psicológicos. O questionário foi preenchido entre os meses de abril e maio de 2023.

A presente dissertação foi conduzida de acordo com os princípios éticos da *American Psychological Association* relativamente à investigação com participantes humanos (APA, 2010), as diretrizes da Declaração de Helsínquia da *World Medical Association* (WMA, 2008) e a Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP, 2021). Estas associações encorajam a investigação com participantes humanos, com o objetivo de compreender as causas das doenças, a sua evolução e efeitos, e melhorar o diagnóstico e intervenções eficazes. No entanto, é de notar que os direitos, a dignidade e os melhores interesses dos sujeitos devem ser preservados, destacando os seguintes princípios éticos: 1) Beneficência e Não Maleficência; 2) Respeito dos Direitos e Dignidade das Pessoas; 3) Integridade e Responsabilidade Social; e, 4) Competência.

Instrumentos e Variáveis

Os instrumentos utilizados no presente estudo foram os seguintes: Questionário Sociodemográfico, o Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26), Versão Reduzida da Escala de

Insatisfação Corporal Masculina (MDBS) e a Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE).

Questionário Sociodemográfico

De forma a recolher informação sociodemográfica e psicossocial mais específica dos participantes, foi construído e administrado um Questionário Sociodemográfico com o intuito de recolher informação sobre o sexo biológico (Feminino; Masculino); Idade (campo de resposta livre); Data de nascimento (campo de resposta livre); Nacionalidade (português; brasileiro; angolano; cabo-verdiano; outra, qual?); Habilitações académicas (Sem Estudos; 1º Ciclo (1º, 2º, 3º e 4º ano); 2º Ciclo (5º e 6º ano); 3ª Ciclo (7º, 8º e 9º ano); Ensino Secundário (10º, 11º e 12º ano); Licenciatura; Pós-Graduação; Mestrado; Doutoramento; Outro, qual?); Qual é a categoria, posto e classe que ocupa na Marinha Portuguesa (campo de resposta livre); Estado civil (Casado/a com registo; Solteiro/a; Divorciado/a; Viúvo/a); Agregado familiar (Familiares; Amigos/as; Colegas de casa; Sozinho/a; Com companheiro/a e/ou esposo/a; Outro, qual?); Estatuto socioeconómico (Nível Médio-Baixo; Nível Médio; Nível Médio Alto; Nível Alto); Regularidade da prática de atividade física (Não pratico atividade física; Mensalmente; 1 - 2 vezes por semana; 3 - 4 vezes por semana; 5 ou mais vezes por semana; Mais do que 1 vez por dia); Se tem algum problema físico limitante da prática de exercício (Sim, qual?; Não); Se é fumador regular? (Sim; Não); Em média, quantos cigarros fuma por dia (campo de resposta numérica); Com que regularidade consome álcool (Não consumo álcool; 1 - 2 vezes por mês; 3 vezes por mês; 1 - 2 vezes por semana; 3 - 4 vezes por semana; 5 ou mais vezes por semana; Mais do que 1 vez por dia); Se tem alguma doença crónica psicológica/mental e/ou física de carácter prolongado e diagnosticada pelo médico (Não tenho nenhuma doença crónica diagnosticada pelo médico; Sim, qual?); Tem acompanhamento psicológico ou psiquiátrico (Sim; Não); Tem acompanhamento de algum nutricionista (Sim; Não); Peso e altura atual em cm para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC).

Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26)

(Garner & Grafinkel, 1982; Versão Portuguesa: Nunes et al. 1994)

De forma a avaliar o comportamento alimentar foi aplicado o Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26) desenvolvido por Garner e Garfinkel em 1982 (Garner & Grafinkel, 1982),

originalmente constituído por 40 itens, mas após revisão passou a um formato definitivo de 26 itens. Foi validado e adaptado para a população portuguesa por Nunes et al. (1994).

O EAT-26 é constituído por 26 itens, respondidos numa escala do tipo Likert de 6 pontos, em que o participante escolhe uma das respostas alternativas – Sempre, Frequentemente, Muitas vezes, Algumas vezes, Raramente, e Nunca – representando a frequência que melhor caracteriza o seu comportamento alimentar diário. O somatório é realizado com as pontuações das 3 primeiras respostas alternativas (Sempre-3 pontos, Frequentemente-2 pontos, e Muitas vezes-1 ponto), exceto no item 25, que tem os valores invertidos (Algumas vezes-1 ponto, Raramente-2 pontos, e Nunca-3 pontos). Este teste está estruturado em três dimensões dos distúrbios das perturbações alimentares – dieta, bulimia e preocupação com os alimentos, e controlo oral. A escala de dieta (itens 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24, 25), reflete a restrição dietética para alimentos com valores calóricos elevados e a preocupação excessiva com a fome física. A escala de bulimia e preocupação com os alimentos (itens 3, 4, 9, 18, 21, 26) evidencia o evitamento de comida, a preocupação excessiva com a magreza, e episódios de ingestão exagerada de alimentos, seguidos por métodos patológicos de controlo do peso corporal, ou seja, comportamentos compensatórios (e.g. vómito). E, por fim, a escala do controlo oral (itens 2, 5, 8, 13, 15, 19, 20), reflete o autocontrolo relativamente à comida e a influência que o ambiente pode exercer sobre os hábitos alimentares e a ingestão dos alimentos (Garner et al., 1982).

A pontuação é calculada a partir do somatório das respostas de cada item, variando de 0 a 78 pontos, e quanto maior a pontuação, maior o risco de se desenvolver uma perturbação alimentar e de sintomatologia. Valores acima de 20, considerado ponto de corte, são sugestivos de uma perturbação do comportamento alimentar, segundo critérios do DSM-IV, mas não permitem estabelecer o diagnóstico de doença nem diagnósticos diferenciais entre as diversas perturbações do comportamento alimentar (Mintz & O'Halloran, 2000).

Versão Reduzida da Escala de Insatisfação Corporal Masculina (MDBS)

(Ochner et al, 2009; Versão Reduzida Portuguesa: Campos et al., 2017)

De forma a obter indicadores sobre a insatisfação corporal dos militares do sexo masculino da Marinha Portuguesa, foi utilizada a Versão Reduzida da Escala de Insatisfação Corporal

Masculina de Ochner et al. (2009), validada e adaptada para a população portuguesa por Campos et al. (2017). Esta escala é constituída por 12 itens, dos quais 5 são revertidos (4, 6, 9, 12, 16), distribuídos entre dois fatores (itens musculatura 4, 6, 9, 12 e 16; itens aparência geral do corpo 1, 2, 8, 15, 19, 21 e 23) respondidos de acordo com uma escala tipo Likert de 5 pontos, variando de 1 (concordo fortemente) a 5 (discordo fortemente).

A classificação dos níveis de insatisfação corporal dos indivíduos, tanto nos itens da musculatura, como nos itens da aparência geral do corpo é feita através dos percentis da escala de resposta e esta é a seguinte: 0,1–1,3 muito baixo (<25 pontos), 1,3–2,6 baixo (25–50), 2,6–3,8 moderado (50–75), 3,8–5,0 alto (>75).

Na análise de consistência interna da escala na versão portuguesa, encontrou-se um valor de Cronbach superior a 0.70, o que releva uma boa consistência interna, e os dois fatores nos quais foram distribuídos os itens apresentaram validade adequada e confiabilidade para todas as amostras no estudo.

Escala de Regulação Emocional (EDRE)

(Gratz & Roemer, 2004; Versão Portuguesa: Coutinho et al., 2010)

A Escala de Regulação Emocional (EDRE), desenvolvida por Gratz & Roemer (2004) e validada e adaptada para a população portuguesa por Coutinho et al. (2010), foi utilizada para obter indicadores sobre as dificuldades relevantes na regulação emocional dos participantes. É uma escala constituída por 36 itens, respondidos de acordo com uma escala tipo Likert de 5 pontos (1 – quase nunca; 2 – a maioria das vezes; 3 – cerca de metade das vezes; 4 – às vezes; e 5 – quase sempre). Pontuações mais altas indicam maiores dificuldades de regulação emocional, ou seja, maior desregulação emocional. Os itens 1, 2, 6, 7, 8, 10, 17, 20, 22, 24 e 34 são invertidos.

A escala está dividida em 6 fatores – Não aceitação (não aceitação da resposta emocional – itens 11, 12, 21, 25, 29 e 30), Objetivos (dificuldades em iniciar comportamentos orientados para objetivos – itens 13, 18, 20, 26, 33), Impulsos (dificuldade no controlo dos impulsos – itens 14, 19, 24, 27 e 32), Consciência (falta de consciência das emoções – itens 2, 6, 8, 10, 17 e 34), Estratégias (acesso limitado a estratégias de regulação emocional – itens 15, 16, 22, 23, 28, 31, 35 e 36) e Clareza (falta de clareza emocional – itens 1, 4, 5, 7 e 9). Os resultados das subescalas são obtidos

através da soma dos itens correspondentes, pelo que os resultados mais elevados indicam maiores dificuldades de regulação emocional.

Na análise da consistência interna da EDRE na versão portuguesa, encontrou-se um valor de alfa de Cronbach de 0.93, revelando uma elevada consistência interna. Além disso, foi revelada uma boa fidelidade teste-reteste e validade preditiva e de construto adequadas (Gratz & Roemer, 2004).

Análise dos Dados

Numa fase inicial, foi realizado o cálculo amostral para se estimar o tamanho da amostra, *à priori*, necessário para este estudo, recorrendo-se à plataforma de Daniel Sopper. O cálculo amostral estimou a necessidade de 123 participantes, com mais 10% para uma maior margem de segurança, o que fez um total de 135 participantes (valor inferior aos 192 participantes da amostra em estudo).

De forma a melhor caracterizar os participantes, foi realizada uma análise descritiva (média, desvio de padrão e frequências absolutas) nas variáveis do questionário sociodemográfico. Identificou-se a normalidade dos dados obtidos nos testes psicológicos utilizados neste estudo com significância de $p \leq .05$ no Kolmogorov-Smirnov e verificou-se que os dados não apresentaram uma distribuição normal, sendo necessário o uso de testes não paramétricos, nomeadamente a correlação de Spearman, o teste de comparação de U Mann-Whitney (equivalente ao teste de t de Student), bem como o teste de comparação de Kruskal Wallis (alternativa à ANOVA).

Para se obterem correlações entre os subgrupos dos testes de avaliação psicológica foi pedido um coeficiente de correlação de Spearman (teste não paramétrico) com significância de $p \leq .05$. As variáveis analisadas foram: Musculatura; Aparência geral do corpo; Não aceitação; Objetivos; Impulsos; Consciência; Estratégias; Clareza; Dieta; Bulimia e preocupação com os alimentos; Controlo oral. Foi utilizado o teste não paramétrico uma vez que não foi cumprido o pressuposto de normalidade, previamente testado pelo teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov ($p < .001$) em mais do que uma variável.

De forma a obter a comparação de variáveis sociodemográficas de acordo com as variáveis em estudo, foi utilizado um teste de comparação de U Mann-Whitney para 2 grupos independentes

(equivalente ao teste de t de Student) bem como o teste de comparação de Kruskal Wallis para 3 ou mais grupos independentes (alternativa à ANOVA) com significância de $p \leq .05$. As variáveis analisadas foram: habilitações académicas, patente, estatuto socioeconómico, estado civil, status tabágico, frequência de prática de atividade física, frequência de consumo de álcool, presença de doença crónica, presença de problema físico limitante da prática de exercício físico, IMC e autoperceção com as subescalas Aparência geral do corpo; Não aceitação; Objetivos; Impulsos; Consciência; Estratégias; Clareza; Dieta; Bulimia e preocupação com os alimentos; Controlo oral. Foram pedidos estes testes não paramétrico uma vez que foi violado o pressuposto de normalidade, previamente testado pelo teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov ($p < .001$) em mais do que uma variável.

As análises estatísticas foram realizadas através do software SPSS, versão 28 (Statistical Package for the Social Sciences, USA) e através do software AMOS (versão 26, IBM, NY, EUA), tendo em conta a significância de 0.5.

Resultados

Os resultados da presente tese vão ser explanados tendo em conta os objetivos definidos inicialmente para esta investigação.

Caracterizar uma amostra da Marinha Portuguesa relativamente a dados sociodemográficos, comportamento alimentar, regulação emocional e perceção da imagem corporal.

Este estudo contou com a participação de 192 militares da Marinha Portuguesa (N=192). Os participantes eram todos do sexo biológico masculino e de nacionalidade portuguesa, com idades compreendidas entre os 20 e os 59 anos e uma média de idades de 45 (SD=8.8) anos (Tabela 1).

Tabela 1

Idade, Sexo Biológico e Nacionalidade dos Participantes

	Masculino	Total
	N=192	N=192
<i>Variáveis sociodemográficas</i>		
Idade (M±SD)	45±8.8	45±8.8
Sexo	100%	100%
Nacionalidade Portuguesa		100%

A maioria dos participantes desta investigação está casado ou em união de facto (74%), tem o ensino secundário (56%), ocupa a patente de Sargento (42%), habita com o/a companheiro/a (65%) o estatuto socioeconómico (ESE), é maioritariamente médio (52%). Estes dados podem ser consultados na Tabela 2.

Tabela 2*Características Sociodemográficas dos Participantes*

Variável		Participantes (N=192)	
		<i>n</i>	%
Estado civil	Solteiro	35	18
	Casado/Em união de facto	141	74
	Divorciado	16	8
Habilitações académicas	3ª Ciclo do Ensino Básico	10	5
	Ensino Secundário	107	56
	Licenciatura	31	16
	Pós-Graduação	7	3
	Mestrado	34	18
	Doutoramento	2	1
	Curso técnico superior profissional	1	1
Categoria Profissional	Oficial	65	34
	Sargento	80	42
	Praça	47	24
Coabitação (Com quem vive)	Familiares	43	22
	Colegas de Casa	2	1
	Sozinho	19	10
	Com Companheiro/a	125	65
	Camaradas na Marinha Portuguesa	3	2
Estatuto Socioeconómico	Baixo	16	8
	Médio-Baixo	61	32
	Médio	100	52
	Médio-alto	15	8

No que diz respeito ao estilo de vida dos participantes, a maioria pratica atividade física (86%) e os restantes não praticam (14%). Relativamente à frequência, a maioria pratica 1 a 2 vezes

por semana (33%). Desta amostra de militares, a minoria apresenta um problema físico que limita a prática de atividade física (23%) e a maioria não apresenta (77%).

A maioria dos participantes é não fumador (81%), mas a maioria consome álcool (88%) com uma minoria a não consumir (12%). Quanto à frequência do consumo de álcool, é consumido maioritariamente 1 a 2 vezes por semana (25%). Os dados indicados constam na Tabela 3.

Tabela 3

Características do Estilo de Vida dos Participantes

Variável		Participantes (N=192)	
		n	%
Frequência de atividade física	Não pratica	27	14
	Mensalmente	13	7
	1-2 vezes por semana	64	33
	3-4 vezes por semana	53	28
	5 ou mais vezes por semana	31	16
	Mais que 1 vez por dia	4	2
Presença de problema físico limitante de prática atividade física	Sim	45	23
	Não	147	77
Fumador	Sim	37	19
	Não	155	81
Consumo de Álcool	Não consome	24	12
	1-2 vezes por mês	34	18
	3 vezes por mês	17	9
	1-2 vezes por semana	48	25
	3-4 vezes por semana	28	15
	5 ou mais vezes por semana	18	9
	Mais que 1 vez por dia	23	12

Quanto à história médica, quando questionados se tinham alguma doença crónica física e/ou psicológica diagnosticada pelo médico, a maioria não tem uma doença crónica diagnosticada por médico (78%). Dentro das doenças crónicas, categorizadas por patologias, a maioria apresenta patologia cardiovascular (5%). A maioria dos participantes não tem acompanhamento psicológico ou psiquiátrico (87%), nem acompanhamento por parte da nutrição (88%). Estes dados estão visíveis na Tabela 4.

Tabela 4

Características da História Médica dos Participantes

Variável		Participantes (N=192)	
		n	%
Doença Crónica Física e/ou Psicológica Diagnosticada	Sim	42	22
	Não	150	78
Tipo de Doença Crónica	Patologia Reumatológica	150	78
	Patologia Neurológica	9	4
	Patologia Genética	3	2
	Patologia Congénita	2	1
	Patologia Gastrointestinal	1	1
	Patologia Cardiovascular	1	1
	Patologia Endocrinológica	11	5
	Patologia Respiratória	5	2
	Patologia Psiquiátrica e/ou Psicológica	7	4
	Patologia Dermatológica	1	1
Acompanhamento Psicológico ou Psiquiátrico	Sim	25	13
	Não	167	87
Acompanhamento Nutricional	Sim	23	12
	Não	169	88

Quando questionados sobre a forma como consideram que está o próprio corpo, a maioria dos militares da Marinha Portuguesa considera que está com o tamanho/peso certo (49%) e excesso de peso (49%), seguido da minoria que considera estar abaixo do peso (2%). Quanto ao IMC, calculado através do valor reportado de peso e altura, a maioria dos militares apresenta sobrepeso (55%).

