



Mestrado em Ciências do Consumo Alimentar

DISSERTAÇÃO

Alimentação Saudável e Imagem Corporal:
Estudo Exploratório sobre a Perceção das Jovens
Estudantes de Cursos Profissionais de
Cabeleireiro e de Estética, na Região Autónoma
da Madeira

Ana Isabel Gomes Alves

2014



Mestrado em Ciências do Consumo Alimentar

DISSERTAÇÃO

Alimentação Saudável e Imagem Corporal:
Estudo Exploratório sobre a Perceção das Jovens
Estudantes de Cursos Profissionais de
Cabeleireiro e de Estética, na Região Autónoma
da Madeira

Ana Isabel Gomes Alves

Sob a orientação da Professora Doutora Ana Pinto Moura

2014

SUMÁRIO

É hoje frequente considerar a relação da prática de uma alimentação saudável com o bem-estar/saúde dos indivíduos. No entanto, resultado de uma exagerada preocupação com o peso e imagem corporal, as mulheres, em particular, poderão optar por dietas restritivas, com impactes graves na saúde. A presente investigação procurou identificar e compreender a relação entre a perceção da alimentação saudável e a perceção da imagem corporal, do ponto de vista das estudantes de Cursos Profissionais de Cabeleireiro e de Estética, na Região Autónoma da Madeira. Recorreu-se à metodologia qualitativa através da entrevista como técnica de recolha de informação, utilizando o programa informático QSR Nvivo 10®. Do discurso das participantes concluiu-se que as mesmas apresentam uma adequada apropriação do conceito de alimentação saudável, muito embora admitam poder melhorar a sua alimentação, sendo que a falta de tempo, de aptidões culinárias e a dificuldade em abandonar os alimentos preferidos foram os principais obstáculos identificados à prática de uma alimentação saudável. Quanto às principais estratégias para a prática de uma alimentação saudável, as mesmas incidiram essencialmente em torno dos alimentos que devem ser ingeridos/evitados, bem como da energia gasta através da prática de exercício físico. Em relação à imagem corporal, as entrevistadas apresentaram opiniões ambíguas, pois mais de metade das mesmas mostrou-se satisfeita com a sua imagem corporal, muito embora a maioria tenha reportado eventual desconforto com certas partes do corpo, encetando esforços para a melhoria do seu peso. Para as entrevistadas o curso de estética interfere diretamente no conceito associado à sua imagem corporal, dado estarem mais críticas e alertas com a sua imagem e igualmente com a imagem das pessoas que as rodeiam, tornando-as capazes de aconselhar e orientar no que diz respeito ao tema; sendo igualmente importante a opinião dos amigos/familiares sobre a sua imagem corporal.

ABSTRACT

It is now common practice to consider the relationship of healthy eating with the health/well-being of individuals, however, the pleasure associated with food can be repressed particularly in women, as a consequence of an exaggerated concern with weight and body image. These can go for extremely restrictive diets, which can lead to serious health issues. The present research tried to identify and understand the relationship between both the perception of healthy eating and body image, according to students from Hairdresser and Aesthetics Courses at the Autonomous Region of Madeira. The interview was the used technique as the qualitative methodology for gathering information, by means of the computer program QSR NVivo ® 10. Looking at the speech of the participants it could be concluded that they have an adequate vision of the healthy eating concept, although they admit their nutrition can be improved. The lack of time, and culinary skills as well as the struggle with avoiding favorite foods were the main obstacles identified to the practice of healthy eating. The main strategies of healthy eating practice focused mainly around food that should be eaten/food that should be avoided, and also the energy waisted through physical exercise. Regarding body image, the interviewees showed ambiguous opinions, as more than half of them were satisfied with their body image, despite the majority has reported a discomfort with certain parts of their body. This resulted in making efforts towards weight improvement. It has also be mentioned by interviewees that the aesthetic course affects directly their concept of body image, once they get more aware and critical of their body image as well as with the image of people around them. This enables them to advise and guide concerning this subject; it is equally important the opinion of friends/family about their body image.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Ana Pinto Moura, pela sua disponibilidade, espírito amigo, sabedoria e preciosa colaboração ao longo da orientação deste trabalho. Obrigada pela partilha do seu conhecimento tão qualificado, pela sua genuinidade, pragmatismo e pela sua entrega a este trabalho.

À minha Família e a todos os que me desejam bem por todo o apoio, carinho e compreensão prestados ao longo da realização deste trabalho e, sobretudo, nos momentos de maior dificuldade, em que os privei da minha dedicação e carinho.

À Universidade Aberta por me ter proporcionado ingressar no Mestrado em Ciências do Consumo Alimentar e pela qualidade do ensino ministrado e pelos docentes da mesma.

Ao Conselho Executivo da Escola Abc do Cabeleireiro e da Estética do Funchal, representado nas pessoas do Sr. Rui e Dona Iolanda e todos os funcionários, que de livre vontade aceitaram colaborar neste estudo, por toda a disponibilidade e paciência, o meu muito obrigada.

Aos meus Amigos (as) pelo apoio, ajuda na realização do trabalho e compreensão nos momentos mais difíceis e pela indisponibilidade da minha parte em lhes dispensar a atenção merecida.

A todas as Alunas que participaram neste estudo, nomeadamente, pelo respeito e confiança que depositaram em mim.

A todos os que, de forma direta ou indireta, tornaram possível mais uma das minhas conquistas, o meu muito obrigada.

ÍNDICE

LISTA DE QUADROS	viii
LISTA DE FIGURAS	x
LISTA DE ABREVIATURAS	xi
1. INTRODUÇÃO	1
2. RELAÇÃO ENTRE A ALIMENTAÇÃO E A IMAGEM CORPORAL	4
2.1 Conceito de alimentação saudável, benefícios e barreiras associadas à prática de uma alimentação saudável: perspetiva dos especialistas e do público em geral	5
2.1.1 Obesidade/excesso de peso	8
2.2 Imagem Corporal	11
3. MATERIAIS E MÉTODOS	16
3.1 Instrumentos de recolha de informação	18
3.1.1 Guião da Entrevista	18
3.1.2 Questionário dos dados antropométricos	19
3.1.3 Questionário dos dados sociodemográficos	19
3.2 População alvo	20
3.3 Funcionamento das sessões	20
3.4 Análise das transcrições	21
3.5 Processo de categorização	22
4. RESULTADOS	23
4.1 Caracterização da amostra	24
4.2 Categorias definidas na grelha de análise	26
4.3 Hábitos Alimentares	30

4.4 Imagem Corporal	47
5. DISCUSSÃO	62
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
ANEXOS	

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Classificação do IMC e risco de comorbilidades	9
Quadro 2: Caracterização das participantes	25
Quadro 3: Categorização, com a explicitação do número de fontes (participantes) e de referências (extratos discursivos) em cada uma das grandes categorias e subcategorias	29
Quadro 4: Conceito de alimentação saudável (n=34)	32
Quadro 5: Alimentos a ingerir (n=34)	33
Quadro 6: Alimentos a evitar (n=34)	34
Quadro 7: Formas de confeção saudável (n=33)	35
Quadro 8: Formas de confeção pouco saudável (n=32)	35
Quadro 9: Avaliação da alimentação praticada (n=34)	36
Quadro 10: Avaliação da alimentação praticada (n=34)	37
Quadro 11: Consequências de uma má alimentação (n=34)	37
Quadro 12: Doenças em consequência de uma má alimentação (n=34)	38
Quadro 13: Estratégias para a prática de uma alimentação saudável (n=11)	40
Quadro 14: Obstáculos à prática de uma Alimentação Saudável (n=30)	41
Quadro 15: Locais de refeição fora de casa ao almoço (n=34)	42
Quadro 16: Locais de refeição fora de casa ao jantar (n=34)	42
Quadro 17: Locais de Refeição (n=34)	42
Quadro 18: Natureza do envolvimento na confeção dos alimentos (n=30)	43
Quadro 19: Motivos associados ao envolvimento das participantes na confeção dos alimentos (n=25)	44
Quadro 20: Avaliação da origem das refeições realizadas fora de casa (n=31)	44

Quadro 21: Principais factos referidos pelas participantes que as condicionam a trazer alimentos/refeições de suas casas (n=18)	45
Quadro 22: Recurso a alimentos/refeições concorrentes (n=34)	46
Quadro 23: Excessos Alimentares ao fim de semana ou dia especial (n=34)	47
Quadro 24: Avaliação Corporal (n=34)	50
Quadro 25: Desconforto com certas partes do corpo (n=32)	51
Quadro 26: Procedimentos para melhorar a imagem corporal (n=11)	52
Quadro 27: Influência da alimentação na imagem corporal (n=25)	53
Quadro 28: Auscultação sobre o controle de peso (n=28)	54
Quadro 29: Avaliação do peso (n=33)	54
Quadro 30: Esforços para melhoria do peso (n=33)	55
Quadro 31: Prática de programas para melhoria do peso (n=21)	56
Quadro 32: Influência da escola de estética na imagem corporal (n=34)	56
Quadro 33: Valorização da influência da escola de estética na imagem corporal (n=26)	57
Quadro 34: Influência dos amigos na imagem corporal (n=30)	58
Quadro 35: Influência da moda na imagem corporal (n=34)	59
Quadro 36: Estratégias adotadas pelas modelos para a obtenção do seu peso (n=32)	60
Quadro 37: Possibilidade de ter sucesso profissional com uma imagem descuidada (n=33)	61

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Categorias e subcategorias inerentes aos Hábitos Alimentares 31

Figura 2: Categorias e subcategorias inerentes à Imagem Corporal 48

LISTA DE ABREVIATURAS

CEDEFOP: Centro Europeu para o Desenvolvimento da Formação Profissional

DGERT: Direção Geral do Emprego e das Relações de Trabalho

DRQP: Direção Regional de Qualificação Profissional

IEFP: Instituto do Emprego e Formação Profissional

IEFS: Institute of European Food Studies

IMC: Índice de Massa Corporal

INA: Instituto Nacional de Administração

OMS: Organização Mundial de Saúde

RAM: Região Autónoma da Madeira

RVCC: Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências Profissionais

1.INTRODUÇÃO

É hoje consensual considerar a influência da prática de uma alimentação saudável com o bem-estar/saúde das pessoas (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2002): a alimentação contribui para o bem-estar das pessoas e é uma importante fonte de prazer (de Almeida e Afonso, 1997).