Relativamente ao peso e altura, os participantes apresentam pesos compreendidos entre os 58kg e os 130kg com uma média de 86kg ($SD = 13$), e alturas compreendidas entre os 163cm e 194cm com uma média de 176cm ($SD = 6$). Estes dados constam da Tabela 5.

Tabela 5

IMC, Peso, Altura e Autoperceção dos Participantes

Variável		Participantes (N=192)	
		<i>n</i>	%
Considerações acerca do corpo	Abaixo do peso	3	2
	No tamanho certo	95	49
	Excesso de peso	94	49
IMC	Peso normal	46	24
	Excesso de Peso	105	55
	Obesidade Grau I	31	16
	Obesidade Grau II	8	4
	Obesidade Grau III	2	1
Peso ($M \pm SD$)	86±13		
Altura ($M \pm SD$)	176±6		

Caracterizar o comportamento alimentar, a percepção da imagem corporal e a regulação emocional.

Relativamente à escala EAT-26, os valores totais indicaram uma média de 17.82 ($SD = 7.13$). A subescala de Dieta apresentou uma média de 9.31 ($SD = 5.23$), a subescala de Bulimia e preocupação com os alimentos uma média de 4.63 ($SD = 1.91$), e a subescala de Controlo oral uma média de 3.89 ($SD = 2.45$).

Os valores totais da escala MDBS indicaram uma média de 35.47 ($SD = 8.29$). A subescala de Musculatura apresentou uma média de 15.73 ($SD = 4.97$) e a escala Aparência geral do corpo uma média de 20.01 ($SD = 5.15$).

Quanto à escala EDRE, os valores totais indicaram uma média de 78.07 ($SD = 22.30$). A subescala de Não aceitação apresentou uma média de 12.29 ($SD = 5.77$), a subescala Objetivos apresentou uma média de 13.30 ($SD = 5.08$), a subescala Impulsos uma média de 16.79 ($SD = 4.63$), a subescala de Consciência uma média de 16.79 ($SD = 4.63$), a subescala de Estratégias uma média de 15.10 ($SD = 6.78$) e a subescala de Clareza uma média de 10.52 ($SD = 4.35$). (Ver Tabela 6).

Tabela 6

Análises descritivas (Mínimo, Máximo, Média e Desvio Padrão) das Subescalas EAT-26, MDBS e EDRE

	Mínimo	Máximo	Média	SD
<i>Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26)</i>				
EAT-26 Total	6	50	17.82	7.13
Dieta	1	30	9.31	5.23
Bulimia e preocupação com alimentos	0	12	4.63	1.91
Controlo oral	0	13	3.89	2.45
<i>Versão Reduzida da Escala de Insatisfação Corporal Masculina (MDBS)</i>				
MDBS Total	11	55	35.74	8.29
Musculatura	5	25	15.73	4.97
Aparência geral do corpo	6	30	20.01	5.15
<i>Escala de Regulação Emocional (EDRE)</i>				
EDRE Total	36	154	78.07	22.30
Não aceitação	6	30	12.29	5.77

Objetivos	5	23	13.30	5.08
Impulsos	6	29	16.79	4.63
Consciência	6	29	16.79	4.63
Estratégias	8	38	15.10	6.78
Clareza	5	25	10.52	4.35

Analisar se existe associação numa amostra de militares da Marinha Portuguesa entre o comportamento alimentar, a regulação emocional e a perceção da imagem corporal.

Neste estudo foram feitas correlações com as escalas e respetivas subescalas dos instrumentos de avaliação utilizados: Teste de Atitudes Alimentares – Dieta / Bulimia e preocupação com os alimentos / Autocontrolo oral; Versão Reduzida da Escala de Insatisfação Corporal Masculina – Musculatura / Aparência geral do corpo; Escala de Regulação Emocional – Não aceitação / Objetivos / Impulsos / Consciência / Estratégias / Clareza.

Ao nível da significância de .01, as correlações de Spearman mostraram estar positivamente associadas entre as seguintes subescalas: Musculatura e Aparência geral do corpo ($\rho = 0.292$; $p < .001$); Não aceitação e Objetivos ($\rho = 0.395$; $p < .001$); Não aceitação e Bulimia e preocupação com os alimentos ($\rho = 0.187$; $p = .009$); Não aceitação e Dieta ($\rho = 0.190$; $p = .008$); Não aceitação e Estratégias ($\rho = 0.561$; $p < .001$); Objetivos e Impulsos ($\rho = 0.177$; $p = .014$); Objetivos e Consciência ($\rho = 0.177$; $p = 0.014$); Objetivos e Estratégias ($\rho = 0.533$; $p < .001$); Objetivos e Clareza ($\rho = 0.343$; $p < .001$); Impulsos e Consciência ($\rho = 1.000$; $p < .001$); Impulsos e Estratégias ($\rho = 0.200$; $p = .006$); Impulsos e Clareza ($\rho = 0.407$; $p < .001$); Consciência e Estratégias ($\rho = 0.200$; $p = .006$); Consciência e Clareza ($\rho = 0.407$; $p < .001$); Estratégias e Clareza ($\rho = 0.505$; $p < .001$); Estratégias e Bulimia e preocupação com os alimentos ($\rho = 0.256$; $p < .001$); Clareza e Bulimia e preocupação com os alimentos ($\rho = 0.188$; $p = .009$); Bulimia e preocupação com os alimentos e Dieta ($\rho = 0.444$; $p < .001$).

Ao nível da significância de .01, as correlações de Spearman mostraram estar negativamente associadas entre as seguintes subescalas: Musculatura e Não aceitação ($\rho = -0.283$; $p < .001$); Musculatura e Objetivos ($\rho = -0.205$; $p = .004$); Musculatura e Estratégias ($\rho = -0.288$; $p < .001$); Musculatura e Clareza ($\rho = -0.292$; $p < .001$); Musculatura e Bulimia ($\rho =$

-0.335; $p < .001$); Objetivos e Controlo oral ($\rho = -0.225$; $p = .002$). Ainda que haja uma correlação estatisticamente significativa nas correlações de Spearman entre estas subescalas, estas são consideradas fracas, pois são inferiores a 0.03.

Ao nível da significância de .05, as correlações de Spearman mostraram estar negativamente associadas entre as seguintes subescalas: Musculatura e Dieta ($\rho = -0.153$; $p = .034$); Não aceitação e Controlo oral ($\rho = -0.175$; $p = .015$); Estratégias e Controlo oral ($\rho = -0.177$; $p = .014$). Ainda que haja uma correlação estatisticamente significativa nas correlações de Spearman entre estas subescalas, estas são consideradas fracas, pois são inferiores a 0.03.

Não foi verificada uma correlação estatisticamente significativa nas correlações de Spearman entre as seguintes subescalas: Musculatura e Impulsos ($\rho = -0.012$; $p = .870$); Musculatura e Consciência ($\rho = -0.012$; $p = .870$); Musculatura e Controlo oral ($\rho = 0.039$; $p = .594$); Aparência geral do corpo e Não aceitação ($\rho = -0.045$; $p = .537$); Aparência geral do corpo e Objetivos ($\rho = 0.056$; $p = .439$); Aparência geral do corpo e Impulsos ($\rho = 0.083$; $p = .251$); Aparência geral do corpo e Consciência ($\rho = 0.083$; $p = .251$); Aparência geral do corpo e Estratégias ($\rho = 0.009$; $p = .902$); Aparência geral do corpo e Clareza ($\rho = 0.086$; $p = .233$); Aparência geral do corpo e Bulimia e preocupação com os alimentos ($\rho = -0.039$; $p = .589$); Aparência geral do corpo e Dieta ($\rho = 0.065$; $p = .372$); Aparência geral do corpo e Controlo oral ($\rho = -0.130$; $p = .071$); Não aceitação e Impulsos ($\rho = 0.133$; $p = .066$); Não aceitação e Consciência ($\rho = 0.133$; $p = .066$); Objetivos e Bulimia e preocupação com os alimentos ($\rho = 0.112$; $p = .121$); Objetivos e Dieta ($\rho = 0.040$; $p = .578$); Impulsos e Bulimia e preocupação com os alimentos ($\rho = -0.003$; $p = .968$); Impulsos e Dieta ($\rho = -0.022$; $p = .762$); Impulsos e Controlo oral ($\rho = -0.102$; $p = .158$); Consciência e Bulimia e preocupação com os alimentos ($\rho = -0.003$; $p = .968$); Consciência e Dieta ($\rho = -0.022$; $p = .762$); Consciência e Controlo oral ($\rho = -0.102$; $p = .158$); Estratégias e Dieta ($\rho = 0.100$; $p = .166$); Clareza e Dieta ($\rho = 0.110$; $p = .130$); Clareza e Controlo oral ($\rho = -0.104$; $p = .151$). Bulimia e preocupação com os alimentos e Controlo oral ($\rho = 0.068$; $p = .350$); Dieta e Controlo oral ($\rho = 0.129$; $p = .075$) (Ver tabela 9).

Tabela 7

Correlação de Spearman entre as Subescalas dos Instrumentos de Avaliação: Teste de Atitudes Alimentares (Dieta / Bulimia e preocupação com os alimentos / Controlo oral); Versão Reduzida da Escala de Insatisfação Corporal Masculina (Musculatura / Aparência geral do corpo); Escala de Regulação Emocional (Não aceitação / Objetivos / Impulsos / Consciência / Estratégias / Clareza).

Dimensões	MDBS – Musc	MDBS – A.G.C	EDRE – N. A	EDRE – Obj	EDRE – Imp	EDRE – Consc	EDRE – Estr	EDRE – Clar	EAT- 26 – Bul	EAT- 26 – Die	EAT- 26 – C.O
Musc	--										
A.G.C	.292**	--									
N.A.	-.283**	-.045	--								
Obj	-.205**	.056	.395**	--							
Imp	-.012	.083	.133	.177**	--						
Consc	-.012	.083	.133	.177**	1.000**	--					
Estr	-.288**	.009	.561**	.533**	.200**	.200**	--				
Clar	-.292**	.086	.359**	.343**	.407**	.407**	.505**	--			
Bul	-.335**	-.039	.187**	.112	-.003	-.003	.256**	.188**	--		
Die	-.153*	.065	.190**	.040	-.022	-.022	.100	.110	.444**	--	
C.O.	0.039	-.130	-.175*	-.225**	-.102	-.102	-.177*	-.104	.068	.129	--

** Correlação significativa ao nível 0.01 (2 extremidades);

* Correlação significativa ao nível 0.05 (2 extremidades);

Musc – Musculatura; A.G.C – Aparência geral do corpo; N.A – Não aceitação; Obj – Objetivos; Imp – Impulsos; Consc – Consciência; Estr – Estratégias; Clar – Clareza; Bul – Bulimia e preocupação com os alimentos; Die – Dieta; C.O. – Controlo oral

Analisar a associação do comportamento alimentar, percepção da imagem corporal e regulação emocional tendo em conta as variáveis sociodemográficas

As comparações realizadas com o teste de Kruskal Wallis (Tabela 8) entre as habilitações académicas e as subescalas do MDBS, EDRE e EAT-26, apontaram que existem diferenças estatisticamente significativas na subescala Musculatura do MDBS [$X^2(2) = 7.397; p = .025$], sendo os militares que possuem somente o ensino secundário que se apresentam mais insatisfeitos com a quantidade de músculos.

Tabela 8

Comparações com o Teste de Kruskal Wallis entre a MDBS, a EDRE e o EAT-26 com as Habilitações Académicas

		N	Rank	X ²	P
Comparações entre a Escala MDBS com a variável das habilitações académicas					
Musc	Do ensino básico ao secundário	117	104.54	7.397	.025
	Licenciatura	31	76.05		
	Ensino Pós-Graduado	44	89.52		
A.G.C	Do ensino básico ao secundário	117	99.04	0.722	.697
	Licenciatura	31	90.21		
	Ensino Pós-Graduado	44	94.18		
Comparações entre a Escala Escala EDRE com a variável das habilitações académicas					
N.A	Do ensino básico ao secundário	117	91.08	3.655	.161
	Licenciatura	31	111.42		
	Ensino Pós-Graduado	44	100.40		
Obj	Do ensino básico ao secundário	117	89.13	5.344	.069
	Licenciatura	31	106.81		
	Ensino Pós-Graduado	44	108.84		
Imp	Do ensino básico ao secundário	117	89.70	4.606	.100
	Licenciatura	31	104.82		
	Ensino Pós-Graduado	44	108.73		
Consc	Do ensino básico ao secundário	117	89.70	4.606	.100
	Licenciatura	31	104.82		
	Ensino Pós-Graduado	44	108.73		
Estr	Do ensino básico ao secundário	117	93.66	0.992	.609
	Licenciatura	31	104.23		
	Ensino Pós-Graduado	44	98.60		
Clar	Do ensino básico ao secundário	117	93.90	3.158	.206
	Licenciatura	31	88.63		
	Ensino Pós-Graduado	44	108.97		
Comparações entre a Escala Escala EAT-26 com a variável das habilitações académicas					
Die	Do ensino básico ao secundário	117	94.45	2.847	.241
	Licenciatura	31	87.79		
	Ensino Pós-Graduado	44	108.08		
Bul	Do ensino básico ao secundário	117	97.09	0.089	.956
	Licenciatura	31	97.34		
	Ensino Pós-Graduado	44	94.34		
C.O.	Do ensino básico ao secundário	117	103.40	5.053	.080
	Licenciatura	31	81.32		
	Ensino Pós-Graduado	44	88.84		

p ≤ 0.05.

Musc – Musculatura; A.G.C – Aparência geral do corpo; N.A – Não aceitação; Obj – Objetivos; Imp – Impulsos; Consc – Consciência; Estr – Estratégias; Clar – Clareza; Bul – Bulimia e preocupação com os alimentos; Die – Dieta; C.O. – Controlo oral

Quanto aos dados das comparações feitas com o teste de Kruskal Wallis entre as patentes e as subescalas do MDDBS, EDRE e EAT-26 verificou-se diferenças estatisticamente significativas nas subescalas Musculatura do MDDBS [$X^2(2) = 6.935; p = .031$], Impulsos do EDRE [$X^2(2) = 7.535; p = .023$], Consciência do EDRE [$X^2(2) = 7.535; p = .023$] e Controlo oral do EAT-26 [$X^2(2) = 6.777; p = .034$] com os sargentos a apresentarem maior insatisfação com a musculatura e maior controlo oral com os alimentos seguido dos praças e oficiais, e os oficiais a apresentarem maiores dificuldades no controlo dos impulsos e mais falta de consciência das emoções, seguido dos sargentos e praças (Ver tabela 9).

Tabela 9

Comparações com o Teste de Kruskal Wallis entre a MDDBS, a EDRE e o EAT-26 com as Patentes

		N	Rank	X ²	P
Comparações entre a Escala MDDBS com a variável das patentes					
Musc	Oficial	65	83.16	6.935	.031
	Sargento	80	107.51		
	Praça	47	96.21		
A.G.C	Oficial	65	89.88	2.962	.227
	Sargento	80	95.19		
	Praça	47	107.89		
Comparações entre a Escala Escala EDRE com a variável das patentes					
N.A	Oficial	65	107.76	5.421	.067
	Sargento	80	86.51		
	Praça	47	97.93		
Obj	Oficial	65	107.63	4.643	.098
	Sargento	80	87.74		
	Praça	47	96.02		
Imp	Oficial	65	107.34	7.535	.023
	Sargento	80	98.28		
	Praça	47	78.49		
Consc	Oficial	65	107.34	7.535	.023
	Sargento	80	98.28		

	Praça	47	78.49		
Estr	Oficial	65	100.78	4.266	.118
	Sargento	80	87.16		
	Praça	47	106.48		
Clar	Oficial	65	98.75	1.380	.501
	Sargento	80	91.23		
	Praça	47	102.37		
Comparações entre a Escala Escala EAT-26 com a variável das patentes					
Die	Oficial	65	101.69	1.404	.496
	Sargento	80	91.07		
	Praça	47	98.56		
Bul	Oficial	65	100.17	1.134	.567
	Sargento	80	97.72		
	Praça	47	89.35		
C.O.	Oficial	65	82.44	6.777	.034
	Sargento	80	105.94		
	Praça	47	99.88		

$p \leq 0.05$.

Musc – Musculatura; A.G.C – Aparência geral do corpo; N.A – Não aceitação; Obj – Objetivos; Imp – Impulsos; Consc – Consciência; Estr – Estratégias; Clar – Clareza; Bul – Bulimia e preocupação com os alimentos; Die – Dieta; C.O. – Controlo oral

Relativamente às comparações feitas com o teste de Kruskal Wallis entre o estatuto socioeconómico e as subescalas do MDDBS, EDRE e EAT-26, verificou-se diferenças estatisticamente significativas nas subescalas Musculatura [$X^2(2) = 6.378$; $p = .041$] e Aparência geral do corpo do MDDBS [$X^2(2) = 7.311$; $p = .026$] com os militares com NSE baixo e médio-baixo mais insatisfeitos com a imagem corporal. Estes dados constam da Tabela 10.