No entanto, fruto de uma exagerada preocupação com o peso e com a imagem corporal, o prazer associado à alimentação poderá ser reprimido (Rozin, 1999; Rozin *et al.*, 1999; Rozin *et al.*, 2006), podendo, em particular as mulheres, optarem por dietas exageradamente restritivas. Neste contexto, o peso considerado inadequado, nomeadamente o que não se enquadra nos cânones da magreza, conduz a uma certa estigmatização das mulheres com excesso de peso/obesidade (Secchi, 2006). De facto, a insatisfação corporal, resultante dos pensamentos negativos relacionados com a aparência (Littleton e Ollendick, 2003), é um fenómeno fortemente ligado ao género (Fitzsimmons Craft, *et al.*, 2012; Polivy e Herman, 2002), refletindo os fatores socioculturais, nomeadamente as preocupações e pressões dos padrões de beleza feminino das sociedades ocidentais, correspondendo a um ideal de magreza marcadamente irreal (Madden e Chamberlain, 2010). Na realidade, o sexo feminino apresenta uma imagem corporal mais distorcida e negativa comparativamente ao sexo masculino, devendo-se ao facto da sociedade exercer uma grande pressão sobre o sexo feminino no que respeita a padrões de beleza, em todas as faixas etárias (Cash e Brown, 1989; Cash e Prusinsky, 1990). Muitas mulheres, na sociedade de hoje, sentem-se insatisfeitas com seus corpos, colocando-os em maior risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares (Diest, 2012). Desta forma, a insatisfação com o corpo tem sido associada a uma série de consequências psicológicas negativas, evidenciando-se a pertinência de avaliar o modo como as mulheres percebem o seu corpo e o modo como relacionam a sua imagem corporal com a alimentação (Diest, 2012).

Face ao exposto a presente investigação visa identificar e compreender a relação entre a percepção em torno da prática de uma alimentação saudável e a percepção em torno da imagem corporal, do ponto de vista das estudantes da Escola Abc do Cabeleireiro e da Estética do Funchal.

A presente dissertação encontra-se estruturada em três grandes partes. Numa primeira parte realiza-se uma revisão da literatura sobre, o conceito de alimentação saudável na perspetiva dos especialistas e dos consumidores, bem como consequências de uma alimentação desequilibrada e sobre o conceito de imagem corporal e suas condicionantes (capítulo 2). Numa segunda parte, relativa ao estudo empírico, descreve-se a metodologia utilizada e os principais resultados decorrentes das entrevistas efetuadas às estudantes na Escola Abc do Cabeleireiro e da Estética do Funchal (capítulos 3 e 4). Finalmente, na terceira e última parte consideram-se a discussão dos resultados, principais conclusões do estudo e suas implicações (capítulo 5).

2. RELAÇÃO ENTRE A ALIMENTAÇÃO E A IMAGEM CORPORAL

2.1 Conceito de alimentação saudável, benefícios e barreiras associadas à prática de uma alimentação saudável: perspectiva dos especialistas e do público em geral

A relação entre a alimentação e a saúde é hoje consensual: a alimentação assegura a sobrevivência do ser humano, fornece energia e nutrientes necessários ao bom funcionamento do organismo, contribui para a manutenção do estado de saúde físico e mental, desempenha um papel fundamental na prevenção das doenças não comunicáveis, tais como a obesidade, a osteoporose, a diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares, alguns tipos de cancro e doenças do foro dentário (OMS, 2003). Quer dizer, a alimentação, juntamente com a prática regular de exercício físico, são fatores determinantes do estado de saúde do indivíduo.

Neste sentido, a Nova Roda dos Alimentos, advoga para a população portuguesa a seguinte proporção para os sete grupos alimentares, com que cada um deles deve estar presente na alimentação diária: cereais e derivados, tubérculos – 28 %; hortícolas – 23 %; fruta – 20 %; lacticínios – 18 %; carne, pescado e ovos – 5 %; leguminosas – 4 %; gorduras e óleos – 2 % (Rodrigues *et al.* 2006). Assim, uma alimentação saudável caracteriza-se por ser completa (comer alimentos de cada grupo e beber água diariamente), equilibrada (comer maior quantidades de alimentos pertencentes aos grupos de maior dimensão e comer menor quantidade de alimentos aos grupos de menor dimensão), e variada (comer alimentos diferentes dentro de cada grupo, variando diariamente, semanalmente e nas diferentes épocas do ano (Rodrigues *et al.* 2006). De igual modo, num estudo qualitativo dirigido a especialistas nacionais da área do agroalimentar (contemplando nutricionistas, engenheiros alimentares, profissionais de saúde e docentes universitários), os mesmos associaram o conceito de alimentação saudável ao valor nutricional (a alimentação deve ser equilibrada e adaptada a cada indivíduo) e à segurança

alimentar (salubridade do alimento), sendo que a prática de uma alimentação saudável para estes atores promove o bem-estar, a saúde e previne doenças (Moura *et al.*, 2007).

Em sintonia com as diretrizes dos especialistas, os consumidores portugueses apresentam uma correta identificação do conceito associado à prática de uma alimentação saudável. De acordo com um estudo nacional, os portugueses associam a prática de uma alimentação saudável a um maior consumo de fruta e vegetais, a um maior consumo de peixe, a uma redução do consumo de sal, à prática de uma alimentação equilibrada/variada e um menor consumo de álcool e de alimentos ricos em gordura (Moura *et al.*, 2006). Por outro lado, para os portugueses a dieta alimentar condiciona decisivamente a saúde das pessoas, sendo que a prática de uma alimentação saudável proporciona “benefícios para a saúde” (“permanecer saudável”, “ter melhor qualidade de vida”, “prevenção de doenças”, “viver mais tempo”) e “benefícios para o corpo” (“praticar desporto mais facilmente”, “aparência atraente”, “estar em forma”, “ter mais energia”, “controle de peso”), sendo que os portugueses valorizam mais os “benefícios para com a saúde” do que os “benefícios para com o corpo”, muito embora os “benefícios para com o corpo” fossem mais valorizados pelas mulheres (Alves, 2005).

De igual modo, os resultados do trabalho desenvolvido por McKinley *et al.* (2005) reportam que o consumidor europeu enquadra o conceito de alimentação saudável como parte integrante de um estilo de vida saudável, associando-o à prática de exercício físico e a uma alimentação rica em fruta e hortícolas. No entanto, consideram que poderiam melhorar a sua alimentação a favor de uma alimentação saudável.

A corroborar a perfeita consciência dos desvios alimentares em relação à prática de uma alimentação saudável por parte dos portugueses, no trabalho de Moura *et al.* (2006) constatou-se que 53% dos inquiridos consideraram que necessitavam de modificar a sua dieta a favor de uma dieta saudável. Aumentou assim a consciência dos portugueses da

necessidade em modificar a sua dieta alimentar, considerando que, de acordo com resultados do estudo “*pan-EU Survey on consumer attitudes to food, nutrition and health*”, estudo realizado entre outubro de 1995 e janeiro de 1996, apenas 26 % dos portugueses concordaram da necessidade em alterarem a sua alimentação (IEFS, 1996). Em causa poderá estar a apreensão da mensagem constantemente veiculada pelos diferentes *media* por parte dos consumidores portugueses (Moura e Cunha, 2009).

Como principais barreiras à prática de uma alimentação saudável sentidas pelos portugueses, destacam-se, globalmente, os preços elevados dos alimentos saudáveis (fruta, vegetais, azeite), os constrangimentos situacionais, associados ao estilo de vida e à falta de força de vontade em abandonar alimentos preferidos. Ou seja, são essencialmente os constrangimentos relacionados com circunstâncias não inteiramente controladas pelo consumidor, nomeadamente o preço elevado dos alimentos saudáveis, a oferta limitada na restauração, a preocupação de ir ao encontro das preferências alimentares da família/amigos, os impedimentos associados aos atuais estilos de vida, bem como a dificuldade em desistir de alimentos de que se gosta (este obstáculo diretamente sob a alçada das pessoas) que impedem a adoção de uma dieta saudável por parte dos portugueses (Moura *et al.*, 2006).