Tabela 10

Comparações com o Teste de Kruskal Wallis entre a MDDBS, a EDRE e o EAT-26 com o Estatuto Socioeconómico

		N	Rank	X ²	P
Comparações entre a Escala MDDBS com a variável do estatuto socioeconómico					
Musc	Baixo e Médio-Baixo	77	104.70	6.378	.041
	Médio	100	94.78		
	Médio-Alto	15	65.87		
A.G.C	Baixo e Médio-Baixo	77	106.64	7.311	.026
	Médio	100	93.18		
	Médio-Alto	15	66.60		

Comparações entre a Escala EDRE com a variável do estatuto socioeconómico					
N.A	Baixo e Médio-Baixo	77	94.63	0.281	.869
	Médio	100	98.47		
	Médio-Alto	15	92.97		
Obj	Baixo e Médio-Baixo	77	93.09	0.592	.744
	Médio	100	98.14		
	Médio-Alto	15	103.07		
Imp	Baixo e Médio-Baixo	77	101.39	3.364	.186
	Médio	100	90.15		
	Médio-Alto	15	113.73		
Consc	Baixo e Médio-Baixo	77	101.39	3.364	.186
	Médio	100	90.15		
	Médio-Alto	15	113.73		
Estr	Baixo e Médio-Baixo	77	101.01	2.217	.330
	Médio	100	91.18		
	Médio-Alto	15	108.83		
Clar	Baixo e Médio-Baixo	77	101.25	2.175	.337
	Médio	100	91.13		
	Médio-Alto	15	107.93		
Comparações entre a Escala EAT-26 com a variável do estatuto socioeconómico					
Die	Baixo e Médio-Baixo	77	88.26	3.690	.158
	Médio	100	103.86		
	Médio-Alto	15	89.73		
Bul	Baixo e Médio-Baixo	77	99.87	2.920	.232
	Médio	100	97.33		
	Médio-Alto	15	73.30		
C.O.	Baixo e Médio-Baixo	77	99.62	0.529	.768
	Médio	100	93.74		
	Médio-Alto	15	98.93		

$p \leq 0.05$.

Musc – Musculatura; A.G.C – Aparência geral do corpo; N.A – Não aceitação; Obj – Objetivos; Imp – Impulsos; Consc – Consciência; Estr – Estratégias; Clar – Clareza; Bul – Bulimia e preocupação com os alimentos; Die – Dieta; C.O. – Controlo oral

Nas comparações realizadas com o teste de Kruskal Wallis (Tabela 11) entre a prática de atividade física e as subescalas do MDBS, EDRE e EAT-26, existem diferenças estatisticamente significativas na subescala Aparência geral do corpo do MDBS [$X^2(2) = 9.984$; $p = .019$] com os militares que mais praticam atividade física mais insatisfeitos com a aparência do corpo do que os que não praticam atividade física.

Tabela 11

Comparações com o Teste de Kruskal Wallis entre a MDDBS, a EDRE e o EAT-26 com a Frequência de Prática de Atividade Física

		N	Rank	X ²	P
Comparações entre a Escala MDDBS com a variável da frequência de prática de atividade física					
Musc	Não pratica	27	93.30	2.169	.538
	Mensalmente	13	94.88		
	1-4 vezes por semana	117	100.72		
	5 ou mais vezes por semana e mais que 1 vez ao dia	35	85.47		
A.G.C	Não pratica	27	76.06	9.984	.019
	Mensalmente	13	107.27		
	1-4 vezes por semana	117	104.95		
	5 ou mais vezes por semana e mais que 1 vez ao dia	35	80.03		
Comparações entre a Escala Escala EDRE com a variável da frequência de prática de atividade física					
N.A	Não pratica	27	92.13	1.084	.781
	Mensalmente	13	109.38		
	1-4 vezes por semana	117	95.11		
	5 ou mais vezes por semana e mais que 1 vez ao dia	35	99.73		
Obj	Não pratica	27	100.65	0.930	.818
	Mensalmente	13	104.92		
	1-4 vezes por semana	117	96.54		
	5 ou mais vezes por semana e mais que 1 vez ao dia	35	90.04		
Imp	Não pratica	27	94.65	1.286	.732
	Mensalmente	13	97.12		
	1-4 vezes por semana	117	99.53		
	5 ou mais vezes por semana e mais que 1 vez ao dia	35	87.59		
Consc	Não pratica	27	94.65	1.286	.732
	Mensalmente	13	97.12		
	1-4 vezes por semana	117	99.53		
	5 ou mais vezes por semana e mais que 1 vez ao dia	35	87.59		
Estr	Não pratica	27	96.11	1.501	.682
	Mensalmente	13	82.38		
	1-4 vezes por semana	117	99.59		
	5 ou mais vezes por semana e mais que 1 vez ao dia	35	91.70		
Clar	Não pratica	27	97.59	3.236	.357
	Mensalmente	13	116.15		
	1-4 vezes por semana	117	97.50		
	5 ou mais vezes por semana e mais que 1 vez ao dia	35	85.01		
Comparações entre a Escala Escala EAT-26 com a variável da frequência de prática de atividade física					
Die	Não pratica	27	89.91	6.819	.078

	Mensalmente	13	89.62		
	1-4 vezes por semana	117	92.20		
	5 ou mais vezes por semana e mais que 1 vez ao dia	35	118.53		
Bul	Não pratica	27	86.69	1.789	.617
	Mensalmente	13	99.31		
	1-4 vezes por semana	117	95.87		
	5 ou mais vezes por semana e mais que 1 vez ao dia	35	105.13		
C.O.	Não pratica	27	91.33	6.665	.083
	Mensalmente	13	69.19		
	1-4 vezes por semana	117	95.75		
	5 ou mais vezes por semana e mais que 1 vez ao dia	35	113.14		

$p \leq 0.05$.

Musc – Musculatura; A.G.C – Aparência geral do corpo; N.A – Não aceitação; Obj – Objetivos; Imp – Impulsos; Consc – Consciência; Estr – Estratégias; Clar – Clareza; Bul – Bulimia e preocupação com os alimentos; Die – Dieta; C.O. – Controlo oral

Relativamente às comparações feitas com o teste de U Mann-Whitney entre o consumo de álcool e as subescalas do MDDBS, EDRE e EAT-26, não se identificaram diferenças estatisticamente significativas entre as subescalas e o consumo de álcool. (Tabela 12).

Tabela 12

Comparações com o Teste de Kruskal Wallis entre a MDDBS, a EDRE e o EAT-26 com a Frequência de Consumo de Álcool

		N	Rank	X ²	P
Comparações entre a Escala MDDBS com a variável da frequência de consumo de álcool					
Musc	Não consome	24	100.60	3.370	.338
	1-3 vezes por mês	51	85.57		
	1-4 vezes por semana	76	97.36		
	5 ou mais vezes por semana e mais que 1 vez ao dia	41	106.10		
A.G.C	Não consome	24	87.29	1.538	.673
	1-3 vezes por mês	51	100.89		
	1-4 vezes por semana	76	99.29		
	5 ou mais vezes por semana e mais que 1 vez ao dia	41	91.28		
Comparações entre a Escala EDRE com a variável da frequência de consumo de álcool					
N.A	Não consome	24	90.31	2.280	.516
	1-3 vezes por mês	51	103.85		

	1-4 vezes por semana	76	98.13		
	5 ou mais vezes por semana e mais que 1 vez ao dia	41	87.96		
Obj	Não consome	24	88.44	1.503	.681
	1-3 vezes por mês	51	97.78		
	1-4 vezes por semana	76	101.20		
	5 ou mais vezes por semana e mais que 1 vez ao dia	41	90.91		
Imp	Não consome	24	114.73	4.421	.219
	1-3 vezes por mês	51	90.90		
	1-4 vezes por semana	76	99.39		
	5 ou mais vezes por semana e mais que 1 vez ao dia	41	87.44		
Consc	Não consome	24	114.73	4.421	.219
	1-3 vezes por mês	51	90.90		
	1-4 vezes por semana	76	99.39		
	5 ou mais vezes por semana e mais que 1 vez ao dia	41	87.44		
Estr	Não consome	24	89.06	1.125	.771
	1-3 vezes por mês	51	95.07		
	1-4 vezes por semana	76	101.20		
	5 ou mais vezes por semana e mais que 1 vez ao dia	41	93.91		
Clar	Não consome	24	93.27	0.709	.871
	1-3 vezes por mês	51	93.08		
	1-4 vezes por semana	76	100.52		
	5 ou mais vezes por semana e mais que 1 vez ao dia	41	95.20		

Comparações entre a Escala Escala EAT-26 com a variável da frequência de consumo de
 Álcool

Die	Não consome	24	108.58	4.368	.224
	1-3 vezes por mês	51	105.55		
	1-4 vezes por semana	76	88.03		
	5 ou mais vezes por semana e mais que 1 vez ao dia	41	93.87		
Bul	Não consome	24	88.46	1.090	.779
	1-3 vezes por mês	51	100.23		
	1-4 vezes por semana	76	98.68		
	5 ou mais vezes por semana e mais que 1 vez ao dia	41	92.54		
C.O.	Não consome	24	88.33	3.266	.352
	1-3 vezes por mês	51	107.43		
	1-4 vezes por semana	76	91.18		
	5 ou mais vezes por semana e mais que 1 vez ao dia	41	97.45		

$p \leq 0.05$.

Musc – Musculatura; A.G.C – Aparência geral do corpo; N.A – Não aceitação; Obj – Objetivos; Imp – Impulsos; Consc – Consciência; Estr – Estratégias; Clar – Clareza; Bul – Bulimia e preocupação com os alimentos; Die – Dieta; C.O. – Controlo oral

Nas comparações feitas com o teste de Kruskal Wallis (Tabela 13) entre a autopercepção e as subescalas do MDBS, EDRE e EAT-26, verificou-se diferenças estatisticamente significativas nas subescalas Aparência geral do corpo do MDBS [$X^2(2) = 14.735$; $p < .001$], Clareza do EDRE [$X^2(2) = 4.776$; $p < .029$], Dieta do EAT-26 [$X^2(2) = 17.184$; $p < .001$] e Bulimia do EAT-26 [$X^2(2) = 7.113$; $p = .008$] com os militares com excesso de peso a apresentarem maior insatisfação com a aparência do corpo; menor clareza das emoções; mais restrição dietética e preocupação com a fome física; mais evitamento da comida, preocupação excessiva com a magreza, e episódios de ingestão exagerada de alimentos.

Tabela 13

Comparações com o Teste de Kruskal Wallis entre a MDBS, a EDRE e o EAT-26 com a Autopercepção

		N	Rank	X ²	P
Comparações entre a Escala MDBS com a variável da autopercepção					
Musc	Com excesso de peso	94	87.38	3.657	.056
	No tamanho/peso certo	95	102.54		
A.G.C	Com excesso de peso	94	110.31	14.735	.000
	No tamanho/peso certo	95	79.85		
Comparações entre a Escala Escala EDRE com a variável da autopercepção					
N.A	Com excesso de peso	94	96.57	0.158	.691
	No tamanho/peso certo	95	93.45		
Obj	Com excesso de peso	94	94.51	0.015	.902
	No tamanho/peso certo	95	95.48		
Imp	Com excesso de peso	94	101.83	2.932	.087
	No tamanho/peso certo	95	88.24		
Consc	Com excesso de peso	94	101.83	2.932	.087
	No tamanho/peso certo	95	88.24		
Estr	Com excesso de peso	94	96.13	0.082	.775
	No tamanho/peso certo	95	93.88		
Clar	Com excesso de peso	94	103.65	4.776	.029
	No tamanho/peso certo	95	86.44		

Comparações entre a Escala Escala EAT-26 com a variável da auto percepção					
Die	Com excesso de peso	94	111.54	17.184	.000
	No tamanho/peso certo	95	78.64		
Bul	Com excesso de peso	94	105.51	7.113	.008
	No tamanho/peso certo	95	84.61		
C.O.	Com excesso de peso	94	90.70	1.179	.278
	No tamanho/peso certo	95	99.25		

$p \leq 0.05$.

Musc – Musculatura; A.G.C – Aparência geral do corpo; N.A – Não aceitação; Obj – Objetivos; Imp – Impulsos; Consc – Consciência; Estr – Estratégias; Clar – Clareza; Bul – Bulimia e preocupação com os alimentos; Die – Dieta; C.O. – Controlo oral

As comparações realizadas com o teste de Kruskal Wallis entre o IMC e as subescalas do MDBS, EDRE e EAT-26, identificaram-se diferenças estatisticamente significativas na subescala Aparência geral do corpo do MDBS [$X^2(2) = 6.297$; $p = .043$] e Dieta do EAT-26 [$X^2(2) = 6.301$; $p = .043$] sendo os militares com Obesidade I a III os que apresentam maior insatisfação com a aparência geral do corpo e mais comportamentos de restrição dietética e preocupação com a fome física, seguido dos excesso de peso e peso normal. Ver tabela 14.

Tabela 14

Comparações com o Teste de Kruskal Wallis entre a MDBS, a EDRE e o EAT-26 com o IMC

		N	Rank	X ²	P
Comparações entre a Escala MDBS com a variável das patentes					
Musc	Peso Normal	46	93.13	0.242	.886
	Excesso de Peso	105	97.18		
	Obesidade I a III	41	98.55		
A.G.C	Peso Normal	46	88.64	6.297	.043
	Excesso de Peso	105	92.52		
	Obesidade I a III	41	115.51		
Comparações entre a Escala Escala EDRE com a variável das patentes					
N.A	Peso Normal	46	86.64	1.961	.375
	Excesso de Peso	105	99.35		
	Obesidade I a III	41	100.27		
Obj	Peso Normal	46	102.30	0.667	.717
	Excesso de Peso	105	94.61		

Imp	Obesidade I a III	41	94.83	1.667	.432
	Peso Normal	46	88.74		
	Excesso de Peso	105	96.94		
Consc	Obesidade I a III	41	104.09	1.667	.432
	Peso Normal	46	88.74		
	Excesso de Peso	105	96.94		
Estr	Obesidade I a III	41	104.09	1.244	.537
	Peso Normal	46	90.73		
	Excesso de Peso	105	96.17		
Clar	Obesidade I a III	41	103.83	5.631	.060
	Peso Normal	46	98.17		
	Excesso de Peso	105	89.26		
	Obesidade I a III	41	113.17		
<hr/>					
Comparações entre a Escala Escala EAT-26 com a variável das patentes					
Die	Peso Normal	46	80.35	6.301	.043
	Excesso de Peso	105	98.50		
	Obesidade I a III	41	109.50		
Bul	Peso Normal	46	84.80	2.996	.224
	Excesso de Peso	105	98.82		
	Obesidade I a III	41	103.67		
C.O.	Peso Normal	46	103.08	0.943	.624
	Excesso de Peso	105	93.63		
	Obesidade I a III	41	96.48		

$p \leq 0.05$.

Musc – Musculatura; A.G.C – Aparência geral do corpo; N.A – Não aceitação; Obj – Objetivos; Imp – Impulsos; Consc – Consciência; Estr – Estratégias; Clar – Clareza; Bul – Bulimia e preocupação com os alimentos; Die – Dieta; C.O. – Controlo oral

Quanto às comparações efetuadas com o teste de U Mann-Whitney entre problema físico que limita atividade física e as subescalas do MDBS, EDRE e EAT-26, identificaram-se diferenças estatisticamente significativas na subescala Clareza do EDRE ($U = 2603.00$; $p = .029$) com os militares que têm um problema físico limitante da prática de atividade física a apresentar maior dificuldade em entender as emoções. (Ver tabela 15).

Tabela 15

Comparações com o Teste de U Mann-Whitney entre a MDBS, a EDRE e o EAT-26 com Problema Físico Limitante de Praticar Atividade Física

	Problema físico	N	Rank	U	Z	P
Comparações entre a Escala MDBS com o problema físico						
Musc	Sim	45	100.24	3139.00	-0.518	.604
	Não	147	95.35			
A.G.C	Sim	45	102.87	3021.00	-0.881	.378
	Não	147	94.55			
Comparações entre a Escala EDRE com o problema físico						
N.A	Sim	45	104.37	2953.50	-1.099	.272
	Não	147	94.09			
Obj	Sim	45	103.99	2970.50	-1.038	.299
	Não	147	94.21			
Imp	Sim	45	107.01	2834.500	-1.454	.146
	Não	147	93.28			
Consc	Sim	45	107.01	2834.500	-1.454	.146
	Não	147	93.28			
Estr	Sim	45	103.46	2994.50	-0.972	.331
	Não	147	94.37			
Clar	Sim	45	112.16	2603.00	-2.182	.029
	Não	147	91.71			
Comparações entre a Escala EAT-26 com o problema físico						
Die	Sim	45	103.11	3010.00	-0.915	.360
	Não	147	94.48			
Bul	Sim	45	96.73	3297.00	-0.033	.974
	Não	147	96.43			
C.O.	Sim	45	105.97	2881.50	-1.319	.187
	Não	147	93.60			

$p \leq 0.05$.

Musc – Musculatura; A.G.C – Aparência geral do corpo; N.A – Não aceitação; Obj – Objetivos; Imp – Impulsos; Consc – Consciência; Estr – Estratégias; Clar – Clareza; Bul – Bulimia e preocupação com os alimentos; Die – Dieta; C.O. – Controlo oral

Quanto aos dados das comparações feitas com o teste de U Mann-Whitney (Tabela 16) entre a doença crónica e as subescalas do MDBS, EDRE e EAT-26, verificou-se diferenças estatisticamente significativas nas subescalas Aparência geral do corpo do MDBS ($U = 2321.00$; p

= .006) e Clareza do EDRE ($U = 2474.50$; $p = .022$) sendo que quem tem doença crónica apresenta mais dificuldade em compreender as emoções e maior insatisfação com a aparência geral do corpo.

Tabela 16

Comparações com o Teste de U Mann-Whitney entre a MDBS, a EDRE e o EAT-26 com Doença Crónica

Doença Crónica		N	Rank	U	Z	P
Comparações entre a Escala MDBS com o problema físico						
Musc	Sim	43	95.10	3143.50	-0.188	.851
	Não	149	96.90			
A.G.C	Sim	43	117.02	2321.00	-2.758	.006
	Não	149	90.58			
Comparações entre a Escala EDRE com o problema físico						
N.A	Sim	43	97.91	3143.00	-0.191	.849
	Não	149	96.09			
Obj	Sim	43	105.49	2817.00	-1.210	.226
	Não	149	93.91			
Imp	Sim	43	95.84	3175.00	-0.089	.929
	Não	149	96.69			
Consc	Sim	43	95.84	3175.00	-0.089	.929
	Não	149	96.69			
Estr	Sim	43	108.70	2679.00	-1.655	.098
	Não	149	92.98			
Clar	Sim	43	113.45	2474.50	-2.295	.022
	Não	149	91.61			
Comparações entre a Escala EAT-26 com o problema físico						
Die	Sim	43	98.49	3118.00	-0.267	.789
	Não	149	95.93			
Bul	Sim	43	97.49	3161.00	-0.134	.893
	Não	149	96.21			
C.O.	Sim	43	94.30	3109.00	-0.297	.766
	Não	149	97.13			

$p \leq 0.05$.

Musc – Musculatura; A.G.C – Aparência geral do corpo; N.A – Não aceitação; Obj – Objetivos; Imp – Impulsos; Consc – Consciência; Estr – Estratégias; Clar – Clareza; Bul – Bulimia e preocupação com os alimentos; Die – Dieta; C.O. – Controlo oral

No que diz respeito às comparações realizadas com o teste de U Mann-Whitney (Tabela 17) entre o *status* tabágico e as subescalas do MDDBS, EDRE e EAT-26, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na subescala Estratégias do EDRE ($U = 2071.000$; $p = .008$) com os militares que não fumam a apresentarem um acesso mais limitado a estratégias de regulação emocional.

Tabela 17

Comparações com o Teste de U Mann-Whitney entre a MDDBS, a EDRE e o EAT-26 com Status Tabágico

	Fumador	N	Rank	U	Z	P
Comparações entre a Escala MDDBS com o status tabágico						
Musc	Sim	37	102.96	2628.500	-0.790	.430
	Não	155	94.96			
A.G.C	Sim	37	90.70	2653.000	-0.708	.479
	Não	155	97.88			
Comparações entre a Escala EDRE com o status tabágico						
N.A	Sim	37	92.18	2707.500	-0.534	.594
	Não	155	97.53			
Obj	Sim	37	89.45	2606.500	-0.863	.388
	Não	155	98.18			
Imp	Sim	37	83.07	2370.500	-1.641	.101
	Não	155	99.71			
Consc	Sim	37	83.07	2370.500	-1.641	.101
	Não	155	99.71			
Estr	Sim	37	74.97	2071.000	-2.656	.008
	Não	155	101.64			
Clar	Sim	37	88.86	2585.000	-0.940	.347
	Não	155	98.32			
Comparações entre a Escala EAT-26 com o status tabágico						
Die	Sim	37	89.36	2603.500	-0.872	.383
	Não	155	98.20			
Bul	Sim	37	94.26	2784.500	-0.278	.781
	Não	155	97.04			
C.O.	Sim	37	107.97	2443.000	-1.412	.158
	Não	155	93.76			

$p \leq 0.05$.

Musc – Musculatura; A.G.C – Aparência geral do corpo; N.A – Não aceitação; Obj – Objetivos; Imp – Impulsos; Consc – Consciência; Estr – Estratégias; Clar – Clareza; Bul – Bulimia e preocupação com os alimentos; Die – Dieta; C.O. – Controlo oral

Discussão

Cada vez mais se reconhece a relevância dos comportamentos e hábitos alimentares adequados, equilibrados e racionais na promoção da saúde e bem-estar físico e mental, manutenção de um estilo de vida saudável e prevenção da doença (Ansari et al., 2015; Bagordo, et al., 2013; Hilger et al., 2017; Loughman et al., 2021; Papadaki et al., 2007; Przybyłowicz & Danielewicz, 2022; Rossi et al., 2008; Viana, 2002).

O comportamento alimentar é determinado por fatores interrelacionados de origem interna e externa ao organismo, nomeadamente a forma como os indivíduos percebem a sua imagem corporal e se sentem sobre a mesma, e o funcionamento emocional (Avalos et al., 2005; Kapoor et al., 2022; Macht, 2008; Zijlstra et al., 2012).

A profissão militar apresenta particularidades tais como requisitos rígidos de condicionamento físico, pesagens frequentes, regulamentos e padrões de peso e aparência militar, realocação e implantação, havendo, por isso, riscos ao nível do comportamento e hábitos alimentares. Estes riscos geram implicações graves para a saúde, comprometimento do desempenho militar, aumento da insatisfação corporal e/ou preocupações com o peso e forma, bem como aumento do risco de suicídio que, por sua vez, aumentam os custos de saúde e o absentismo dos militares (Bartlett & Mitchel, 2015; Breland et al., 2017; Garber et al., 2008).

Considerando estes indicadores, este estudo visou explorar o comportamento alimentar, a percepção da imagem corporal e a regulação emocional numa amostra de militares da Marinha Portuguesa, de modo a analisar o nível de risco que existe em amostras militares no que respeita a comportamentos e hábitos alimentares, tendo em conta a satisfação com a imagem corporal e a regulação emocional.

Foi ainda aprofundado de que forma é que as características sociodemográficas de cada indivíduo se podem relacionar com estas variáveis. Cento e noventa e dois militares da Marinha Portuguesa preencheram o questionário, o que permitiu compreender os dados obtidos relativamente a esta temática. Desta forma, foi possível explorar o comportamento alimentar, a satisfação com a imagem corporal, a regulação emocional e perceber o impacto dos mesmos.

O primeiro objetivo do presente estudo foi caracterizar uma amostra da Marinha Portuguesa relativamente a dados sociodemográficos. No que diz respeito ao estilo de vida, a

maioria dos militares pratica atividade física, com uma maior frequência de 1 a 2 vezes por semana, tendo a minoria um problema físico que limita a prática de atividade física, e a maioria é não fumador.

No entanto, quanto ao consumo de álcool, se se juntar as percentagens da frequência do consumo do álcool, e comparar com a percentagem do não consumo de álcool, o valor é elevado. Portanto, a maioria dos militares desta amostra consome álcool. Contudo, estes dados podem não ser significativos sobre existir excesso de consumo de álcool, uma vez que, não foi obtida informação sobre as quantidades de álcool, não sendo possível discriminar se este consumo é excessivo ou considerável. Estes militares podem ter referido consumir álcool 1 a 2 vezes por semana e este consumo ser apenas, por exemplo, um único copo de álcool. Da mesma maneira, podem ter referido consumir álcool somente 1 vez no mês e este consumo ser excessivo, por exemplo, 1 garrafa inteira de álcool.

Relativamente à perceção da imagem corporal, a maioria dos militares considera-se tanto com excesso de peso como no tamanho/peso certo, havendo uma maioria de militares com excesso de peso, segundo o IMC, apesar da maioria praticar atividade física. Portanto, ainda que a maioria dos militares pratique atividade física e, ainda que o contexto militar seja constituído por uma cultura *fitness* podendo os militares ser mais saudáveis fisicamente (Hruby et al., 2021), a maioria apresenta um IMC de excesso de peso.

No entanto, importa ter em consideração que o IMC poderá não ser preditor de excesso de peso da amostra. O IMC é calculado através do valor reportado do peso e da altura, não tendo em conta informações sobre a composição corporal (i.e., quantidade de massa magra ou massa gorda), podendo um individuo com um peso considerado elevado para a sua altura, ter uma quantidade reduzida de gordura corporal, mas uma quantidade elevada de massa muscular. Isto pode gerar confusão entre o tamanho do corpo e a composição do corpo (Potter et al., 2022; Rezende et al., 2010).

O estudo realizado por Potter et al. (2022) com atletas do Corpo de Fuzileiros dos Estados Unidos, demonstra estes aspetos. Os militares desta amostra eram considerados obesos segundo o cálculo do IMC, mas, relativamente à composição corporal, apresentavam grandes quantidades de músculos, uma estrutura óssea elevada e uma % de massa gorda baixa e irrelevante para o desempenho da força, sendo o IMC um não preditor de obesidade nesta amostra.

O segundo objetivo do presente estudo foi caracterizar o comportamento alimentar, a percepção da imagem corporal e a regulação emocional. A análise aos valores do MDDBS, demonstra existir baixa a muito baixa insatisfação com a imagem corporal nesta amostra de militares da Marinha Portuguesa. Portanto, ainda que quase metade da amostra relate perceber-se com excesso de peso, os militares da Marinha Portuguesa que participaram neste estudo estão satisfeitos com a sua imagem corporal.

O contexto militar é referido como tendo destacada uma “identidade militar” caracterizada por ênfase na aptidão física, requisitos rígidos de condicionamento físico, regulamentos e padrões de peso e aparência militar, que pode originar implicações na percepção da imagem corporal caso haja discrepância na aparência atual do militar a aquilo que é expectável (Applewhite et al., 2022; Bartlett & Mitchel, 2015; Breland et al., 2017; Garber et al., 2008; Morgado et al., 2013). A revisão sistemática conduzida por Applewhite et al. (2022), demonstra que perturbações corporais, tanto do corpo como da quantidade de músculos, e o uso de anabolizantes e estimulantes são altamente prevalentes entre militares, resultado das exigências físicas presentes neste contexto.

No entanto, não se verificou insatisfação com a imagem corporal, ainda que a maioria da amostra se percecionasse com excesso de peso. Estes resultados demonstram a necessidade de se explorar a identidade militar em contexto português, de forma a se compreender se existe ênfase na aptidão física, requisitos rígidos de condicionamento físico, regulamentos e padrões de peso e aparência militar, como apontado na literatura. Além disso, estes resultados podem ser sugestivos de um possível viés das respostas, as quais foram autorreportadas e suscetíveis da presença de desajustabilidade social.

Não obstante, estes dados podem ser compreendidos pelo facto de existir um fator protetor da imagem corporal para os homens comparativamente às mulheres. Isto porque a população feminina é mais afetada pela influência da cultura e dos media relativamente aos ideais de beleza e, por sua vez, é mais vulnerável às consequências adversas provenientes destes ideais, sofre maior pressão social relativamente ao peso, apresenta maior consciência sobre a sua imagem corporal e maior insatisfação corporal (Brennan et al., 2010; Gualdi-Russo et al., 2022; Halmi et al., 1977; Novaes & Vilhena, 2003; Ricciardelli et al., 2007; Ricciardelli & McCabe, 2004).

Relativamente ao EAT-26 e respetivas subescalas, na análise aos valores, estes não são sugestivos de haver risco de se desenvolver uma perturbação do comportamento alimentar nesta

amostra de militares. No entanto, o valor total da média é praticamente 18 e, ainda que abaixo de 20, que é o valor sugestivo, está próximo do mesmo. Na literatura, os dados sugerem que existe associação entre as características únicas da vida militar e um alto risco de se desenvolver uma perturbação do comportamento alimentar, especialmente perante exposição a trauma (Bartlett & Mitchel, 2015; Beekley et al., 2009; Bodell et al., 2014; Falvey et al., 2021; Masheb et al., 2021; Quattlebaum et al., 2019; Touma et al., 2022; Richardson et al., 2020). Ainda que estes resultados não vão de encontro com os estudos indicados, o facto de o valor médio estar próximo de um valor significativo, sugere a necessidade de mais investigações futuras que permitam explorar o comportamento alimentar em amostras militares, especialmente em contexto português.

Por fim, na análise do EDRE e respetivas subescalas, as médias mais elevadas são ao nível das subescalas do controlo dos impulsos, da consciência das emoções e acesso a estratégias de regulação emocional, indicando dificuldade em se controlar os impulsos, pouca consciência das emoções e acesso limitado a estratégias de regulação emocional. Por outro lado, a média mais baixa é na subescala clareza das emoções, podendo indicar existir clareza sobre as emoções por parte dos militares desta amostra. Estes resultados são paradoxais ao haver pouca consciência das emoções, mas existir clareza emocional, ou seja, existe dificuldade de reconhecer e nomear o que o próprio ou terceiros estão a sentir, mas há capacidade de compreender o porquê da emoção sentida. Isto é sugestivo de que os participantes deste estudo, podem ter dificuldade de refletir e planear sobre as suas emoções, por não tomarem atenção plena ao que sentem e às mudanças que ocorrem devido ao estado emocional, logo não têm consciência das suas emoções. No entanto, se forem convidados a pensarem sobre os seus sentimentos, seriam eventualmente capazes de atribuir um significado aos mesmos (Tsur et al., 2015).

O terceiro objetivo do presente estudo foi analisar se existe associação numa amostra de militares da Marinha Portuguesa entre o comportamento alimentar, a regulação emocional e a perceção da imagem corporal. Para tal, foram levantadas duas hipóteses com base na revisão da literatura: H1: O risco de desenvolver uma perturbação do comportamento alimentar é maior nos militares mais insatisfeitos com a sua imagem corporal; H2: O risco de desenvolver uma perturbação do comportamento alimentar, é maior nos militares que apresentam dificuldades de regulação emocional.

A primeira hipótese (o risco de desenvolver uma perturbação do comportamento alimentar é maior nos militares mais insatisfeitos com a sua imagem corporal) deste objetivo foi refutada, tendo sido verificada uma correlação negativa estatisticamente significativa entre a insatisfação com a imagem corporal e o comportamento alimentar nos *scores* totais das escalas e, por isso, quanto maior o risco de se desenvolver uma perturbação do comportamento alimentar, menor a insatisfação com a imagem corporal nesta amostra de militares.

Na literatura, a maioria dos estudos (Aparicio-Martinez et al. 2019; Brytek-Matera et al., 2021; Gitau et al., 2014; Kapoor et al., 2022; Nunes et al., 2001; Oliveira et al., 2003) verificam associações positivas entre o comportamento alimentar e a perceção da imagem corporal: quanto maior a insatisfação com a imagem corporal, derivada da autoperceção ou discrepância entre os ideais de beleza na sociedade e o corpo real, maior o risco de se desenvolver uma perturbação do comportamento alimentar, na tentativa de controlar o peso ou melhorar a aparência através de restrições dietéticas, ingestão de alimentos dietéticos, entre outros.

Além disso, se se tiver em conta o contexto militar, este é caracterizado por exigências físicas elevadas, tanto a nível estético como de aptidão física, tornando esta população vulnerável à insatisfação com a imagem corporal e, por sua vez, vulnerável a adotar comportamentos alimentares poucos saudáveis ou desadequados, e que podem constituir precursores de perturbações do comportamento alimentar (Applewhite et al., 2022; Bartlett & Mitchel, 2015; Breland et al., 2017; Garber et al., 2008; Morgado et al., 2013).

Estes resultados, enfatizam, novamente, a necessidade de se explorar e caracterizar o contexto militar português relativamente às exigências de um padrão físico militar e exigências de aptidão e condicionamento físico e, deste modo, obter mais dados suportados na evidência e que permitam compreender estes resultados.

Uma vez que os militares desta amostra não se revelaram insatisfeitos com a sua imagem corporal, não está presente a necessidade de controlar o peso e melhorar o aspeto físico através do comportamento alimentar com restrições dietéticas (controlo do que se come e quanto), não havendo, portanto, correlação estatisticamente significativa positiva entre estas duas variáveis neste estudo.

Os resultados do presente estudo não confirmam a segunda hipótese (o risco de desenvolver uma perturbação do comportamento alimentar, é maior nos militares que apresentam dificuldades de regulação emocional), não tendo sido verificada uma associação estatisticamente significativa entre o comportamento alimentar e a regulação emocional nesta amostra de militares da Marinha Portuguesa, tendo em consideração as pontuações totais do EDRE e EAT-26.