De igual modo, Skinner *et al.* (2005) verificaram que as principais barreiras referidas pelos consumidores do Canadá à prática de uma alimentação saudável incluíam o preço dos alimentos, a acessibilidade/disponibilidade aos mesmos, a dificuldade em abandonar alimentos de elevada densidade energética, a reduzida exposição a alimentos diferentes, bem como a falta de tempo e a falta de motivação para mudarem de alimentação. Estes resultados são igualmente corroborados no trabalho de Kubik *et al.* (2005), destacando-se as seguintes barreiras à prática de uma alimentação saudável referidas pelos

consumidores americanos: falta de conveniência, preferências alimentares, reforço social e a recompensa de bem-estar com o consumo de alimentos de elevada densidade energética.

De facto, não obstante uma maior consciencialização do conceito de uma alimentação saudável e dos benefícios que a mesma acarreta para a saúde das pessoas, a Organização Mundial de Saúde, na sua estratégia global para a saúde demarca como um dos principais fatores de risco para o aumento das doenças, em particular as doenças crónicas, a alimentação. Revela grande preocupação com a dieta alimentar pouco saudável, bem como com a ingestão calórica desequilibrada (OMS, 2004).

2.1.1 *Obesidade/excesso de peso*

De acordo com a OMS, a obesidade é uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afetar a saúde (OMS, 2003). Resulta dos sucessivos balanços energéticos positivos mínimos prolongados ao longo do tempo, isto é, em que a quantidade de energia ingerida é superior à quantidade de energia gasta (Carnell e Wardle, 2008). É uma doença crónica, necessitando, portanto, de tratamento para toda a vida, estando associada a outras doenças. Os indivíduos com excesso de peso ou obesidade apresentam maior risco de incidência de outras doenças: diabetes tipo 2, hipertensão arterial, alterações do colesterol e triglicéridos do sangue, doença coronária, acidente vascular cerebral, gota, osteoartrite, apneia do sono, certos tipos de cancro, em particular do cólon, da mama e do ovário (Visscher e Seidell, 2001; OMS, 2000).

O Índice de Massa Corporal (IMC) e o perímetro da cintura são dois parâmetros que, de forma independente ou associados, são utilizados como medidas clínicas para a avaliação do peso (Moreira, 2005). O IMC corresponde ao procedimento padrão para avaliar o peso, permitindo aferir se o indivíduo apresenta excesso de peso ou obesidade, dado tratar-se de um indicador fiável de adiposidade (Lobstein *et al.*, 2004). É obtido

através da razão entre o peso, em quilos, do indivíduo pelo quadrado da altura, em metros:

$$\text{IMC} = \text{peso (kg)} / \text{altura (m}^2\text{)}.$$

Nos adultos, o excesso de peso corresponde a um valor de IMC entre 25,0 e 29,9 kg/m². Por sua vez, a obesidade corresponde a um IMC superior a 30,0 kg/m². A OMS considera várias classes de IMC em função dos riscos de complicação, para a saúde associadas à obesidade (ver quadro 1). Assim, segundo esta organização existem quatro classes de IMC: déficit de peso (<18,5 kg/m²), peso normal (18,5 a 24,9 kg/m²), excesso de peso (25,0 a 29,9 kg/m²), obesidade (>30 kg/m²), subdividindo-se esta última em três classes: obesidade grau I (30,0 a 34,9 kg/m²), obesidade grau II (35,0 a 39,9 kg/m²) e obesidade grau III (≥40 kg/m²) (ver Quadro 1). O risco de comorbilidades associado a estas classes é respetivamente: baixo, médio, ligeiramente aumentado, moderado, intenso e muito intenso.

Quadro 1: Classificação do IMC e risco de comorbilidades

Classificação	IMC (kg/m²)	Risco de comorbilidades
Baixo Peso	< 18,5	Baixo (mas aumenta o risco de outros problemas)
Eutróficos	18,5-24,9	Médio
Excesso de peso	25,0-29,9	Ligeiramente aumentado
Obeso		
Grau I	30,0-34,9	Moderado
Grau II	35,0-39,9	Intenso
Grau III	≥ 40	Muito intenso

Fonte: Labib, M., 2003.

Contudo, o IMC apresenta a limitação de não conseguir diferenciar entre peso que é gordura (massa gorda) e peso proveniente do tecido muscular ou que não apresenta gordura (massa magra) (Moreira, 2005). No entanto, diversos trabalhos recorrem ao

procedimento padrão para avaliar o peso e saber se o indivíduo apresenta excesso de peso ou obesidade, utilizando o IMC, como é o caso de trabalhos em adultos portugueses (Carmo *et al.*, 2006; Carmo *et al.*, 2008; Sardinha *et al.*, 2012).

Em Portugal, um estudo desenvolvido por Carmo *et al.* (2006) em adultos (18-64 anos de idade) revelou uma prevalência de 38,6 % de excesso de peso e 13,8 % de obesidade (total de excesso de peso e obesidade: 52,4 %), entre 2003 e 2005, contrapondo com 35,2 % de excesso de peso e os 14,4 % de obesidade para o período 1995-1998 (total de excesso de peso e de obesidade: 49,6 %). Não obstante a prevalência do excesso de peso/obesidade em adultos de Portugal ser inferior à prevalência do excesso de peso/obesidade em adultos pertencentes à região Europa da OMS (Doak *et al.*, 2012), existe uma clara necessidade de intervir no seio da população, no sentido de prevenir e tratar a obesidade.

Os principais problemas de saúde associados à obesidade e ao excesso de peso são (OMS, 2010; Portal da Saúde, 2005):

- Complicações metabólicas - hiperlipidémia, alterações de tolerância à glicose, diabetes tipo II e gota;
- Aparelho cardiovascular - hipertensão arterial, arteriosclerose, insuficiência cardíaca congestiva, angina de peito e doenças cardiovasculares;
- Sistema respiratório - dispneia, fadiga, síndrome de insuficiência respiratória do obeso, apneia de sono e embolismo pulmonar;
- Aparelho gastrintestinal - alterações da função hepática, litíase vesicular e carcinoma do cólon;

- Aparelho genito-urinário e reprodutor - infertilidade e amenorreia (ausência anormal da menstruação), incontinência urinária de esforço, hiperplasia e carcinoma do endométrio, carcinoma da mama, carcinoma da próstata, hipogonadismo hipotalâmico e hirsutismo;

- Alguns câncros;

- Problemas psicológicos- isolamento social, depressão e perda de autoestima;

- Outras alterações - osteoartroses, insuficiência venosa crônica, risco anestésico, hérnias e propensão a quedas;

- Uma diminuição na qualidade de vida observada.

O grau de risco é influenciado pela quantidade relativa de peso em excesso, pela localização da gordura no corpo, pelo grau de ganho de peso durante a idade adulta e pela quantidade de atividade física. A maioria destes problemas pode ser melhorada com uma perda de peso relativamente modesta (10 a 15%), especialmente se a atividade física for igualmente aumentada (Portal da Saúde, 2005).

2.2 Imagem Corporal

Entende-se por imagem corporal um conceito multidimensional (Cash e Brown, 1989), correspondendo à representação que cada um de nós forma mentalmente sobre o seu corpo, o modo como cada um o vê, sendo que esta imagem poderá ser alterada ao longo do tempo e em função das situações (Schilder, 1935).

De acordo com Cash *et al.* (1991), a imagem corporal possui uma componente perceptiva (a percepção direta da aparência física) e uma componente subjetiva, correspondendo aos pensamentos, sentimentos e atitudes sobre o corpo (aparência geral, partes corporais, peso, idade, força e sexualidade). A componente subjetiva da imagem

corporal, a abordagem a seguir na presente investigação, compreende uma dimensão afetiva (os sentimentos que as pessoas desenvolvem em torno da sua aparência), bem como uma dimensão cognitiva (os pensamentos e as crenças que as pessoas desenvolvem em torno do seu corpo e da sua aparência) (Cash e Brown, 1989). Nesta componente, acresce ainda a dimensão comportamental (Cash e Brown, 1989; Banfield e McCabe, 2002) que corresponde à manifestação ou às consequências das outras duas componentes. De facto, pensamentos e atitudes negativos em relação ao corpo podem conduzir a distúrbios alimentares (caso da anorexia nervosa ou da bulimia) que, por sua vez, podem proporcionar problemas cognitivos e afetivos. Por exemplo, um ciclo de dietas restritivas mal sucedidas poderá levar à insatisfação corporal e pensamentos sobre excesso de peso. Por outras palavras, a imagem corporal reflete o modo como as pessoas pensam, sentem e se comportam em relação ao seu corpo (Muth e Cash, 1997).

Quer dizer, a imagem corporal referente aos pensamentos, atitudes e experiências que o indivíduo vai acumulando em relação ao seu corpo, desenvolve-se e altera-se ao longo da vida, à medida que o próprio corpo se desenvolve e modifica (desenvolvimento biológico), seja pela perceção que o indivíduo tem de si próprio, seja baseada na comparação com os outros e no modo como os outros o vêem (Bruchon Schweitzer, 1990).

Neste contexto, Van der Berg *et al.* (2002) consideram o papel fundamental da família, dos pares e dos *media* no modo como os indivíduos, em particular as mulheres, percecionam o seu corpo, bem como na modelação de um corpo ideal. A comparação social do próprio corpo (pela assimilação e interiorização do ideal) medeia os efeitos destas variáveis e o surgimento de distúrbios alimentares, casos da bulimia, da anorexia e obesidade (Fitzsimmons Craft, *et al.*, 2012; Kroon e Perez, 2013).