Novamente, estes dados não são coerentes com os da literatura (Boutelle et al., 2018; Claudat & Lavender, 2018; Gianini et al., 2013; Macht, 2008; Haynos et al., 2018; Pellizzer et al., 2018; Racine & Horvath, 2018), cujos estudos demonstram cada vez mais correlação entre estas duas variáveis.

Nesta amostra de militares, o comportamento alimentar apresenta-se relativamente equilibrado. Contudo, existindo indícios de desregulação emocional nesta amostra, mas não havendo correlação entre essa desregulação e o comportamento alimentar, uma possível interpretação para este resultado será que a regulação das emoções pode estar a ser feita através de outros comportamentos que não especificamente o comportamento alimentar, nomeadamente, por exemplo, ao nível de consumos e outros comportamentos de risco associados a *acting-out* (Thandi et al., 2015).

O quarto e último objetivo deste estudo foi analisar a associação do comportamento alimentar, perceção da imagem corporal e regulação emocional tendo em conta as variáveis sociodemográficas. Para tal, foram levantadas doze hipóteses com base na revisão da literatura: H3: Quanto mais baixas as habilitações académicas, mais comprometido está o comportamento alimentar; H4: Quanto mais baixo o estatuto socioeconómico, mais comprometido está o comportamento alimentar; H5: Quanto mais superior for a patente, maior a satisfação com a perceção da imagem corporal; H6: Existe associação entre a doença crónica e a perceção da imagem corporal, o comportamento alimentar e a regulação emocional; H7: Existe associação entre um problema físico que limita a prática de atividade física e a perceção da imagem corporal; H8: Existe associação entre a frequência da prática de atividade física e a perceção da imagem corporal; H9: Existe associação entre a frequência do consumo de álcool e a regulação emocional; H10: Existe associação entre a autoperceção e o comportamento alimentar e a perceção da imagem corporal; H11: Existe associação entre o IMC e o comportamento alimentar e a perceção da imagem corporal; H12: Existe associação entre o *status* tabágico e a regulação emocional.

A terceira (quanto mais baixas as habilitações académicas, mais comprometido está o comportamento alimentar) e quarta (quanto mais baixo o estatuto socioeconómico, mais comprometido está o comportamento alimentar) hipóteses deste objetivo foram refutadas, não existindo diferenças estatisticamente significativas entre as habilitações literárias e as subescalas do EAT-26, nem entre o estatuto socioeconómico e as subescalas do EAT-26.

Os estudos apontam que tanto o estatuto socioeconómico, especialmente no que diz respeito aos rendimentos, como a escolaridade influenciam os hábitos e o comportamento alimentar. Isto porque a escassez de recursos disponíveis restringe o acesso a determinados alimentos: as dietas mais saudáveis, caracterizadas por um maior consumo de frutas, hortaliças, grãos integrais e carnes magras, são mais caras que as dietas características do padrão ocidental, ricas em alimentos gordurosos e doces (Darmon et al., 2008; Drewnowski & Specter, 2004; Merhout & Doyle, 2019).

Além disso, a escolaridade apresenta também uma associação positiva com o consumo de frutas e hortaliças. O estudo de Trudeau et al. (1998) com 1450 adultos americanos e de Havas et al. (1998), constataram o facto de que o nível educacional constitui um preditor do consumo destes alimentos. Mais recentemente, o estudo de Agustina et al. (2021), verificou que uma baixa escolaridade era preditor de risco de obesidade por haver maior prevalência de hábitos e comportamentos alimentares pouco saudáveis.

O que se verificou neste estudo foi associação entre o estatuto socioeconómico e a perceção da imagem corporal. Na literatura existem resultados incongruentes na análise da associação entre a perceção da imagem corporal e respetiva satisfação com o estatuto socioeconómico: estudos demonstram associação entre a perceção da imagem corporal e o estatuto socioeconómico; estudos demonstram ausência de associação; e estudos verificam que quanto mais alto ou baixo o estatuto socioeconómico, maior a insatisfação com a imagem corporal (McAuley et al., 1995; Robinson et al., 1996; Wang et al., 2005).

No entanto, no estudo de Chang et al. (2014) com população feminina civil e cancro da mama, foi avaliado o impacto do estatuto socioeconómico na aparência, imagem corporal e qualidade de vida, e o que se verificou foram associações significativas entre o estatuto socioeconómico e a perceção da imagem corporal. Estes dados, ainda que numa população diferente, vão no sentido dos resultados da presente investigação, demonstrando diferenças

significativas entre o estatuto socioeconómico e a perceção da imagem corporal, sendo os militares com NSE baixo e médio-baixo, os que estavam mais insatisfeitos com a imagem corporal.

Relativamente à escolaridade, verificou-se associação entre a escolaridade e a perceção da imagem corporal, sendo os militares com o ensino secundário, os que apresentaram maior insatisfação na subescala Musculatura. Um estudo realizado por Souza et al. (2013) procurou investigar o índice de satisfação corporal e a discrepância na imagem corporal, relacionando-as com o índice de massa corporal, nível de escolaridade e idade numa amostra de 432 homens civis, tendo sido verificado que o nível de escolaridade influenciou a insatisfação corporal, com os indivíduos mais instruídos a apresentarem maior preocupação com a sua imagem corporal. Estes dados vão de encontro com os resultados deste estudo.

A quinta hipótese (quanto mais superior for a patente, maior a satisfação com a perceção da imagem corporal) deste objetivo foi verificada com os oficiais a apresentarem o *rank* mais baixo na associação entre a patente e a regulação emocional. Ainda que não tenha sido encontrada literatura que sustente estes resultados, uma possível forma de compreender estes dados é que, por estes militares ocuparem um cargo mais elevado na Marinha, têm uma perceção de si mesmos mais positiva, podendo influenciar a sua autoperceção e satisfação com a imagem corporal.

Além disso, verificou-se que os sargentos apresentam maior insatisfação com a musculatura e maior controlo oral com os alimentos seguido dos praças e oficiais. Novamente, não foi encontrada literatura que sustentes estes dados, mas o que pode ser aferido é que o cargo poderá exercer influência sobre a satisfação com a quantidade de músculos e controlo oral no consumo dos alimentos, pois poderá gerar maior preocupação com o aspeto físico.

No que diz respeito à sexta hipótese (existe associação entre a doença crónica e a perceção da imagem corporal, o comportamento alimentar e a regulação emocional), o esperado era de que a doença crónica estivesse associada ao comportamento alimentar, perceção da imagem corporal e regulação emocional.

A literatura aponta a doença crónica como resultado de hábitos e práticas alimentares pouco saudáveis, bem como hábitos e práticas alimentares saudáveis são também apontadas como fundamentais para ajudar a controlar e prevenir as doenças crónicas (LaCaille, 2020). No entanto, não se verificou associações entre estas variáveis.

Não obstante, como foi colocada como hipótese, verificou-se associação entre a doença crónica e a percepção da imagem corporal e a regulação emocional. Os militares com uma doença crónica apresentam maior insatisfação com a aparência geral do corpo e maior dificuldade em compreender as suas emoções.

Relativamente à associação com a percepção da imagem corporal, doenças crónicas específicas podem provocar um aumento da insatisfação corporal, uma vez que podem alterar a aparência física. Isto é o caso da obesidade, e tem sido repetidamente documentada insatisfação corporal entre indivíduos com pré-obesidade e obesidade (Maukonen et al., 2018). Além das alterações que podem ocorrer na aparência, as limitações funcionais que podem surgir em indivíduos com doenças crónicas podem colocá-los, igualmente, em maior risco de insatisfação corporal pela percepção negativa do corpo (Quick, 2014).

No que diz respeito à associação entre a doença crónica e a regulação emocional, estes resultados podem ser entendidos à luz daquilo que é apontado na literatura: uma condição crónica, física ou mental, é caracterizada por algum tipo de problema emocional ou dificuldades de regular as próprias emoções, quer por conta do ajustamento à doença, quer da própria doença, visto que acarreta muitas mudanças e perdas, sofrimento, desesperança ou falta de cuidados essenciais (Tiwari, 2015). O estudo de Tiwari (2015), procurou comparar e contrastar as características dos processos de regulação emocional e descobrir as complexidades desses processos em participantes com doença crónica de VIH. Os resultados do estudo sugerem que a doença crónica molda a natureza e extensão dos processos de regulação emocional.

Os resultados obtidos no presente estudo não sustentam a sétima hipótese (existe associação entre um problema físico que limita a prática de atividade física e a percepção da imagem corporal). Era esperado, de acordo com a literatura, que um problema físico que limitasse a prática de exercício físico pudesse ter implicações negativas na forma como estes indivíduos se percecionavam e contribuir para maior insatisfação corporal. No entanto, o que se verificou foram associações entre a presença de doença física que limita a prática de exercício físico e a regulação emocional, com os militares que têm um problema físico limitante da prática de atividade física a apresentar maior dificuldade em entender as emoções. Estes dados podem ser compreendidos pelas evidências que demonstram associações entre a presença de uma limitação física e o aumento de sintomas depressivos, demonstrando que uma limitação física tem impacto negativo na experiência

emocional, podendo interferir nos processos de regulação emocional, incluindo a compreensão das próprias emoções (Caputo & Simon, 2013).

A oitava hipótese (existe associação entre a frequência da prática de atividade física e a percepção da imagem corporal) foi confirmada, havendo diferenças estatisticamente significativas entre a frequência de prática de atividade física e a percepção da imagem corporal, com os militares que mais praticam atividade física, mais insatisfeitos com a aparência geral do corpo do que os que não praticam. Estes militares não praticam atividade física por uma questão de perda de peso, pois são os que têm o IMC mais reduzido. Desta forma, estes resultados sugerem a hipótese de que a prática de exercício físico poderá ser uma estratégia comportamental para melhorar o físico e controlar o peso, de forma a aumentar a satisfação com a imagem corporal, visto que são os mais insatisfeitos. Estes dados são coerentes com a literatura (Aparicio-Martinez et al. 2019; Brytek-Matera et al., 2021; Gitau et al., 2014; Kapoor et al., 2022; Macedo et al., 2019; Nunes et al., 2001; Oliveira et al., 2003), cujos estudos demonstram que o exercício físico, quando excessivo, poderá ser considerado uma prática inadequada de controlo de peso. No entanto, para perceber e melhor caracterizar esta associação, seria pertinente explorar a intensidade da prática de atividade física, e a motivação para a mesma. Opostamente, os militares que não praticam atividade física, poderão estar menos insatisfeitos com a imagem corporal, hipoteticamente por não internalizarem padrões de beleza que são discrepantes relativamente à sua imagem corporal real (Powell et al., 2018). Contudo, por outro lado, poderão apresentar-se numa fase pré-contemplativa da mudança, na qual não são capazes ainda de reconhecer que poderão precisar de analisar os seus hábitos de saúde, de forma a adequar o excesso de peso, uma vez que são os militares com o IMC mais elevado. Verifica-se, portanto, possivelmente, menor consciência corporal (Krebs et al. 2018; Prochaska et al. 2015).

A nona hipótese (existe associação entre a frequência do consumo de álcool e a regulação emocional) foi refutada, não havendo diferenças estatisticamente significativas entre a frequência do consumo de álcool e a regulação emocional. Ainda que o consumo de álcool seja uma estratégia hedónica de regulação emocional, através da qual se procura atingir um estado emocional específico (Thayer et al., 1994), não se verificou associação entre a regulação emocional e o consumo de álcool. Além disso, ainda que a frequência do consumo do álcool nesta amostra de militares, seja elevada (88%), os militares poderão não consumir álcool como forma de regular as

suas emoções, recorrendo a outras estratégias para as regular, nomeadamente ouvir música, fumar, estar com amigos, meditação, imagética (Thayer et al., 1994) ou outras.

Os resultados confirmam a décima hipótese (existe associação entre a autoperceção e o comportamento alimentar e a perceção da imagem corporal), que é coerente com a literatura (Aparicio-Martinez et al. 2019; Avalos et al., 2005; Bernardi et al., 2005; Brytek-Matera et al., 2021; Gitau et al., 2014; Kapoor et al., 2022; Nunes et al., 2001; Oliveira et al., 2003; Toral & Slater, 2007; Viana, 2002). Foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre a autoperceção e a perceção da imagem corporal, comportamento alimentar e regulação emocional, com os indivíduos com excesso de peso a apresentar maior insatisfação com a aparência do corpo, mais restrição dietética e preocupação com a fome física, mais evitamento da comida, preocupação excessiva com a magreza e episódios de ingestão exagerada de alimentos e menos clareza das emoções.

A insatisfação com a imagem corporal, resultado de como um indivíduo se percebe tendo em conta aquilo que é internalizado sobre os padrões de aparência, origina predisposição para comportamentos alimentares inadequados. Isto inclui restrições alimentares, enquanto estratégia comportamental e cognitiva de controlo de peso, a fim de prevenir o ganho de peso ou promover a sua perda, pela preocupação permanente com o corpo e com aquilo que se come, resistindo ao que se deseja comer, independentemente da fome que se sente (Bernardi et al., 2005; Toral & Slater, 2007; Viana, 2002).

No que diz respeito à associação entre a perceção da imagem corporal e a regulação emocional, neste estudo verificou-se que os militares que se percebem com excesso de peso são os que apresentam maior dificuldades na clareza das emoções, os quais hipoteticamente poderão ter uma alimentação emocional quando se deparam com emoções negativas, e por sua vez, excesso de peso, tal como é percebido.

O estudo de Gianini et al. (2013), realizado com 326 adultos obesos e diagnosticados com compulsão alimentar, sustenta estes dados. O que se verificou foi que dificuldades de regulação emocional e afetos negativos previram significativamente os excessos de alimentação emocional, com a falta de clareza emocional a ser o melhor preditor para este tipo de alimentação. Por sua vez, ocorre aumento de peso e risco de obesidade.

A décima primeira hipótese (existe associação entre o IMC e o comportamento alimentar e a perceção da imagem corporal) foi confirmada, com diferenças estatisticamente significativas entre o IMC e a perceção da imagem corporal, e o comportamento alimentar. Os militares com Obesidade (I a III) apresentaram maior insatisfação com a aparência geral do corpo e mais comportamentos de restrição dietética e preocupação com a fome física, seguido dos militares com excesso de peso e peso normal.

Uma imagem corporal negativa tem sido repetidamente documentada entre os indivíduos com pré-obesidade e obesidade (Maukonen et al., 2018), sendo estes resultados coerentes com estes dados. Por sua vez, são os militares que apresentam mais comportamentos de restrição dietética e preocupação com a fome física, pela preocupação permanente com o corpo e com o que comem, resistindo ao que é desejado comer, independentemente da fome que se sente (Bernardi et al., 2005; Toral & Slater, 2007; Viana, 2002).

Por fim, a décima segunda hipótese (existe associação entre o *status* tabágico e a regulação emocional) deste objetivo foi confirmada, havendo diferenças estatisticamente significativas entre o *status* tabágico e a regulação emocional. Verificou-se significância na Subescala Estratégias do EDRE, com os militares que fumam a apresentarem maior acesso a estratégias de regulação emocional, e os não fumadores um acesso mais limitado.

Isto pode ser compreendido pelo fumar possivelmente ter um papel de estratégia hedónica para se lidar com a experiência emocional, através do qual se procura atingir um estado emocional específico, daí o maior acesso a estratégias de regulação emocional e menor desregulação emocional apresentado pelos militares que são fumadores (Thayer et al., 1994).

Forças, limitações e sugestões de investigações futuras

Este estudo é pertinente por ser realizado numa população específica, a população militar, cujos estudos que combinam estas variáveis na literatura portuguesa são escassos, bem como na literatura internacional.

Além disso, o facto da população militar ser considerada uma população vulnerável pelas características e riscos peculiares da própria profissão (Burke & Mikkelsen, 2005; Gomes et al., 2014; Paulino & Lourinho, 2014), torna-a relevante de ser estudada e, assim, aumentar o

conhecimento sobre a mesma, possibilitando o desenvolvimento de ações de carácter preventivo e de promoção da saúde e bem-estar físico e mental em contexto militar.

Desta forma, o presente estudo apresenta um carácter pertinente e inovador. Contudo, mais estudos precisam ser realizados no futuro para robustecer os dados agora obtidos.

Algumas limitações no presente estudo devem ser tidas em conta quando analisados os resultados. Primeiramente, a presente dissertação foi exclusivamente realizada com militares da Marinha Portuguesa, logo, os resultados não podem ser generalizados para a população geral, apresentando um carácter somente exploratório e podendo os resultados ser apenas compreendidos para esta amostra em particular. Além disso, uma vez que os dados foram autorreportados pelos participantes, estes podem ter implicado um viés relativamente às respostas.