Diversos estudos atestam que as jovens ou as mulheres, sujeitas a um maior número de provocações ou gracejos por parte dos seus pares em relação ao seu peso e forma, estão

mais preocupadas com a sua alimentação e o seu peso (Kraye *et al.*, 2008; Mooney *et al.*, 2009). De igual modo, a pressão da família para que, em particular as jovens, sejam magras predispõe a presença de distúrbios alimentares (Levine *et al.*, 1994; Kanakis e Thelen, 1995). Por fim, perante uma sociedade de consumo imediato, o corpo, fronteira onde a vida tem lugar (Damásio, 2000), surge como um referencial objetivo necessário para um suporte individual e social de diferenciação, sendo que os indivíduos são impelidos a imitar os modelos corporais que são veiculados pelos *media* (Bento, 1991), porque o que é desejável e atrativo tem um papel importante no desenvolvimento da imagem corporal (Groesz *et al.*, 2002; Hill, 2006; Kraye *et al.*, 2008; Mooney *et al.*, 2009; Tiggemann, 2002).

Atualmente, nas sociedades ocidentais, o novo padrão de beleza relaciona-se com a “hipertrofia muscular”, onde se cultiva uma imagem musculada e sem gorduras visíveis, sendo que os benefícios associados à prática diária de dietas restritivas e exercício físico se relacionam, muito particularmente, com a imagem corporal da moda, existindo a recompensa de atração, saúde e felicidade (Moreira, 2005).

Considerando a satisfação corporal como o grau de satisfação com o corpo em geral e com as suas várias partes (Bruchon-Schweitzer, 1990), a insatisfação corporal, resultante dos pensamentos negativos relacionados com a aparência (Littleton e Ollendick, 2003), é um fenómeno fortemente ligado ao género (Fitzsimmons-Craft, *et al.*, 2012; Polivy e Herman, 2002), refletindo os fatores socioculturais, nomeadamente as preocupações e pressões dos padrões de beleza feminino das sociedades ocidentais. No entanto, o peso correspondente ao ideal de magreza é irrealisticamente baixo para a maioria das mulheres (Harper e Tiggemann, 2008), resultante dos condicionantes de ordem genética e biológica. Por outro lado hoje é comum o uso de tecnologia digital que melhora significativamente a silhueta dos modelos (Bennett, 2008), reforçando o facto dos *media*, em particular as

revistas de moda, proporem ideais de beleza frequentemente inatingíveis para a maioria das mulheres e jovens (Tiggemann *et al.*, 2013).

A comparação e o marcado hiato entre o peso real e o peso considerado ideal, correspondente ao ideal de magreza, contribui para insatisfação com o próprio corpo, aliada ao aparecimento de distúrbios alimentares (Bulik *et al.*, 2005; Cash e Deagle, 1997; Grabe *et al.*, 2008; Groesz *et al.*, 2002; Stice *et al.* 2002; Tiggeman, 2002; Leonhard e Barry, (1998) a saber: a anorexia e a bulimia nervosas, sendo que estas perturbações alimentares afetam principalmente as jovens adolescentes (Fairburn *et al.*, 2003).

Estes dois tipos de comportamentos alimentares não saudáveis apresentam em comum uma exagerada preocupação com o peso e com a imagem corporal, induzindo as pacientes a chegarem a um corpo idealizado através de métodos inadequados, optando por dietas exageradamente restritivas (Habermas, 1996; Rieger *et al.*, 2001). Diagnostica-se pela perda significativa de peso corporal ou manutenção de peso extremamente baixo (85 % do peso normal para a altura), receio exagerado de ganhar peso ou ficar gorda, elevado grau de insatisfação acerca do corpo e distorção da imagem corporal e amenorreia nas mulheres após a menarca (OMS, 1993). A restrição alimentar é acompanhada por uma prática excessiva de exercício físico, negação da fome, vômitos provocados e a utilização de laxantes, anorexígenos e de diuréticos (OMS, 2013). Nas pessoas que sofrem de anorexia nervosa ocorre desnutrição de grau variável, acompanhada de modificações endócrinas e metabólicas secundárias e de perturbações das funções fisiológicas, bem como afastamento social, depressão e ansiedade (Bulik *et al.*, 2005).

Por sua vez, a bulimia é uma doença caracterizada por episódios de alimentação compulsiva consumo de uma grande quantidade de comida num período de tempo curto), seguidos de purgas (consumo de laxantes, diuréticos, clisteres ou vômitos autoinduzidos) que ocorram pelo menos duas vezes por semana durante três meses, bem como sentido de

falta de controlo durante os episódios periódicos de alimentação compulsiva e de purga e grau de insatisfação em relação ao corpo e distorção da imagem corporal (OMS, 1993), resultando num peso normal ou ligeiramente acima do normal que sofre grandes flutuações (Fairburn e Harrison, 2003). Os vômitos repetidos podem provocar perturbações eletrolíticas e complicações somáticas (OMS, 2013). O principal sintoma da bulimia nervosa é o episódio de compulsão alimentar, surgindo frequentemente durante uma dieta restritiva. Num primeiro momento, pode atribuir-se tal episódio à fome decorrente da dieta, mas quando o transtorno já está instalado, o ciclo compulsão-purgação ocorre em qualquer situação que gere sentimentos negativos (frustração, tristeza, decepção, ansiedade, tédio, solidão). Os episódios de compulsão-purgação, na maioria das vezes, ocorrem às escondidas e são acompanhados de sentimentos de vergonha, culpa e desejos de autopunição (Alves, 2005). Pessoas com bulimia nervosa apresentam como sinais físicos cáries dentárias, lábios e mãos gretadas, língua inflamada. Receiam permanentemente o aumento de peso e sofrem em geral de depressão ou de outras complicações psicológicas. Assim, como a anorexia nervosa, a bulimia nervosa têm, igualmente, causas comuns: genéticas, neuro químicas, psicológicas, familiares e socioculturais (Fairburn e Harrison, 2003). A prevalência da anorexia nervosa é de 0,3 para jovens mulheres, sendo que a prevalência para a bulimia nervosa é de 1% para mulheres jovens e 0,1 % em homens, igualmente jovens (Bulik *et al.*, 2005).

3. MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo visa identificar e compreender a relação entre a percepção da alimentação saudável e a percepção da imagem corporal, no ponto de vista dos estudantes da Escola Abc do Cabeleireiro e da Estética do Funchal. Para o efeito, recorreu-se à metodologia qualitativa através da entrevista como técnica de recolha de informação, bem como pela recolha de informação sobre dados antropométricos dos participantes por medição e de dados sociodemográficos por questionário.

Recorreu-se à técnica de entrevista semiestruturada a partir de um guião previamente construído (ver Anexo 1), dado pretender-se conhecer, de modo sistemático e em profundidade, as percepções dos estudantes sobre o conceito de alimentação saudável e imagem corporal, uma vez que se tratam de temas que apresentam implicações nas suas vidas profissionais: a aparência destes futuros profissionais poderá condicionar o desempenho da sua atividade.

Este método individual de recolha de dados descritivos na linguagem do próprio entrevistado permite ao investigador desenvolver sobre a forma como os sujeitos interpretam aspetos do mundo (Bogdan e Bilken, 1994). A entrevista, além de uma técnica de um método qualitativo constitui um recurso naturalista de observação ativa pois conjugam-se o ver, o escutar e o partilhar (Lessard, 1990). Esta necessidade de interagir com o participante, partilhando informação e emoções advém de outra que é a de criar um ambiente empático de colaboração no sentido em que se entende a entrevista não apenas para obter informações ou dados a tratar de forma científica, mas também no sentido em que a entrevista, ela própria, surja como um momento de partilha de conhecimento (Aires, 2008).

Embora haja uma definição prévia de objetivos subjacentes à elaboração da entrevista e à definição de um planeamento relativamente à organização e à acessibilidade da linguagem das questões, uma das vantagens de uma entrevista semiestruturada é

garantir liberdade na exploração dessas questões no decorrer da entrevista, salvaguardando-se que todos os participantes respondam às mesmas questões (Aires, 2008).

3.1 Instrumentos de recolha de informação

3.1.1 Guião da Entrevista

O guião da entrevista integra os objetivos da investigação e orienta a interação (Aires, 2000). Foi organizado considerando os objetivos específicos da investigação e inclui um conjunto de questões de modo a conhecer as perceções dos entrevistados acerca de dois grandes temas: hábitos alimentares e imagem corporal. Embora sem subordinação rígida, o guião foi organizado em partes com objetivos específicos e incluí uma série de questões a abordar, tendo por base as seguintes finalidades:

- analisar e compreender a dimensão dos hábitos alimentares saudáveis dos entrevistados e de que forma estes são condicionados pelo dia-a-dia pessoas;
- analisar e compreender a perceção dos estudantes em relação à sua imagem corporal e de que forma esta pode ser melhorada recorrendo à alimentação saudável.

No que concerne ao tema alimentação saudável, procurou-se aferir as seguintes temáticas: conceito de alimentação saudável, modos de confeção saudável, locais de refeição durante a semana (os cursos decorrem de segunda a sexta feira), critérios de escolha das refeições, avaliação de eventuais acontecimentos percecionados pelos entrevistados como proporcionadores de excessos alimentares. Relativamente à imagem corporal pretendeu-se aferir as seguintes temáticas: grau de satisfação da imagem corporal dos entrevistados, eventual mudança a realizar no corpo, influência da alimentação na

imagem corporal, influência da imagem corporal dos modelos enquanto imagem ideal, práticas de dietas restritivas e influência da imagem corporal no desempenho profissional. O guião foi inicialmente testado e posteriormente ajustado adquirindo assim a sua versão final.