Em virtude dos limites temporais de realização e entrega da presente dissertação e do tamanho do protocolo, outra limitação é o facto de não se terem aprofundado determinados dados. Por esta razão, seria pertinente, no futuro, explorar os demais dados recolhidos no protocolo e que não foram alvo da presente investigação, nomeadamente, por exemplo, perceber com mais pormenor o carácter do consumo de álcool no que diz respeito às quantidades, e o carácter da prática de atividade física no que diz respeito à motivação para se praticar atividade física e com que intensidade.

Ademais, o valor do IMC foi calculado a partir dos valores de peso e altura, também autorreportados pelos participantes, o que coloca a questão da fiabilidade e precisão desta variável.

Como sugestões para investigações futuras, poderia ser indicada a necessidade de realização de um estudo que além de ser composto por um grupo de estudo constituído por militares, ser composto por um grupo de controlo constituído por civis, para serem elaboradas comparações entre a população em geral e a população militar especificamente.

Por fim, também poderia ser relevante alargar a população militar, com militares de outros ramos das forças armadas (e.g., força aérea portuguesa e exército português), para ser possível obter uma maior robustez dos dados e caracterização dos aspetos apresentados neste estudo em contexto militar. Além disso, em investigações futuras, poderia fazer-se comparações entre as patentes, de modo a analisar se existem diferenças relativamente ao posto que é ocupado em contexto militar.

Implicações para a prática clínica

Os resultados obtidos no presente estudo, além do suporte da literatura, remetem para a necessidade de se continuar a investigar e compreender a população militar, bem como as relações entre o comportamento alimentar, percepção da imagem corporal e regulação emocional, visto que em Portugal, não só são escassos os estudos que exploram estas variáveis, como também existem poucas investigações em contexto militar. Assim, seria possível facilitar a identificação e prevenção dos riscos associados ao contexto militar, caracterizado por aspetos únicos, que poderão estar subjacentes a um comportamento alimentar comprometido, insatisfação com a imagem corporal e/ou dificuldades de regulação emocional (Bartlett & Mitchel, 2015; Breland et al., 2017; Garber et al., 2008; Paulino & Lourinho, 2014).

Dedicar uma atenção cuidada aos militares, pela vulnerabilidade à qual estão expostos, e criar intervenções nutricionais e psicológicas que visem promover o envolvimento em comportamentos de saúde (e.g., hábitos alimentares, exercício físico), aumentar o conhecimento de alternativas saudáveis de controlo e/ou perda de peso e que permitam apoiar os militares perante os riscos aos quais estão expostos, é fundamental (Speed et al., 2019).

Assim, os militares podem beneficiar de fatores que mitiguem os efeitos adversos dos stressores aos quais estão expostos, prevenindo-se o sofrimento psíquico e saúde física e/ou mental comprometida, através de especialização em gestão do stress, técnicas de sobrevivência e estratégias de *coping* adequadas e saudáveis, camaradagem e exercício físico adequado (Castro, 2014; Gomes et al., 2014). Além disso, é fornecida a possibilidade de consciencializar os militares sobre a importância dos seus hábitos e comportamentos, nomeadamente alimentares, na promoção e/ou manutenção da saúde e prevenção da doença.

Conclusão

Os militares apresentam maior risco de terem a sua saúde, mental e física, comprometida comparativamente aos civis, tendo em conta a vulnerabilidade e riscos aos quais estão expostos diariamente (Hruby et al., 2021). Exigências elevadas de condicionamento físico, aptidão física e de uma aparência militar podem contribuir para uma maior insatisfação com a imagem corporal,

aspecto precursor de comportamentos e hábitos alimentares pouco saudáveis (Applewhite et al., 2022; Bartlett & Mitchel, 2015; Breland et al., 2017; Garber et al., 2008; Morgado et al., 2013). Além disso, as características e situações únicas da profissão salientam a importância de uma regulação adequada das emoções. Por esta razão, torna-se imprescindível a participação em comportamentos de saúde (Thandi et al., 2015).

Este estudo permitiu aprofundar conhecimentos acerca da população militar e sobre a associação entre o comportamento alimentar, a percepção da imagem corporal e a regulação emocional nesta mesma população. Foram, ainda, aprofundados conhecimentos sobre a relação entre variáveis sociodemográficas e o comportamento alimentar, percepção da imagem corporal e regulação emocional.

Foi concluído que estes militares estão satisfeitos com a imagem corporal, apesar de a maioria apresentar um IMC elevado e autopercecionar-se como acima do peso, havendo a possibilidade de viés do IMC, visto que não discrimina a composição corporal (Potter et al., 2022), vieses associadas a respostas autorreportadas, ou falta de preparação para a mudança do estilo de vida de forma a se adequar o peso, não havendo, ainda, consciência desta necessidade (Prochaska et al. 2015).

Além disso, concluiu-se que o comportamento alimentar não levanta preocupações relativamente ao risco de se desenvolver uma perturbação do comportamento alimentar. No entanto, os valores da média estavam próximos de valores significativos, salientando-se a necessidade de se explorar de forma mais aprofundada esta variável em contexto militar.

Concluiu-se que estes militares apresentam maior desregulação emocional ao nível do controlo dos impulsos, da consciência das emoções e acesso limitado a estratégias de regulação emocional. Não tendo sido apresentado um valor acima da média no comportamento alimentar, a regulação das emoções poderá estar a ser realizada de outras formas, que não através do comportamento alimentar, salientando-se aqui a importância de se aprofundar conhecimentos sobre a regulação emocional de militares, visto que a regulação das emoções pode ser feita através de comportamentos de risco neste contexto (Thandi et al., 2015).

Foi concluído que existem associações negativas estatisticamente significativas entre o comportamento alimentar e a insatisfação com a imagem corporal, mas não se verificou associação

estatisticamente significativa entre o comportamento alimentar e a regulação emocional nesta amostra de militares. Com estes resultados, verificou-se a necessidade de se explorar melhor estas associações, alargando-se a amostra a outros contextos militares, ou fazendo-se comparações entre grupos de militares e civis.

Foram verificadas, ainda, associações entre determinadas características sociodemográficas e as variáveis do presente estudo, permitindo aumentar o conhecimento entre aspetos sociodemográficos e o comportamento alimentar, perceção da imagem corporal e regulação emocional, salientando-se, também, a necessidade de se aprofundar estas associações.

Em suma, os dados obtidos com esta dissertação permitiram aumentar o conhecimento nesta área. O aumento do conhecimento da interligação destas variáveis (comportamento alimentar, perceção da imagem corporal e regulação emocional), em militares, permite obter informação para que investigadores e profissionais de saúde possam delinear e implementar programas de intervenção mais eficazes e focados nas necessidades dos militares. Pode ainda ser eficaz na promoção de hábitos impulsionadores de saúde nos militares, diminuindo o comprometimento da sua saúde física e mental.

Referências

- Agustina, R., Meilianawati, Fenny, Atmarita, Suparmi, Susiloretni, K. A., Lestari, W., Pritasari, K., & Shankar, A. H. (2021). Psychosocial, Eating Behavior, and Lifestyle Factors Influencing Overweight and Obesity in Adolescents. *Food and nutrition bulletin*, 42(1), 72–91. <https://doi.org/10.1177/0379572121992750>
- Ansari, W., Suominen, S., & Samara, A. (2015). Eating habits and dietary intake: is adherence to dietary guidelines associated with importance of healthy eating among undergraduate university students in Finland? *Central European journal of public health*, 23(4), 306-313.
- Aparicio-Martinez, P., Perea-Moreno, A. J., Martinez-Jimenez, M. P., Redel-Macías, M. D., Pagliari, C., & Vaquero-Abellan, M. (2019). Social media, thin-ideal, body dissatisfaction and disordered eating attitudes: An exploratory analysis. *International journal of environmental research and public health*, 16(21), 4177. <https://doi.org/10.3390/ijerph16214177>
- Applewhite, B., Olivola, M., Tweed, C., Wesemann, U., & Himmerich, H. (2022). Body dysmorphic disorder, muscle dysmorphia, weight and shape dissatisfaction and the use of appearance-enhancing drugs in the military: a systematic review. *BMJ Mil Health*.
- Avalos, L., Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. (2005). The body appreciation scale: Development and psychometric evaluation. *Body image*, 2(3), 285-297. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.06.002>
- Bachar, E., Latzer, Y., Canetti, L., Gur, E., Berry, E. M., & Bonne, O. (2002). Rejection of life in anorexic and bulimic patients. *International Journal of Eating Disorders*, 31(1), 43-48. <https://doi.org/10.1002/eat.10003>
- Bagordo, F., Grassi, T., Serio, F., Idolo, A., & De Donno, A. (2013). Dietary habits and health among university students living at or away from home in southern Italy. *Journal of Food & Nutrition Research*, 52(3).
- Barrett, L. F. (2006). Solving the emotion paradox: Categorization and the experience of emotion. *Personality and social psychology review*, 10(1), 20-46.

- Bartlett, B. A., & Mitchell, K. S. (2015). Eating disorders in military and veteran men and women: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 48(8), 1057-1069. <https://doi.org/10.1002/eat.22454>
- Beatty, D., & Finn, S. C. (1995). Position of the American Dietetic Association and the Canadian Dietetic Association: women's health and nutrition. *Journal of the American Dietetic Association*, 95(3), 362-367.
- Bernardi, F., Cichelero, C., & Vitolo, M. R. (2005). Comportamento de restrição alimentar e obesidade. *Revista de nutrição*, 18, 85-93. <https://doi.org/10.1590/S1415-52732005000100008>
- Bhatt-Poulose, K., James, K., Reid, M., Harrison, A., & Asnani, M. (2016). Increased rates of body dissatisfaction, depressive symptoms, and suicide attempts in Jamaican teens with sickle cell disease. *Pediatric blood & cancer*, 63(12), 2159-2166. <https://doi.org/10.1002/pbc.26091>
- Birch, L. L. (1998). Psychological influences on the childhood diet. *The Journal of nutrition*, 128(2), 407-410 <https://doi.org/10.1093/jn/128.2.407S>
- Bodell, L., Forney, K. J., Keel, P., Gutierrez, P., & Joiner, T. E. (2014). Consequences of Making Weight: A Review of Eating Disorder Symptoms and Diagnoses in the United States Military. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21(4), 398-409. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12082>
- Bosi, M. L., Luiz, R. R., Morgado, C. M., Costa, M. L., & Carvalho, R. J. (2006). Autopercepção da imagem corporal entre estudantes de nutrição: um estudo no município do Rio de Janeiro. *Jornal brasileiro de psiquiatria*, 55, 108-113. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852006000200003>
- Boutelle, K. N., Braden, A., Knatz-Peck, S., Anderson, L. K., & Rhee, K. E. (2018). An open trial targeting emotional eating among adolescents with overweight or obesity. *Eating disorders*, 26(1), 79-91. <https://doi.org/10.1080/10640266.2018.1418252>
- Breland, J. Y., Donalson, R., Nevedal, A., Dinh, J. V., & Maguen, S. (2017). Military experience can influence Women's eating habits. *Appetite*, 118, 161-167. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.08.009>

- Brennan, M. A., Lalonde, C. E., & Bain, J. L. (2010). Body image perceptions: Do gender differences exist. *Psi Chi Journal of Undergraduate Research*, 15(3), 130-138.
- Bruch, H. (1973). Eating disorders. Obesity, anorexia, and the person within. New York. *Basic Books*.
- Brytek-Matera, A., Czepczor-Bernat, K., & Modrzejewska, A. (2021). The relationship between eating patterns, body image and emotional dysregulation: Similarities between an excessive and normal body weight sample. *Psychiatr. Pol*, 55(5), 1065-1078. <https://doi.org/10.12740/PP/118816>
- Burke, R.J. & Mikkelsen, A. (2005). Burnout, job stress and attitudes towards the use of force by Norwegian police officers. *Policing: An International Journal*, 28(2), 269-278. <https://doi.org/10.1108/13639510510597906>
- Campos, J. A., Silva, W. R., Marôco, J. & Ochner, C. N. (2017). Male body dissatisfaction scale (MBDS): proposal for a reduced model. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22, 515-525.
- Caputo, J., & Simon, R. W. (2013). Physical limitation and emotional well-being: Gender and marital status variations. *Journal of Health and Social Behavior*, 54(2), 241-257. <https://doi.org/10.1177/0022146513484766>
- Carvalho, P. H., Filgueiras, J. F., Neves, C. M., Coelho, F. D., & Ferreira, M. E. (2013). Checagem corporal, atitude alimentar inadequada e insatisfação com a imagem corporal de jovens universitários. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 62, 108-114. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852013000200003>
- Cash, T. F., & Pruzinsky, T. (2002). *Body image: A handbook of theory, research and clinical practice*. Guildford Press.
- Cash, T. F., Morrow, J. A., Hrabosky, J. I., & Perry, A. A. (2004). How Has Body Image Changed? A Cross-Sectional Investigation of College Women and Men From 1983 to 2001. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 1081–1089. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.6.1081>

- Castro, C. A. (2014). The US framework for understanding, preventing, and caring for the mental health needs of service members who served in combat in Afghanistan and Iraq: a brief review of the issues and the research. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 24713. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.24713>
- Chang, O., Choi, E. K., Kim, I. R., Nam, S. J., Lee, J. E., Lee, S. K., ... & Cho, J. (2014). Association between socioeconomic status and altered appearance distress, body image, and quality of life among breast cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(20), 8607-8612.
- Claudat, K., & Lavender, J. M. (2018). An introduction to the special issue on emotion regulation and eating disorders. *Eating disorders*, 26(1), 1-4. <https://doi.org/10.1080/10640266.2018.1418281>
- Cole, P. M., Martin, S. E., & Dennis, T. A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child development*, 75(2), 317-333. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00673.x>
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2010). *Difficulties in Emotion Regulation Scale--Portuguese Version (DERS, EDRE)* [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t65316-000>
- Damásio, A. (2003). Feelings of emotion and the self. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1001(1), 253-261. <https://doi.org/10.1196/annals.1279.014>
- Darmon, N., & Drewnowski, A. (2008). Does social class predict diet quality? *The American journal of clinical nutrition*, 87(5), 1107-1117. <https://doi.org/10.1093/ajcn/87.5.1107>
- Deforche, B., Deliens, T., Clarys, P. & De Bourdeaudhuij, I. (2014). Determinants of eating behaviour in university students: a qualitative study using focus group discussions. *BMC public health*, 14(1), 1-12.
- Drewnowski, A., & Specter, S. E. (2004). Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs. *The American journal of clinical nutrition*, 79(1), 6-16. <https://doi.org/10.1093/ajcn/79.1.6>

- Falvey, S. E., Hahn, S. L., Anderson, O. S., Lipson, S. K., & Sonnevile, K. R. (2021). Diagnosis of eating disorders among college students: a comparison of military and civilian students. *Military Medicine*, 186(9-10), 975-983. <https://doi.org/10.1093/milmed/usab084>
- Festinger, L. A (1954). Theory of social comparison processes. *Hum. Relat*, 7, 117–140. <https://doi.org/10.1177/001872675400700202>
- Finlayson, G., Cecil, J., Higgs, S., Hill, A., & Hetherington, M. (2012). Susceptibility to weight gain. Eating behaviour traits and physical activity as predictors of weight gain during the first year of university. *Appetite*, 58(3), 1091-1098. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.03.003>
- Garcia, R. W. (1997). Representações sociais da alimentação e saúde e suas repercussões no comportamento alimentar. *Physis: revista de saúde coletiva*, 7, 51-68. <https://doi.org/10.1590/S0103-73311997000200004>
- Garber, A. K., Boyer, C. B., Pollack, L. M., Chang, Y. J., & Shafer, M. A. (2008). Body mass index and disordered eating behaviors are associated with weight dissatisfaction in adolescent and young adult female military recruits. *Military Medicine*, 173(2), 138-145. <https://doi.org/10.7205/MILMED.173.2.138>
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The eating attitudes test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological medicine*, 12(4), 871-878. <https://doi.org/10.1017/S0033291700049163>
- Gianini, L. M., White, M. A., & Masheb, R. M. (2013). Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with binge eating disorder. *Eating behaviors*, 14(3), 309-313. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.05.008>
- Gitau, T. M., Micklesfield, L. K., Pettifor, J. M., & Norris, S. A. (2014). Eating attitudes, body image satisfaction and self-esteem of South African Black and White male adolescents and their perception of female body silhouettes. *Journal of Child & Adolescent Mental Health*, 26(3), 193-205. <https://doi.org/10.2989/17280583.2014.901224>
- Gomes, D. F., Belém, A. O., & Teles, S. S. (2014). Saúde mental de militares: uma revisão integrativa do cenário brasileiro. *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina*, 7(3), 88-102.

- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26, 41-54.
- Greenberg, L. S. (2002). Integrating an emotion-focused approach to treatment into psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy integration*, 12(2), 154. <https://doi.org/10.1037/1053-0479.12.2.154>
- Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition & emotion*, 13(5), 551-573. <https://doi.org/10.1080/026999399379186>
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3–24). The Guilford Press.
- Gualdi-Russo, E., Rinaldo, N., Masotti, S., Bramanti, B., & Zaccagni, L. (2022). Sex Differences in Body Image Perception and Ideals: Analysis of Possible Determinants. *International journal of environmental research and public health*, 19(5), 2745. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052745>
- Halmi, K. A., Goldberg, S. C., & Cunningham, S. (1977). Perceptual distortion of body image in adolescent girls: distortion of body image in adolescence. *Psychological medicine*, 7(2), 253-257. <https://doi.org/10.1017/S0033291700029330>
- Havas, S., Treiman, K., Langenberg, P., Ballesteros, M., Anliker, J., Damron, D., & Feldman, R. (1998). Factors associated with fruit and vegetable consumption among women participating in WIC. *Journal of the American Dietetic Association*, 98(10), 1141-1148. [https://doi.org/10.1016/S0002-8223\(98\)00264-8](https://doi.org/10.1016/S0002-8223(98)00264-8)
- Haynos, A. F., Wang, S. B., & Fruzzetti, A. E. (2018). Restrictive eating is associated with emotion regulation difficulties in a non-clinical sample. *Eating disorders*, 26(1), 5-12. <https://doi.org/10.1080/10640266.2018.1418264>
- Hilger, J., Loerbroks, A., & Diehl, K. (2017). Eating behaviour of university students in Germany: Dietary intake, barriers to healthy eating and changes in eating behaviour since the time of matriculation. *Appetite*, 109, 100-107. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.11.016>

- Hofmann, W., Rauch, W., & Gawronski, B. (2007). And deplete us not into temptation: Automatic attitudes, dietary restraint, and self-regulatory resources as determinants of eating behavior. *Journal of Experimental Social Psychology*, 43(3), 497-504. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2006.05.004>
- Hruby, A., Lieberman, H. R., & Smith, T. J. (2021). Symptoms of depression, anxiety, and post-traumatic stress disorder and their relationship to health-related behaviors in over 12,000 US military personnel: Bi-directional associations. *Journal of affective disorders*, 283, 84-93. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.029>
- Johnstone, A. M., Stewart, A. D., Benson, P. J., Kalafati, M., Rectenwald, L., & Horgan, G. (2008). Assessment of body image in obesity using a digital morphing technique. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 21(3), 256-267. <https://doi.org/10.1111/j.1365-277X.2008.00862.x>
- Kapoor, A., Upadhyay, M. K., & Saini, N. K. (2022). Relationship of eating behavior and self-esteem with body image perception and other factors among female college students at University of Delhi. *Journal of Education and Health Promotion*, 11.
- Krebs, P., Norcross, J. C., Nicholson, J. M. & Prochaska, J. O. (2018). Stages of change and psychotherapy outcomes: A review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 74, 1964-1979. <https://doi.org/10.1002/jclp.22683>
- Kring, A. M., & Bachorowski, J. A. (1999). Emotions and psychopathology. *Cognition & Emotion*, 13(5), 575-599. <https://doi.org/10.1080/026999399379195>
- LaCaille, L. (2020). Eating behavior. *Encyclopedia of behavioral medicine*, 711-712.
- LaCaille, L. J., Dauner, K. N., Krambeer, R. J., & Pedersen, J. (2011). Psychosocial and environmental determinants of eating behaviors, physical activity, and weight change among college students: a qualitative analysis. *Journal of American college health*, 59(6), 531-538. <https://doi.org/10.1080/07448481.2010.523855>
- Liao, Y., Knoesen, N. P., Castle, D. J., Tang, J., Deng, Y., Bookun, R., Chen, X., Hao, W., Meng, G. & Liu, T. (2010). Symptoms of disordered eating, body shape, and mood concerns in male and female Chinese medical students. *Comprehensive psychiatry*, 51(5), 516-523. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.11.007>

- Loughman, A., Staudacher, H. M., Rocks, T., Ruusunen, A., Marx, W., O Apos Neil, A., & Jacka, F. N. (2021). Diet and Mental Health. *Modern trends in psychiatry*, 32, 100–112. <https://doi.org/10.1159/000510422>
- Macedo, J. L., Oliveira, A. S., Reis, E. R., & Assunção, M. D. (2019). Prevalência de insatisfação corporal em praticantes de atividade física. *Revista Brasileira de Nutrição Esportiva*, 13(81), 617-623.
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: A five-way model. *Appetite*, 50(1), 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.07.002>
- Macht, M., & Simons, G. (2011). Emotional eating. *Emotion regulation and well-being*, 281-295.
- Masheb, R. M., Douglas, M. E., Kutz, A. M., Marsh, A. G., & Driscoll, M. (2021). Pain and emotional eating: further investigation of the Yale Emotional Overeating Questionnaire in weight loss seeking patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 43, 479-486. <https://doi.org/10.1007/s10865-020-00143-4>
- Matias, C. T., & Fiore, E. G. (2010). Mudanças no comportamento alimentar de estudantes do curso de nutrição em uma instituição particular de ensino superior. *Nutrire Rev. Soc. Bras. Aliment. Nutr.*, 35(2), 53-66.
- Maukonen, M., Männistö, S., & Tolonen, H. (2018). A comparison of measured versus self-reported anthropometrics for assessing obesity in adults: a literature review. *Scandinavian journal of public health*, 46(5), 565-579. <https://doi.org/10.1177/1403494818761971>
- McAuley, E., Bane, S. M., & Mihalko, S. L. (1995). Exercise in middle-aged adults: Self-efficacy and self-presentational outcomes. *Preventive medicine*, 24(4), 319-328. <https://doi.org/10.1006/pmed.1995.1053>
- Merhout, F., & Doyle, J. (2019). Socioeconomic Status and Diet Quality in College Students. *Journal of nutrition education and behavior*, 51(9), 1107–1112. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2019.06.021>
- Mintz, L. B., & O'Halloran, M. S. (2000). The Eating Attitudes Test: validation with DSM-IV eating disorder criteria. *Journal of personality assessment*, 74(3), 489-503. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA7403_11

- Morgado, J. J. M., Morgado, F. F., Tavares, M. D., & Ferreira, M. E. C. (2013). Imagem corporal de militares: um estudo de revisão. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 35, 521-535. <https://doi.org/10.1590/S0101-32892013000200018>
- Morrison, T. G., Kalin, R., & Morrison, M. A. (2004). Body-image evaluation and body-image among adolescents: a test of sociocultural and social comparison theories. *Adolescence*, 39(155), 571-592.
- Niemeier, H. M., Raynor, H. A., Lloyd-Richardson, E. E., Rogers, M. L., & Wing, R. R. (2006). Fast food consumption and breakfast skipping: predictors of weight gain from adolescence to adulthood in a nationally representative sample. *Journal of adolescent Health*, 39(6), 842-849. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2006.07.001>
- Nolen-Hoeksema, S., Corte, C., & Vohs, K. (2004). Gender and self-regulation. *Handbook of Self-Regulation Research Theory and Application*, 412-420.
- Noles, S. W., Cash, T. F., & Winstead, B. A. (1985). Body image, physical attractiveness, and depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 53(1), 88-94. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.53.1.88>
- Novaes, J. V., & de Vilhena, J. (2003). De Cinderela a moura torta: sobre a relação mulher, beleza e feiura. *Interações*, 8(15), 9-36.
- Nunes, M. A., Bagatini, L. F., Abuchaim, A. L., Kunz, A., Ramos, D., Silva, J. A., ... & Pinheiro, A. (1994). Distúrbios da conduta alimentar: Considerações sobre o Teste de Atitudes Alimentares (EAT). *Rev. ABP-APAL*, 7-10.
- Nunes, M. A., Olinto, M. T., Barros, F. C., & Camey, S. (2001). Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 23, 21-27. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462001000100006>
- Oliveira, F. P., Bosi, M. L., Vigário, P. D., & Vieira, R. D. (2003). Comportamento alimentar e imagem corporal em atletas. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 9, 348-356. <https://doi.org/10.1590/S1517-86922003000600002>
- Papadaki, A., Hondros, G., A. Scott J. & Kapsokefalou M. (2007). Eating habits of university students living at, or away from home in Greece. *Appetite*, 49(1), 169-176.

- Paulino, F. R., & Lourinho, L. A. (2014). O adoecimento psicológico do policial militar do Ceará. *Revista trabalho e sociedade, Fortaleza, 2(2)*, 58-77.
- Pellizzer, M. L., Waller, G., & Wade, T. D. (2018). Body image flexibility: A predictor and moderator of outcome in transdiagnostic outpatient eating disorder treatment. *International Journal of Eating Disorders, 51(4)*, 368-372. <https://doi.org/10.1002/eat.22842>
- Philippi, S. T., Latterza, A. R., Cruz, A. T. & Ribeiro, L. C. (1999). Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolha dos alimentos. *Revista de nutrição, 12(1)*, 65-80. <https://doi.org/10.1590/S1415-52731999000100006>
- Potter, A. W., Soto, L. D., & Friedl, K. E. (2022). Body composition of extreme performers in the US Marine Corps. *BMJ Mil Health, 0*, 1-5.
- Powell, E., Wang-Hall, J., Bannister, J. A., Colera, E., & Lopez, F. G. (2018). Attachment security and social comparisons as predictors of Pinterest users' body image concerns. *Computers in Human Behavior, 83*, 221-229. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2018.01.039>
- Prochaska, J. O., Redding, C. A. & Evers, K. E. (2015). The transtheoretical model and stages of change. In K. Glanz, B. K. Viswanath (Eds.), *Health Behavior: Theory, Research, and Practice* (pp. 125-148). Jossey-Bass.
- Przybyłowicz, K. E., & Danielewicz, A. (2022). Eating Habits and Disease Risk Factors. *Nutrients, 14(15)*, 3143. <https://doi.org/10.3390/nu14153143>
- Quattlebaum, M., Burke, N. L., Neyland, M. H., Leu, W., Schvey, N. A., Pine, A., ... & Tanofsky-Kraff, M. (2019). Sex differences in eating related behaviors and psychopathology among adolescent military dependents at risk for adult obesity and eating disorders. *Eating behaviors, 33*, 73-77. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2019.04.001>
- Quick, V. (2014). Social theory applied to body image and chronic illness in youth. *American Journal of Lifestyle Medicine, 8(1)*, 15-20. <https://doi.org/10.1177/1559827613505408>
- Racine, S. E., & Horvath, S. A. (2018). Emotion dysregulation across the spectrum of pathological eating: Comparisons among women with binge eating, overeating, and loss of control eating. *Eating disorders, 26(1)*, 13-25. <https://doi.org/10.1080/10640266.2018.1418381>

- Rezende, F. A., Rosado, L. E., Franceschini, S. D., Rosado, G. P., & Ribeiro, R. D. (2010). Aplicabilidade do índice de massa corporal na avaliação da gordura corporal. *Revista brasileira de medicina do esporte*, 16, 90-94. <https://doi.org/10.1590/S1517-86922010000200002>
- Ricciardelli, L. A., & McCabe, M. P. (2004). A biopsychosocial model of disordered eating and the pursuit of muscularity in adolescent boys. *Psychological bulletin*, 130(2), 179. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.2.179>
- Ricciardelli, L. A., McCabe, M. P., Williams, R. J., & Thompson, J. K. (2007). The role of ethnicity and culture in body image and disordered eating among males. *Clinical psychology review*, 27(5), 582-606. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.01.016>
- Richardson, N. M., Lamson, A. L., Smith, M., Eagan, S. M., Zvonkovic, A. M., & Jensen, J. (2020). Defining moral injury among military populations: A systematic review. *Journal of Traumatic Stress*, 33(4), 575-586. <https://doi.org/10.1002/jts.22553>
- Robinson, T. N., Killen, J. D., Litt, I. F., Hammer, L. D., Wilson, D. M., Haydel, K. F., ... & Taylor, C. B. (1996). Ethnicity and body dissatisfaction: are Hispanic and Asian girls at increased risk for eating disorders? *Journal of Adolescent Health*, 19(6), 384-393. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(96\)00087-0](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(96)00087-0)
- Rossi, A., Moreira, E. A., & Rauen, M. S. (2008). Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. *Revista de Nutrição*, 21, 739-748. <https://doi.org/10.1590/S1415-52732008000600012>
- Rozin, P. (1996). Socioiocultural influences on human food selection. In E. D. Capaldi (Ed.), *Why we eat what we eat: The psychology of eating* (pp. 233–263). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10291-009>
- Schilder, P. (1977). *A imagem do corpo*. Paidós.
- Secchi, K., Camargo, B. V., & Bertoldo, R. B. (2009). Percepção da imagem corporal e representações sociais do corpo. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 25, 229-236. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722009000200011>
- Simpson, J. E., Snyder, D. K. & Hughes, J. N. (2006). *Emotion regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health*. American Psychological Association.

- Souza, L. R. Santos, C. A., Lima, S. F., Vasconcelos, A. C., & Melo, G. F. (2013). O corpo na perspectiva masculina: a satisfação com a Imagem Corporal e sua relação com discrepância na percepção, IMC, escolaridade e idade.
- Speed, M. S., Jefsen, O. H., Børglum, A. D., Speed, D., & Østergaard, S. D. (2019). Investigating the association between body fat and depression via Mendelian randomization. *Translational psychiatry*, 9(1), 184.
- Stansfeld, S., Head, J., & Marmot, M. (2000). Work related factors and ill health: The Whitehall II study. *Health & Safety Executive Research Report No. CRR 266*, Sudbury.
- Tamir, M. (2009). What do people want to feel and why? Pleasure and utility in emotion regulation. *Current directions in psychological science*, 18(2), 101-105. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01617.x>
- Tavares, M.C. (2003). *Imagem corporal: conceito e desenvolvimento*. Manole.
- Thandi, G., Sundin, J., Dandeker, C., Jones, N., Greenberg, N., Wessely, S., & Fear, N. T. (2015). Risk-taking behaviours among UK military reservists. *Occupational medicine*, 65(5), 413-416. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqv057>
- Thayer, R. E., Newman, J. R., & McClain, T. M. (1994). Self-regulation of mood: Strategies for changing a bad mood, raising energy, and reducing tension. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(5), 910–925. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.5.910>
- Tiggemann, M. (2011). Sociocultural perspectives on human appearance and body image. In T. F. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (pp. 12–19). The Guilford Press.
- Tiwari, G. K. (2015). Chronic physical illness affects emotion regulation process: A case of HIV/AIDS. *The International Journal of Indian Psychology*, 3(1), 158-166.
- Toral, N., & Slater, B. (2007). Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(6), 1641-1650. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000600025>

- Touma, D. A., Quinn, M. E., Freeman, V. E., & Meyer, E. G. (2022). Eating Disorders in US Active-Duty Military Members and Veterans: A Systematic Review. *Military medicine*. <https://doi.org/10.1093/milmed/usac180>
- Trudeau, E., Kristal, A. R., Li, S. U. E., & Patterson, R. E. (1998). Demographic and psychosocial predictors of fruit and vegetable intakes differ: implications for dietary interventions. *Journal of the American Dietetic Association*, 98(12), 1412-1417. [https://doi.org/10.1016/S0002-8223\(98\)00319-8](https://doi.org/10.1016/S0002-8223(98)00319-8)
- Tsur, N., Berkovitz, N., & Ginzburg, K. (2015). Body awareness, emotional clarity, and authentic behavior: The moderating role of mindfulness. *Journal of Happiness Studies*, 17, 1451-1472. <https://doi.org/10.1007/s10902-015-9652-6>
- Urry, H. L., & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation in older age. *Current Directions in Psychological Science*, 19(6), 352-357. <https://doi.org/10.1177/0963721410388395>
- Vaz, D. S. & Benneman, R. M. (2014). Comportamento alimentar e hábito alimentar: uma revisão. *Uningá Review*, 20(1), 108-112.
- Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 20(4), 611-624.
- Wang, Z., Byrne, N. M., Kenardy, J. A., & Hills, A. P. (2005). Influences of ethnicity and socioeconomic status on the body dissatisfaction and eating behaviour of Australian children and adolescents. *Eating behaviors*, 6(1), 23-33. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2004.05.001>
- Williams, H. (2009). *Body image*. Greenhaven Press.
- Wiser, S., & Telch, C. F. (1999). Dialectical behavior therapy for binge-eating disorder. *Journal of clinical psychology*, 55(6), 755-768.
- 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>

Anexos

Anexo 1 – Protocolo

Questionário Sociodemográfico

Questionário para Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde:



A Relação entre Comportamento Alimentar, Perceção da Imagem Corporal e a Regulação Emocional em Militares da Marinha Portuguesa

Elaboração: Adriana Figueiredo

Orientadora de Dissertação: Teresa Santos

Coorientador de Dissertação: Inês Ferreira

Por favor, leia com atenção a seguinte informação.

1. DESCRIÇÃO DO ESTUDO

Título: A Relação entre Comportamento Alimentar, Perceção da Imagem Corporal e a Regulação Emocional em Militares da Marinha Portuguesa

Âmbito e descrição geral: O presente questionário integra-se no trabalho de investigação, que se realiza no âmbito da dissertação de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. O principal objetivo é verificar se o comportamento alimentar é influenciado pela perceção da imagem corporal e/ou regulação emocional. O questionário será aplicado à população militar da Marinha Portuguesa, prevendo-se que o número de envolvidos seja aproximadamente de 200 pessoas.

2. PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

Em concordância com as Declarações Helsínquia da Associação Médica Mundial, o código deontológico e ético da APA e da OPP relativamente à investigação realizada, informamos que a sua participação é voluntária e pode recusar-se a participar ou retirar-se a qualquer altura, sem nenhum tipo de prejuízo, ou penalização. Pode também igualmente corrigir os dados durante todo o tempo de preenchimento do questionário. A sua participação consiste no preenchimento de 4 questionários, com duração aproximada de 15 minutos.

3. TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

As informações pessoais recolhidas serão anonimizadas e não serão reveladas a terceiros. Os dados serão usados apenas com a finalidade a que se refere esta investigação, e, no âmbito de publicações científicas/académicas, onde os resultados agregados serão publicados sem individualizar a informação à luz dos direitos, liberdades e garantias, salvaguardando os legítimos interesses dos participantes envolvidos. Após recolhidos, os dados serão processados usando softwares de tratamento de dados específicos para o efeito (Excel e SPSS), e apenas os investigadores terão acesso às informações. A cada questionário será atribuído um código numérico aleatório, a partir do qual serão associados os respetivos dados. Estes serão analisados em concordância rigorosa com a lei europeia da privacidade e segurança de dados - o RGPD (Regulamento Geral da Proteção de Dados (EU) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016), e demais legislação aplicável ao processamento de dados pessoais.

Contacto do Encarregado de proteção de dados (a quem o participante se pode dirigir para exercer os direitos sobre os seus dados):

Email: direitos.dados@universidadeuropeia.pt

4. TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

No caso de concordar em participar neste estudo, solicitamos que preste o seu acordo e consentimento informado, assinalando com uma cruz (X) as caixas em baixo, referentes a cada afirmação:

- Desejo participar no estudo “
- Declaro ter lido e compreendido a informação prestada, incluindo o âmbito em que este trabalho está a ser realizado, os seus objetivos e o tratamento de dados pessoais.
- Compreendo que posso, em qualquer altura, desistir de participar neste estudo sem ter de dar qualquer justificação e sem ter qualquer tipo de penalização.
- Consinto no tratamento dos meus dados pessoais recolhidos (respostas ao questionário) para as finalidades do estudo de investigação supra assinaladas.

Declaro que sou maior de idade (mais de 18 anos).

5. RESPONSÁVEIS PELA INVESTIGAÇÃO

Se necessitar de informação adicional, não hesite em contactar um dos investigadores responsáveis:

Adriana Figueiredo, adrianagcpf@gmail.com

Teresa Santos, teresa.santos@universidadeeuropeia.pt

Inês Ferreira, inês.ferreira@universidadeeuropeia.pt

Questionário Sociodemográfico:

I. Questões sociodemográficas e socioeconómicas

1. Indique o seu sexo biológico

- Feminino
- Masculino

2. Indique a sua idade: _____ (em anos)

3. Data nascimento: dia/mm/ano

4. Qual é a sua nacionalidade?

- Português
- Brasileiro
- Cabo-Verdiano
- Angolano
- Outra, qual? _____

5. Qual é a categoria, posto e classe que ocupa na Marinha Portuguesa? _____

6. Quais são as suas habilitações literárias?

- Sem Estudos
- 1º Ciclo (1º, 2º, 3º e 4º ano)
- 2º Ciclo (5º e 6º ano)
- 3ª Ciclo (7º, 8º e 9º ano)

- Ensino Secundário (10º, 11º e 12º ano)
 - Licenciatura
 - Pós-Graduação
 - Mestrado
 - Doutoramento
 - Outro, qual? _____
7. Qual é o seu estado civil?
- Casado/a com registo
 - Solteiro/a
 - Divorciado/a
 - Viúvo/a
8. No momento atual, com quem vive?
- Familiares
 - Amigos/as
 - Colegas de casa
 - Sozinho/a
 - Com companheiro/a e/ou esposo/a
 - Outro, qual?
9. Qual é o estatuto socioeconómico que o seu agregado familiar integra?
- Nível Médio-Baixo
 - Nível Médio
 - Nível Médio Alto
 - Nível Alto
- II. Estilo de Vida e História Médica
1. Com que regularidade pratica atividade física?
- Não pratico atividade física
 - Mensalmente
 - 1 - 2 vezes por semana
 - 3 - 4 vezes por semana
 - 5 ou mais vezes por semana
 - Mais do que 1 vez por dia
2. Tem algum problema físico limitante da prática de exercício?
- Sim
 - Não
3. Se respondeu que sim na questão anterior, por favor, indique qual? Se respondeu não, basta colocar "nenhum"

4. É fumador regular?
- Sim
 - Não
5. Em média, quantos cigarros fuma por dia? Se não é fumador regular, basta colocar "0" _____
6. Consome álcool com que regularidade?
- Não consumo álcool
 - 1 - 2 vezes por mês
 - 3 vezes por mês
 - 1 - 2 vezes por semana
 - 3 - 4 vezes por semana
 - 5 ou mais vezes por semana
 - Mais do que 1 vez por dia
7. Tem alguma doença crónica psicológica/mental e/ou física (de carácter prolongado e diagnosticada pelo médico)?
- Não tenho nenhuma doença crónica diagnosticada pelo médico
 - Sim
8. Se respondeu que sim na questão anterior, por favor, indique qual? Se respondeu que não, basta escrever "nenhuma".
9. Tem acompanhamento psicológico ou psiquiátrico?
- Sim
 - Não
10. Tem acompanhamento de algum nutricionista?
- Sim
 - Não

III. História do peso

1. Considera que o seu corpo é ou está...?
- Com excesso de Peso
 - No tamanho/peso certo
 - Abaixo do peso

2. Indique por favor o seu peso atual: _____ (Em quilogramas - exemplo: 88.300 (se não souber, por favor, indique o peso aproximado que pensa ter))
3. Indique por favor a sua altura atual: _____ (Em centímetros - exemplo: 163 (se não souber, por favor, indique a altura aproximada que pensa ter))

**EAT-26: Teste de Atitudes Alimentares
(Garner & Grafinkel, 1982; Versão Portuguesa: Nunes et al. 1994).**

Este questionário pretende obter indicadores acerca das suas atitudes face aos alimentos e alimentação. Indique para cada um dos itens, o seu grau de acordo selecionando uma das opções, que variam entre 1 (sempre) e 6 (nunca). Não existem respostas certas ou erradas. Não deixe nenhuma pergunta por responder. As suas respostas são confidenciais e o tratamento de resultados garantirá o seu anonimato.

	SEMPRE	MUITAS VEZES	ÀS VEZES	POUCAS VEZES	QUASE NUNCA	NUNCA
1. Tenho receio de ter excesso de peso.	1	2	3	4	5	6
2. Evito comer quando tenho fome.	1	2	3	4	5	6
3. Dou por mim preocupado/a com a comida.	1	2	3	4	5	6
4. Tenho “ataques” compulsivos de comer e penso que não conseguirei parar.	1	2	3	4	5	6
5. Corto a comida em pedaços pequenos.	1	2	3	4	5	6
6. Conheço o conteúdo em calorias daquilo que como.	1	2	3	4	5	6
7. Evito comer alimentos com elevado teor de hidratos de carbono (pão, arroz, batatas).	1	2	3	4	5	6
8. Sinto que os outros preferiam que eu comesse mais.	1	2	3	4	5	6

9.	Vomito depois de comer.	1	2	3	4	5	6
10.	Depois de comer sinto-me extremamente culpado/a.	1	2	3	4	5	6
11.	O desejo de ser mais magro/a preocupa-me.	1	2	3	4	5	6
12.	Quando faço exercício penso nas calorias que estou a queimar.	1	2	3	4	5	6
13.	As outras pessoas pensam que estou muito magro/a.	1	2	3	4	5	6
14.	A ideia de ter gordura no meu corpo preocupa-me.	1	2	3	4	5	6
15.	Demoro mais tempo que os outros a comer as minhas refeições.	1	2	3	4	5	6
16.	Evito comer alimentos com açúcar.	1	2	3	4	5	6
17.	Como comidas dietéticas.	1	2	3	4	5	6
18.	Sinto que a comida controla a minha vida.	1	2	3	4	5	6
19.	Demonstro autocontrolo quando estou perto de comida.	1	2	3	4	5	6
20.	Sinto que os outros me pressionam a comer.	1	2	3	4	5	6
21.	Passo muito tempo a pensar em comida.	1	2	3	4	5	6
22.	Sinto-me mal comigo mesmo/a depois de comer doces.	1	2	3	4	5	6
23.	Tenho comportamentos de dieta.	1	2	3	4	5	6
24.	Gosto de sentir o estômago vazio.	1	2	3	4	5	6
25.	Sinto o impulso de vomitar depois das refeições.	1	2	3	4	5	6

26. Gosto de experimentar novas comidas e paladares.	1	2	3	4	5	6
--	---	---	---	---	---	---

Versão Reduzida da Escala de Insatisfação Corporal Masculina (MBDS)

(Ochner et al., 2009; Versão Portuguesa: Carvalho et al., 2013).

Este questionário pretende obter indicadores acerca da sua satisfação face à sua imagem corporal. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve como se sente face à sua imagem corporal. Para cada preocupação marque apenas um espaço, que varia entre 1 (concordo fortemente) e 5 (discordo fortemente). Não existem respostas certas ou erradas. Não deixe nenhuma pergunta por responder. As suas respostas são confidenciais e o tratamento de resultados garantirá o seu anonimato.

	Concordo Fortemente	Concordo	Neutro	Discordo	Discordo Fortemente
1. Estou feliz com a quantidade de músculos que tenho em relação à quantidade de gordura do meu corpo.	1	2	3	4	5
2. Outras pessoas acham que tenho um corpo bom.	1	2	3	4	5
4. Eu gostaria de ter braços mais musculosos.	1	2	3	4	5
6. Eu fantasio sobre ter mais músculos	1	2	3	4	5
8. No geral, acho que tenho um corpo atraente.	1	2	3	4	5
9. Eu gostaria de ter o tronco mais em formato de “V” (triângulo invertido).	1	2	3	4	5
12. Preocupo-me em ser mais musculoso.	1	2	3	4	5
15. Eu tenho barriga de “tanquinho”	1	2	3	4	5
16. Se eu fosse mais musculoso, os outros me achariam mais atraente.	1	2	3	4	5
19. Eu gosto de exhibir meu corpo.	1	2	3	4	5
21. Eu aparento conseguir levantar mais peso do que a média dos homens da minha idade.	1	2	3	4	5

23. Para as outras pessoas, meu corpo é sexualmente atraente 1 2 3 4 5

Escala de Regulação Emocional (EDRE)

(Gratz & Roemer, 2004; Versão Portuguesa: Fernandes et al., 2007)

Por favor, indique, para cada um dos itens, com que frequência as seguintes afirmações se aplicam a si, colocando o número apropriado da escala abaixo, que variam entre 0-10% (quase nunca) e 91-100% (quase sempre). Não existem respostas certas ou erradas. Não deixe nenhuma pergunta por responder. As suas respostas são confidenciais e o tratamento de resultados garantirá o seu anonimato.

	QUASE NUNCA	ÀS VEZES	CERCA DE METADE DAS VEZES	A MAIORIA DAS VEZES	QUASE SEMPRE
1. Percebo com clareza os meus sentimentos	0-10%	11-35%	36-65%	66-90%	91-100%
2. Presto atenção a como me sinto	0-10%	11-35%	36-65%	66-90%	91-100%
3. Vivo as minhas emoções como avassaladoras e fora do controlo	0-10%	11-35%	36-65%	66-90%	91-100%
4. Não tenho nenhuma ideia de como me sinto	0-10%	11-35%	36-65%	66-90%	91-100%
5. Tenho dificuldade em atribuir um sentido aos meus sentimentos	0-10%	11-35%	36-65%	66-90%	91-100%
6. Estou atento aos meus sentimentos	0-10%	11-35%	36-65%	66-90%	91-100%
7. Sei exatamente como me estou a sentir	0-10%	11-35%	36-65%	66-90%	91-100%
8. Interesse-me com aquilo que estou a sentir	0-10%	11-35%	36-65%	66-90%	91-100%
9. Estou confuso sobre como me sinto	0-10%	11-35%	36-65%	66-90%	91-100%
10. Quando estou em baixo, apercebo-me das minhas emoções	0-10%	11-35%	36-65%	66-90%	91-100%

11.	Quando estou em baixo, fico zangado/a comigo próprio/a por me sentir assim	0-10%	11-35%	36-65%	66-90%	91-100%
12.	Quando estou em baixo, fico embaraçado/a por me sentir assim	0-10%	11-35%	36-65%	66-90%	91-100%
13.	Quando estou em baixo, tenho dificuldade em realizar tarefas	0-10%	11-35%	36-65%	66-90%	91-100%
14.	Quando estou em baixo, fico fora de controlo	0-10%	11-35%	36-65%	66-90%	91-100%
15.	Quando estou em baixo, penso que me vou sentir assim por muito tempo	0-10%	11-35%	36-65%	66-90%	91-100%
16.	Quando estou em baixo, penso que vou acabar por me sentir deprimido	0-10%	11-35%	36-65%	66-90%	91-100%
17.	Quando estou em baixo, acredito que os meus sentimentos são válidos e importantes	0-10%	11-35%	36-65%	66-90%	91-100%
18.	Quando estou em baixo, tenho dificuldade em concentrar-me noutras coisas	0-10%	11-35%	36-65%	66-90%	91-100%
19.	Quando estou em baixo, sinto-me fora de controlo	0-10%	11-35%	36-65%	66-90%	91-100%
20.	Quando estou em baixo, continuo a conseguir fazer as coisas	0-10%	11-35%	36-65%	66-90%	91-100%
21.	Quando estou em baixo, sinto-me envergonhado de mim próprio por me sentir assim	0-10%	11-35%	36-65%	66-90%	91-100%
22.	Quando estou em baixo, sei que vou conseguir encontrar uma maneira de me sentir melhor	0-10%	11-35%	36-65%	66-90%	91-100%
23.	Quando estou em baixo, sinto que sou fraco	0-10%	11-35%	36-65%	66-90%	91-100%
24.	Quando estou em baixo, sinto que consigo manter o controlo dos meus comportamentos	0-10%	11-35%	36-65%	66-90%	91-100%
25.	Quando estou em baixo, sinto-me culpado por me sentir assim	0-10%	11-35%	36-65%	66-90%	91-100%

26.	Quando estou em baixo, tenho dificuldades em concentrar-me	0-10%	11-35%	36-65%	66-90%	91-100%
27.	Quando estou em baixo, tenho dificuldade em controlar os meus comportamentos.	0-10%	11-35%	36-65%	66-90%	91-100%
28.	Quando estou em baixo, acho que não há nada que eu possa fazer para me sentir melhor.	0-10%	11-35%	36-65%	66-90%	91-100%
29.	Quando estou em baixo, fico irritado comigo próprio/a por me sentir assim.	0-10%	11-35%	36-65%	66-90%	91-100%
30.	Quando estou em baixo, começo a sentir-me muito mal comigo próprio/a.	0-10%	11-35%	36-65%	66-90%	91-100%
31.	Quando estou em baixo, acho que a única coisa que eu posso fazer é afundar-me nesse estado	0-10%	11-35%	36-65%	66-90%	91-100%
32.	Quando estou em baixo, eu perco o controlo dos meus comportamentos.	0-10%	11-35%	36-65%	66-90%	91-100%
33.	Quando estou em baixo, tenho dificuldade em pensar noutra coisa qualquer.	0-10%	11-35%	36-65%	66-90%	91-100%
34.	Quando estou em baixo, dedico algum tempo a perceber aquilo que realmente estou a sentir.	0-10%	11-35%	36-65%	66-90%	91-100%
35.	Quando estou em baixo, demoro muito tempo até me sentir melhor.	0-10%	11-35%	36-65%	66-90%	91-100%
36.	Quando estou em baixo, as minhas emoções parecem avassaladoras.	0-10%	11-35%	36-65%	66-90%	91-100%



Parecer

O projeto de investigação em presença intitula-se: **A Relação entre Comportamento Alimentar, Perceção da Imagem Corporal e Regulação Emocional em Militares da Marinha Portuguesa**, e prima pelo cumprimento dos padrões éticos nas diferentes fases do Projeto, bem como o cumprimento da legislação aplicável à investigação científica.

As Investigadoras Principais do projeto são:

Adriana Figueiredo

Orientadora de Dissertação: Teresa Santos

Coorientador de Dissertação: Inês Ferreira

Tudo visto, cumpre-nos dar parecer favorável.

Lisboa, 20 de setembro de 2023

Assinado por: **Cristina Maria de Gouveia Caldeira**
Data: 2023.09.20 19:40:23+01'00'

Cristina Maria de Gouveia Caldeira

Presidente da CdE da Universidade Europeia