3.1.2 *Questionário dos dados antropométricos*

Aplicou-se o questionário sobre os dados antropométricos em que o peso foi avaliado em balança de dinamómetro, estando as jovens vestidas com roupa leve e sem calçado. A altura foi avaliada com a cabeça colocada no plano horizontal (OMS, 1995). Estes dados antropométricos avaliados permitiram a calcular o índice de massa corporal. Foi calculado através da fórmula $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{Altura}^2 \text{ (m}^2\text{)}$. Conhecido o IMC, foi estabelecida a classificação de baixo peso, eutróficos, excesso de peso, obeso de grau I, grau II e grau III.

3.1.3 *Questionário dos dados sociodemográficos*

Aplicou-se o questionário sobre os dados sociodemográficos e sobre os dados antropométricos em que constam respetivamente as seguintes informações (ver Anexo 2):

- Dados antropométricos: i) Peso em quilogramas, ii) Altura (em metros), iii) Perímetro da cintura (em centímetros).

- Dados sociodemográficos: i) Sexo, ii) Idade, iii) Estado civil, iv) Formação académica, v) Profissão atual, vi) Número de pessoas do agregado familiar, vii) Rendimento líquido mensal do agregado familiar e viii) Formação académica de quem mais contribuía financeiramente para o contexto familiar.

3.2 População alvo

A população alvo desta investigação é constituída pelos estudantes da Escola Abc do Cabeleireiro e Estética do Funchal, do ano letivo, 2012/2013 das turmas de estética e cabeleireiro, quer pertencendo ao turno da manhã quer pertencente ao turno da noite. Para o presente ano letivo 2012/2013, objeto de estudo da presente investigação a Escola Abc do Cabeleireiro e da Estética do Funchal tinha 69 alunos sendo 45 destes em regime privado da Escola e os restantes 24 resultantes da parceria com os centros de Novas Oportunidades. Os estudantes entrevistados pertenciam ao primeiro grupo mencionado por uma questão de conveniência da execução da investigação: estes estudantes fazem parte do regime integral da Escola (ver Anexo 3).

O critério de seleção dos participantes relacionou-se com o facto de se poder analisar quer os hábitos alimentares quer a autoavaliação da imagem corporal dos futuros profissionais que lidam com os cuidados de beleza.

3.3 Funcionamento das sessões

As entrevistas foram realizadas individualmente, entre os dias vinte e um de janeiro e vinte e cinco de fevereiro de 2013. Os participantes foram previamente contactados pela investigadora, que entrevistou a totalidade dos participantes não tendo sido criada qualquer resistência para a realização das entrevistas, após ter sido concedida autorização pelo responsável da Escola (ver Anexo 4). Tal como sugerido por Carmo e Ferreira (1998), ao entrevistado foram apresentados o entrevistador, o problema da pesquisa, o papel pedido ao entrevistado, bem como o valor acrescentado que as suas respostas poderiam trazer à investigação em curso. Foi igualmente garantido o anonimato das intervenções, a

necessidade da gravação áudio, tendo sido obtido consentimento para tal facto por parte dos participantes.

As entrevistas foram realizadas numa das salas da Escola Abc do Cabeleireiro e da Estética do Funchal de modo a facilitar a realização das entrevistas. Seguindo as recomendações de Moreira (2007), os locais e os momentos onde foram efetuadas as entrevistas atenderem às preferências dos entrevistados quanto às condições de privacidade, tranquilidade e conforto. Tentou-se que da aplicação das entrevistas resultasse a ação criadora e captadora de significados a que se refere Aires (2000) pelo que foi sempre estabelecida uma relação direta entre os dois intervenientes: entrevistado e entrevistador. A espontaneidade própria da comunicação síncrona estabelecida, exigiu uma grande concentração em relação às questões a serem formuladas pelo investigador e relativamente às respostas dadas (Opdenakker, 2006).

As questões não surgiram de forma rígida, tendo por vezes sido necessário reencontrar a direção das entrevistas. Assim os entrevistados não foram sujeitos exatamente a mesma sequência rígida de questões. Foi, assim, possível obter uma grande riqueza informativa. A duração das entrevistas variou entre os sete minutos e os quarenta e dois minutos aproximadamente. A média de duração das entrevistas foi de 12 minutos e 54 segundos, com um desvio padrão de $\pm 2,34$.

3.4 Análise das transcrições

Após a realização das entrevistas, seguiu-se a transcrição das mesmas, tendo sido efetuado o registo integral do seu conteúdo (ver Anexo 5). Tendo por base os objetivos do presente trabalho, numa primeira fase, foi feita uma leitura cuidadosa e exaustiva das transcrições integrais de cada uma das entrevistas, tendo estas transcrições sido

sistematicamente analisadas, de modo a identificar temas recorrentes e emergentes em cada um dos textos (Melo *et al.*, 2013). Durante a transcrição, procurou-se retratar de forma fiel o discurso dos participantes, fazendo-se igualmente referência a comportamentos e gestos, como risos e interjeições. Para o efeito, foi utilizado o seguinte código de transcrição, de acordo com o sugerido por Bloor *et al.*, (2001). X, Y - quando é referido o nome do participante, - [] gestos dos participantes / observações do transcritor, (...) – discurso imperceptível e [- discurso interrompido. Posteriormente os participantes confirmaram a respectiva transcrição.

3.5 Processo de categorização

A análise qualitativa das entrevistas baseou-se na divisão em categorias temáticas (Melo *et al.*, 2013). Esta categorização pressupõe um exame profundo dos textos e teve como objetivo primordial fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos (Bardin, 2008), que foram organizados de forma hierárquica. A unidade de registo utilizada foi o fragmento significativo correspondente a uma unidade de informação (unidade semântica). Para o efeito, recorreu-se ao programa informático QSR Nvivo 10®, orientado para a análise qualitativa de dados. A análise do discurso, realizou-se através da contagem dos participantes (número de fontes) e dos segmentos discursivos (número de referências) para cada uma das categorias e suas subcategorias em análise, em função das entrevistas (ver Anexo 5).

4. RESULTADOS

4.1 Caraterização da amostra

Foram entrevistados 35 estudantes, sendo que uma das entrevistas, devido a problemas áudio, teve de ser anulada, validando-se 34 entrevistas (correspondendo a 49,28 % do total dos alunos da Escola Abc do Cabeleireiro e da Estética do Funchal do ano letivo em causa, que frequentam os cursos de estética e /ou cabeleireiro). Os participantes, todas do sexo feminino, pertenciam às duas turmas de estética, uma do turno da manhã (das 09 horas às 13 horas) e outra do turno da noite (das 19 horas às 23 horas) e a duas turmas de cabeleireiro, uma pertencente ao turno da manhã e outra com horário de tarde (das 14 horas às 18 horas) e noite (das 19 horas às 23 horas). No quadro 2 considera-se a caraterização sociodemográfica e antropométrica das estudantes entrevistadas.

Quadro 2: Caraterização das participantes

Participante	Grupo	Variáveis sociodemográficas					Variáveis Escolares			Variáveis Antropométricas			
		Sexo	Idade	Estado civil	Profissão	Nº de filhos	Turma	Horário	Escolaridade	Peso	Altura	IMC	Classificação
P1	1	Fem	31	Viúva	Empresária	0	Cabeleireiro	Tarde e noite	12º ano	63	1,60	24,61	Eutróficos
P2	1	Fem	24	Casada	Empregada de balcão	0	Cabeleireiro	Tarde e noite	12º ano	70	1,64	26,03	Excesso de peso
P3	1	Fem	26	Casada	Estudante	1	Cabeleireiro	Tarde e noite	9º ano	58	1,72	19,61	Eutróficos
P4	1	Fem	31	União de facto	Estudante	1	Cabeleireiro	Tarde e noite	12º ano	49	1,58	19,63	Eutróficos
P5	1	Fem	20	Casada	Administrativa	1	Cabeleireiro	Tarde e noite	12º ano	46	1,56	18,90	Eutróficos
P6	1	Fem	19	Solteira	Estudante	1	Cabeleireiro	Tarde e noite	12º ano	68	1,56	27,94	Excesso de peso
P7	1	Fem	25	Solteira	Estudante	0	Cabeleireiro	Tarde e noite	12º ano	48	1,58	19,23	Eutróficos
P8	1	Fem	19	Solteira	Estudante	1	Cabeleireiro	Tarde e noite	Curso de Especialização Tecnológica, nível IV 12º ano	58	1,65	21,30	Eutróficos
P9	1	Fem	18	Solteira	Estudante	2	Cabeleireiro	Tarde e noite		56	1,60	21,86	Eutróficos
P10	1	Fem	19	Solteira	Estudante	1	Cabeleireiro	Tarde e noite	12º ano	64	1,69	22,41	Eutróficos
P11	1	Fem	39	Casada	Pasteleira	0	Cabeleireiro	Tarde e noite	9º ano	68	1,60	26,56	Excesso de peso
P12	1	Fem	43	União de facto	Cozinheira	2	Cabeleireiro	Tarde e noite	9º ano	71	1,61	27,39	Excesso de peso
P13	2	Fem	38	União de facto	Estudante	3	Cabeleireiro	Manhã	9º ano	91	1,61	35,11	Obesidade de grau II
P14	2	Fem	19	Divorciada	Estudante	0	Cabeleireiro	Manhã	12ºano	75	1,78	23,67	Eutróficos
P15	2	Fem	18	Casada	Estudante	1	Cabeleireiro	Manhã	9º ano	69	1,59	27,29	Excesso de peso
P16	2	Fem	36	União de facto	Contabilista	1	Cabeleireiro	Manhã	9º ano	67	1,69	23,46	Eutróficos
P17	2	Fem	40	Casada	Administrativa	2	Cabeleireiro	Manhã	9º ano	68	1,60	26,56	Excesso de peso
P18	2	Fem	26	Solteira	Contabilista	0	Cabeleireiro	Manhã	12º ano	56	1,66	20,32	Eutróficos
P19	2	Fem	24	Casada	Estudante	1	Cabeleireiro	Manhã	12º ano	53	1,61	20,70	Eutróficos
P20	2	Fem	18	Solteira	Comerciante	0	Cabeleireiro	Manhã	9º ano	69	1,74	22,79	Eutróficos
P21	3	Fem	18	Solteira	Comerciante	3	Estética	Noite	9º ano	41	1,53	17,51	Baixo peso
P22	3	Fem	19	Solteira	Estudante	0	Estética	Noite	12º ano	62	1,65	22,77	Eutróficos
P23	3	Fem	18	Solteira	Estudante	1	Estética	Noite	9º ano	53	1,60	20,70	Eutróficos
P24	3	Fem	32	União de facto	Estudante	1	Estética	Noite	12º ano	51	1,63	19,20	Eutróficos
P25	3	Fem	25	União de facto	Massagista	1	Estética	Noite	12º ano	50	1,57	20,28	Eutróficos
P26	3	Fem	20	Solteira	Comerciante	0	Estética	Noite	9º ano	64	1,71	21,89	Eutróficos
P27	4	Fem	25	Solteira	Comerciante	0	Estética	Manhã	12º ano	61	1,65	22,41	Eutróficos
P28	4	Fem	24	Solteira	Estudante	1	Estética	Manhã	Curso de Especialização Tecnológica, nível IV 12º ano	60	1,56	22,41	Eutróficos
P29	4	Fem	19	Casada	Comerciante	0	Estética	Manhã		63	1,69	22,06	Eutróficos
P30	4	Fem	19	Solteira	Comerciante	0	Estética	Manhã	12º ano	57	1,61	21,99	Eutróficos
P31	4	Fem	35	Divorciada	Estudante	0	Estética	Manhã	9º ano	55	1,62	20,96	Eutróficos
P32	4	Fem	18	União de facto	Esteticista	0	Estética	Manhã	12º ano	80	1,70	27,68	Excesso de peso
P33	4	Fem	39	Casada	Comerciante	0	Estética	Manhã	12º ano	65	1,60	25,39	Excesso de peso
P34	4	Fem	22	Casada	Esteticista	0	Estética	Manhã	12º ano	64	1,57	25,96	Excesso de peso

(Fem: Feminino, IMC: Índice de Massa Corporal)

A idade média das entrevistadas é de 25,5 anos, com um desvio padrão de 7,8, verificando-se, nas habilitações um predomínio (moda) pelo 12º ano de escolaridade. Relativamente ao peso, a média é de 61,6 kg com um desvio padrão de 10, a média da altura é 1,63 m com um desvio padrão de 0,06, sendo a média do IMC de 23,1 kg/m², com um desvio padrão de 3,5. De referir que 68 % das participantes são eutróficas e as 32% restantes com excesso de peso/obesidade de grau II (uma participante).

4.2 Categorias definidas na grelha de análise

Para a definição de categorias gerais da análise atendeu-se às características que estas devem possuir: a exclusividade, a homogeneidade, a exaustividade, a adequação ou pertinência e a objetividade segundo Bardin (2008).

Identificaram-se duas grandes categorias: hábitos alimentares e imagem alimentar. Na grande categoria *Hábitos Alimentares*, que representa o conceito de alimentação saudável, os obstáculos e limitações à alimentação saudável e as principais consequências resultantes da prática de uma alimentação pouco saudável, foram definidas e explicitadas as seguintes categorias, apresentando-se de seguida os seus significados:

- Grau de modificação da alimentação para a prática de alimentação saudável: avaliação do conceito de alimentação saudável e modos saudáveis de confeção.
- Avaliação da natureza da alimentação praticada: perceção do tipo de alimentação praticada diariamente.
- Consequências de uma má alimentação: avaliação das consequências resultantes da prática de uma alimentação pouco saudável; doenças e outras limitações.

- Estratégias para a prática de uma alimentação saudável: avaliação de práticas de alimentação saudável, bem como alterações diárias para a sua persecução.
- Obstáculos à prática de uma alimentação saudável: avaliação dos constrangimentos à prática de uma alimentação saudável.
- Locais de refeição: avaliação dos locais de refeição, ao almoço e ao jantar no período semanal (de segunda a sexta feira).
- Confeção dos alimentos: colaboração nas refeições realizadas em casa e percepção do acolhimento dessas sugestões por parte dos membros da família.
- Avaliação das refeições fora de casa: avaliação das refeições fora de casa no período semanal (de segunda a sexta feira).
- Excessos alimentares: avaliação dos excessos alimentares efetuados aos fins fins-de-semana ou nalgum dia especial.

Na grande categoria *Imagem Corporal*, que representa a visão que estas estudantes têm sobre o seu corpo, bem como as formas de melhorarem a imagem corporal, incluindo o recurso a dietas alimentares, foram explicitadas e definidas as seguintes categorias:

- Avaliação da imagem corporal: autoavaliação da imagem corporal, contrapondo com a imagem corporal real idealizada; partes do corpo que provocam desagrado; estratégias adotadas para melhorar a imagem corporal como forma de aproximação à imagem ideal.
- Relação entre alimentação e imagem corporal: influência da alimentação na imagem corporal.
- Peso: referência aos hábitos alimentares que proporcionam bem-estar e ajuste do peso ideal.

- Influência dos agentes externos na imagem corporal: avaliação do peso pelos pares (amigos e colegas da escola); moda; influência da moda na imagem corporal; avaliação da imagem corporal dos modelos atuais.
- Relação da imagem corporal no desempenho profissional: influência da imagem do corpo no desempenho e no sucesso profissional.

Dada a diversidade de informação recolhida a partir das categorias previamente definidas, foi necessário proceder, à *posteriori*, à sua divisão em subcategorias. Tal subdivisão permitiu uma análise de conteúdo mais aprofundada, representando-se no Quadro 3, o resultado do processo de categorização, com a explicitação do número de fontes e de referências codificadas de cada uma das grandes categorias, categorias e subcategorias.

Quadro 3: Categorização, com a explicitação do número de fontes (participantes) e de referências (extratos discursivos) em cada uma das grandes categorias e subcategorias

Grandes categorias	Categorias	Subcategorias	Fontes	Referências Codificadas
Hábitos alimentares			34	827
	Conceito de alimentação saudável		34	275
		Alimentos	34	143
		Confeção	33	94
	Grau de modificação da alimentação para a prática de alimentação saudável		34	52
		Necessidade de realizar alteração	33	51
		Falso otimismo	1	1
	Consequências de uma má alimentação		34	122
		Doenças	34	91
		Outras limitações	27	31
	Estratégias para a prática de uma alimentação saudável		11	16
		Gestão de tempo	1	2
		Gestão de alimentos	9	11
		Gestão dos gastos de energia	1	1
	Obstáculos à prática de uma alimentação saudável		30	43
		Fator temporal	11	14
		Fator Economico	4	6
		Vontade Própria	9	10
		Fatores situacionais	10	13
	Locais de refeição		34	70
		Almoço	34	34
		Jantar	34	36
	Confeção dos alimentos		30	59
		Envolvimento na confeção	25	52
		Fraco envolvimento na confeção	5	7
	Avaliações das refeições fora de casa		34	134
		Alimentos trazido de casa	31	61
		Alimentos concorrentes	34	95
	Excessos		34	56
		Comete excessos	23	44
		Não comete excessos	11	12
Imagem corporal			34	733
	Avaliação corporal		34	146
		Conceito de imagem corporal ideal	33	45
		Autoavaliação da imagem corporal	34	101
	Relação entre alimentação e imagem corporal		34	60
		Influência da alimentação na imagem corporal	25	51
		Inexistência da influência da alimentação na imagem corporal	9	9
	Peso		34	174
		Auscultação sobre o controle de peso	34	97
		Auscultação sobre realização de programas para melhoria do peso	33	77
	Influência dos agentes externos na imagem corporal		34	201
		Escola de estética e imagem	34	48
		Amigos	30	38
		Moda	34	115
	Relação da Imagem corporal no desempenho profissional		34	102
		Influência de uma imagem descuidada no desempenho profissional	33	55

Através da leitura do Quadro 3, constata-se que num total de 1.571 referências, a grande categoria Hábitos Alimentares é aquela que apresenta o maior número de referências, 838 em comparação com as 733 referências codificadas, relativa à grande categoria Imagem Corporal. Procedendo-se à desagregação das categorias, observa-se que existe uma grande dispersão do número de referências por categorias e subcategorias, emergindo, portanto, categorias e subcategorias correspondentes à importância atribuída pelos participantes nos temas representados.

De seguida, proceder-se-á à análise mais detalhada dos resultados apresentados no quadro 3. Ao longo da apresentação dos resultados apenas os extratos discursivos mais representativos serão apresentados.

4.3 Hábitos Alimentares

No âmbito da grande categoria Hábitos Alimentares, referida por todas as participantes, destacam-se as seguintes categorias:

- a) *Conceito de Alimentação Saudável;*
- b) *Grau de modificação da alimentação para a prática de uma alimentação saudável;*
- c) *Consequências de uma má alimentação;*
- d) *Estratégias para a prática de uma alimentação saudável;*
- e) *Obstáculos à prática de uma alimentação saudável;*
- f) *Locais de refeição;*
- g) *Confeção dos alimentos;*
- h) *Avaliações das refeições fora de casa;*
- i) *Excessos alimentares.*

A figura 1 apresenta a divisão das nove categorias, com indicação do número de referências codificadas, associadas a cada uma, bem como com a indicação do número de participantes (n) que mencionaram cada subcategoria.

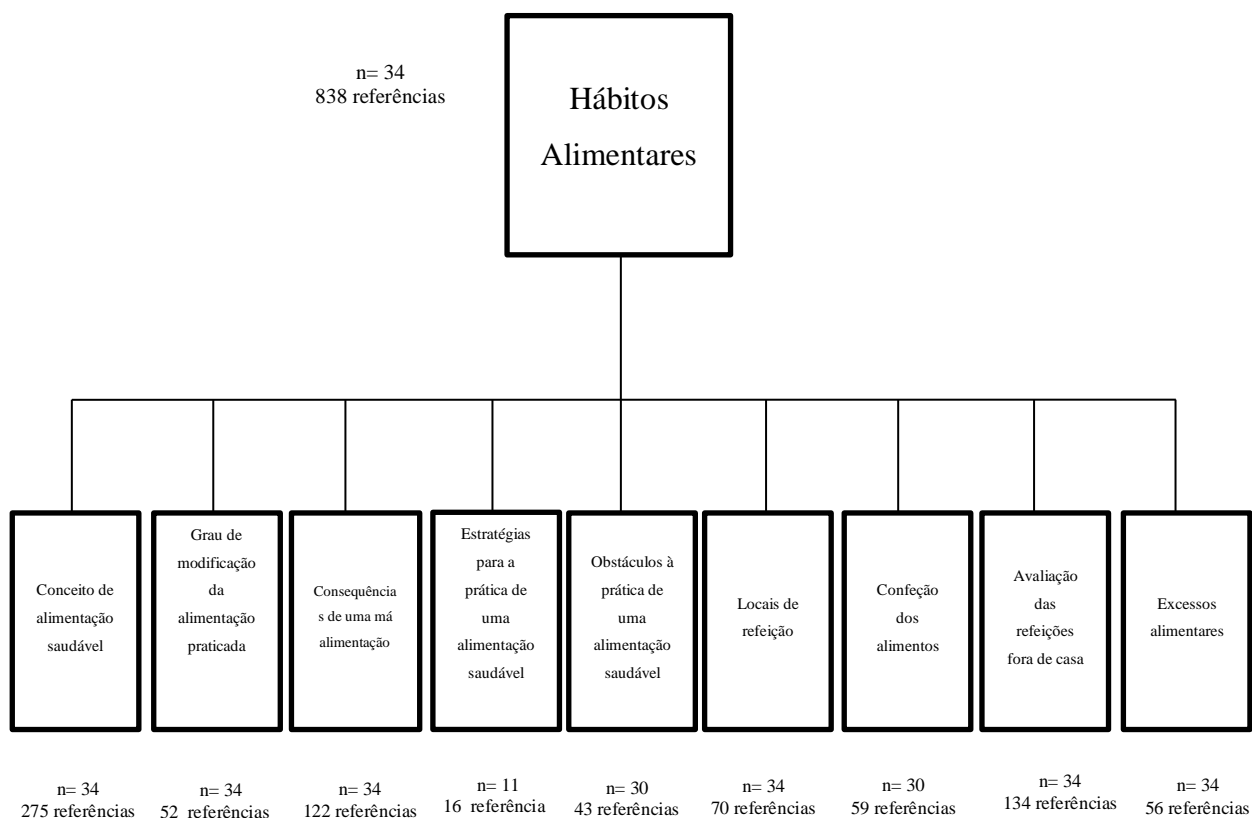


Figura 1: Categorias e subcategorias inerentes aos Hábitos Alimentares

a) *Conceito de Alimentação Saudável*

Quando questionadas as estudantes sobre o conceito de alimentação saudável as respostas abordam, por um lado, a identificação dos alimentos que as mesmas consideram saudáveis contrapondo com os menos saudáveis, bem como as formas de confeção percebidas como saudáveis/menos saudáveis (Quadro 4). Para as participantes uma alimentação saudável corresponde à ingestão de hortícolas (referido por 88 % das mesmas),

de fruta (referido por 53 %), peixe (29 %) e carne (21 %). Contudo, apenas 15 % e 6 % das participantes referiram as categorias cereais e o leite e derivados, respetivamente, para a prática de uma alimentação saudável. Finalmente, foi referido por uma participante que a prática de uma alimentação saudável corresponde ao consumo de “alimentos não processados e “alimentos oriundos do modo de produção biológico” (Quadro 5).

Quadro 4: Conceito de alimentação saudável (n=34)

Extratos discursivos	
Conceito de alimentação saudável	<p>“...ingerir os nutrientes mais... saudáveis... em vez de gorduras, carnes vermelhas, porco... substituí-las por carnes brancas tipo bifés de peru, frango, carnes brancas, grelhados, cozidos e nunca... fritos.” G1P1</p> <p>“...a pessoa tem que comer muita fruta, à base mais de alimentos... têm verduras... hum... coisas cozinhadas em vez de ser fritos...” G1P11</p> <p>“É aquela que não prejudique a nossa saúde.” G1P3</p> <p>“...Comidas à base de frutas, produtos mais biológicos, não tanto os químicos, aqueles que são tratados mesmo.” G2P18</p> <p>“Comer a horas e, pelo menos, comer primeiro e segundo prato, ou então comer o segundo prato e fruta.” G3P21</p> <p>“Uma alimentação que seja equilibrada.” G3P25</p> <p>“É uma alimentação mais à base de frutas e legumes... <i>hum...</i> e... e fraca em hidratos de carbono.” G4P33</p>

Quadro 5: Alimentos a ingerir (n=34)

Alimentos a Ingerir	Entrevistados (%)	Extratos Discursivos
Legumes e verduras	88	“...brócolos, tudo o que é verdura, feijão... feijão verde, tem tanta coisa... alface, tomate, pepino, tem tanta coisa... beterraba..” G1P12 “Os verdes... legumes, verduras...”G1P4 “As verduras, as saladas...” G2P15 “...Os legumes...” G4P28
Futas	53	“...é fruta.” G2P19 “..As frutas..”G4P34
Peixe	29	“...peixes...” G1P5 “...peixe...” G2P17
Carne	21	“...carnes brancas...” G1P6 “Carnes brancas...” G3P23
Cereais	15	“A massa...” G3P21 “...os hidratos de carbono...” G4P28
Leite e derivados	6	“Laticínios...” G1P4 “...iogurte... queijo...” G1P7
Alimentos Frescos	3	“Os frescos...” G2P18
Oriundos de origem Biológica	3	“...aqueles produtos mais para a base biológica...” G2P20

Quanto aos alimentos a evitar foram referenciados por cerca de 71 % dos participantes alimentos ricos em gorduras (“...batatas fritas ...” G1P1, “É os fritos, acho os fritos...” G1P7), seguidos dos doces e guloseimas (38 %) e das carnes vermelhas referidas por cerca de 21 % das participantes (“...carne de porco, muito gordurosa, geralmente quando eu compro carne de porco é mais aquelas que vêm sem gordura, as bifanas, acho que é bifanas...” G2P16). As estudantes referiram ainda que os alimentos *fast food* (9 %) e os alimentos muito salgados (6 %) como alimentos a evitar para a prática de uma alimentação saudável. Neste contexto as participantes referiram ainda as seguintes categorias como alimentos a evitar: 12 % os derivados do leite (“...queijos...” G1P6, “Manteiga, óleo... hum... aqueles queijos muito gordos.” G4P28), 12 % produtos de charcutaria e os alimentos com presença de produtos químicos (“...Que têm químicos. É

isso, é o... é os produtos que são cultivados e não passam por fábricas nem outros meios de tratamento...” G2P20) e por fim o peixe 9 % (Quadro 6).

Quadro 6: Alimentos a evitar (n=34)

Alimentos a Evitar	Entrevistados (%)	Extratos Discursivos
Alimentos ricos em Gordura e fritos	71	“...batatas fritas, os bifos fritos no óleo...” G1P1 “É os fritos, acho os fritos...” G1P7
Doces e guloseimas	38	“Os açúcares, os doces...” G4P34 “Chocolates, gomas...” G4P34
Carnes vermelhas	21	“...carne de porco, muito gordurosa, geralmente quando eu compro carne de porco é mais aquelas que vêm sem gordura, as bifanas, acho que é bifanas...” G2P16 “..Carnes vermelhas, ..” G1P6
Charcutaria	12	“...enchidos...” G1P6 “... charcutaria...” G2P20
Com produtos químicos	12	“...que vêm embalados...” G2P16 “...Que têm químicos. É isso, é o... é os produtos que são cultivados e não passam por fábricas nem outros meios de tratamento...” G2P20
Derivados do leite	12	“...queijos...” G1P6 “Manteiga, óleo... <i>hum</i> ... aqueles queijos muito gordos.” G4P28
Farináceos e hidratos de carbono	12	“...hidratos de carbono são horríveis.” G1P8 “...massas tipo farinha...” G1P10
<i>Fast food</i>	9	“ <i>Fast food</i> ” G3P25
Outros	6	“...os salgados, os muito açucarados...” G3P22
Peixe	3	“...peixe mais com... por exemplo, o salmão, a cherne... isso é... peixe que tem gordura e...” G1P12

No que diz respeito às formas de confeção mais saudáveis referidas pelas entrevistadas os grelhados foram mencionados por 67 % das participantes, seguindo-se a cocção por 55 % das participantes. Na forma de confeção os assados foram referidas por

27 % das participantes e a vapor foi referenciada por 24 %. Com menor percentagem (6 %) foram referidos os refogados e estufados (Quadro 7).

Quadro 7: Formas de confeção saudável (n=33)

Formas de Confeção Saudável	Entrevistados (%)	Extratos discursivos
Grelhados	67	“...grelhado.” G3P26 “grelhar.” G4P28
Cozido	55	“...É tipo cozido...” G1P10 “...cozidas...” G2P16
Assado	27	“...assado... assar, por exemplo, também a carne também é boa assada...” G1P12 “...hum... assado no forno...” G2P20
A vapor	24	“...A vapor...” G1P3
Refogados e Estufados	6	“...os refogados.” G1P1

Quanto à confeção menos saudável os fritos foram referenciados de forma perentória por 94 % dos participantes, sendo os refogados referenciados por apenas 9 % dos mesmos (Quadro 8).

Quadro 8: Formas de confeção pouco saudável (n=32)

Formas de confeção menos saudável	Entrevistados (%)	Extratos discursivos
Fritos	94	“...Tudo o que leva gordura, fritos...” G1P3 “Os fritos.” G1P5
Refogados	9	“...Quando faço refogado e depois deito <i>maggi</i> ... é tudo o que engorda e azeite e tudo... fica aquele tempero bom de se comer mas depois engorda tudo, engorda bastante...” G1P2

b) Grau de modificação da alimentação para a prática de uma alimentação saudável

Quando questionadas as entrevistadas quanto à alimentação praticada, 97 % referiu de forma perentória, que efetivamente a sua alimentação poderia ser mais saudável, sendo que apenas 3 % referiu que a alimentação que pratica não poderia ser mais saudável (Quadro 9).

Quadro 9: Avaliação da alimentação praticada (n=34)

Avaliação da Alimentação Praticada	Entrevistados (%)
Necessidade de realizar alteração	97,1
Falso optimismo	2,9

No que diz respeito aos principais obstáculos à prática de uma alimentação saudável, foram referenciados: i) dificuldade em abandonar os alimentos preferidos (referenciado por 48 % dos participantes: “Tentava apertar mais nas... aqueles aperitivos entre refeições que é o que estraga completamente a alimentação saudável...” G4P29, “Gosto muito de chocolates, gomas...” G4P31, “sou muito atrativa aos doces... [risos] e ao pão.” G4P34) e ii) a falta de tempo (por 18 % dos entrevistados: “porque a gente às vezes come à pressa a sair de casa, e não tem tempo...” G1P4, “Eu não tenho... eu não tenho uma alimentação regular. Também não tenho muito tempo, trabalho de manhã, estudo à noite, depois o tempo que eu tenho é p’ra dormir, não... esqueço-me de comer, como p’a desenrascar, não tenho aquela...” G3P23) (Quadro 10).

Quadro 10: Limitação para a prática de uma alimentação saudável (n=34)

Limitação para a prática de uma alimentação saudável	Entrevistados (%)
Dificuldade em abandonar os alimentos preferidos	48
Falta de tempo	18
Aptidões culinárias	10

c) Consequências de uma má alimentação

Para a categoria consequências de uma má alimentação procurou-se saber quais as principais doenças e consequências no dia-a-dia de quem pratica esse tipo de alimentação, estas relacionadas essencialmente com a perda de cabelo, alterações cutâneas (Quadro 11).

Quadro 11: Consequências de uma má alimentação (n=34)

Consequências	Entrevistados (%)
Doenças	100
Outras limitações	80

Todas as participantes fizeram menção à presença de doenças resultantes da prática de uma alimentação pouco saudável, sendo que 71 % das mesmas referiu a obesidade, 62 % o colesterol ou triglicéridos elevados, 53 % a diabetes mellitus, 27 % alterações cardíacas e 12 % a referiu alterações no sangue. Em contrapartida a anorexia e as doenças do folículo piloso foram referidas por apenas uma participante em ambos os casos (Quadro 12).

Quadro 12: Doenças em consequência de uma má alimentação (n=34)

Doenças	Entrevistados (%)	Extratos discursivos
Obesidade	71	“...Os obesos... as pessoas obesas...” G1P12 “...Obesidade...” G1P9 “Excesso de peso, obesidade...” G2P18 “...obesidade...” G4P34
Colesterol e triglicéridos elevados	62	“...colesterol...” G1P11 “...problemas com o colesterol, tem problema com os triglicerídeos...” G2P13 “...Colesterol...” G4P31
Diabetes Mellitus	53	“...Diabetes...” G1P10 “Diabetes também...” G2P17
Alterações cardíacas	27	“Pode ter problemas de coração...” G1P5 “Ataques cardíacos...” G2P20
Hipertensão Arterial	21	“...tensão arterial aumenta com o excesso de sal...” G1P1 “...pressão alta...” G4P4
Alterações no sangue	12	“Anemia, sim, anemia no sangue.” G1P7 “Tem... tem problemas de sangue..” G2P13 “...podemos ficar com anemia...” G4P34
Doenças do folículo piloso	3	“Alopécia, alopecia, perda de cabelo...” G1P7
Anorexia	3	“...Pode ficar <i>anoréxica</i> se não se alimenta bem...” G1P7

Em relação a outras consequências resultantes de uma alimentação rica em lípidos, hidratos de carbono e açúcares, referenciadas por 80 % das participantes é possível aferir que as mesmas dizem respeito às limitações das capacidades físicas de uma pessoa obesa comparativamente com uma pessoa magra. Os seguintes extratos discursivos refletem a visão das entrevistadas:

“Cansaço, a pessoa fica menos ativa do que uma pessoa magrinha, não consegue respirar tão bem.” G1P2

“Custa a andar, a levantar... hum... mais... ‘tar muito tempo em pé.” G1P6

“...é mais devagar *p’a* se locomover, *p’a* fazer as coisas.” G2P16

“Já não tem o mesmo ritmo que as outras pessoas, não pode correr, não pode fazer as mesmas atividades que os outros fazem. Fica incapacitado.” G3P21

“...depois já começa a sentir-se com mais dificuldade *p’*a andar, fica com mais cansaço, fica com menos energia porque já não tem tanta... mais açúcares, açúcar dá energia mas muito mais momentânea.” G4P29

“...também, psicológicos.” G4P30

Atendendo à percepção manifestada é possível inferir que de um modo geral as principais limitações encontradas dizem respeito às capacidades físicas de uma pessoa obesa comparativamente com uma pessoa magra.

d) Estratégias para a prática de uma alimentação saudável

As estratégias para a prática de uma alimentação saudável foram referenciadas por 32 % das participantes. As principais estratégias mencionadas foram: i) gestão de alimentos, referenciados por 82 % dos participantes (“...evitar bolos, hambúrgueres, por exemplo (...)” G1P12, “O arroz, principalmente... eu, sinceramente... eu até gosto de arroz, mas evito o arroz ao máximo porque acho que o arroz *p’*ra mim não é... não é muito digestivo.” G2P17, “...apertar mais nas... aqueles aperitivos entre refeições que é o que estraga completamente a alimentação saudável.” G4P29), ii) gestão de gastos de energia referenciado por 18 % das participantes (“Muita coisa, mudava muita coisa. Praticava mais exercício... G2P20, “Fazia desporto. Não bem na alimentação mas sim desporto, que não faço, já há algum tempo que não faço desporto.” G4P27) e iii) gestão do tempo, referida por 9 % das participantes (Quadro 13).

Quadro 13: Estratégias para a prática de uma alimentação saudável (n=11)

Estratégias	Entrevistados (%)
Gestão de alimentos	82
Gestão de gastos de energia	18
Gestão do tempo	9

e) *Obstáculos à prática de uma alimentação saudável*

Relativamente aos obstáculos à prática de uma alimentação saudável foi possível verificar que a falta de tempo foi o fator mais mencionado pelas participantes (37 %), manifestando-se nos seguintes extratos discursivos: “...A gente... com falta de tempo, a gente acaba substituindo uma alimentação por um pacote de batatas, por um... um Chipicao, um chocolate com leite...” G1P1, “Eu às vezes faço o jantar e o almoço, mas depois quando vou para o trabalho não tenho horas para comer e nem tempo, não tenho uma hora, é cinco minutos ou é dez. Não tenho tempo.”, G1P2 “Não ter tempo agora... que é só chegar, e o que *tiver* já *tá*...” G2P13. Com uma percentagem um pouco menor (33 %), as participantes referiram ainda fatores situacionais enquanto condicionantes da prática de uma alimentação saudável, os quais estão relacionados com a menor preparação e interesse para as práticas culinárias (“É não ser eu a cozinhar...” G1P3, “Toda a gente come porcarias, os restaurantes é mais tudo à base de gorduras, é Mcdonalds e pizzas e... essas coisas... [risos] uma pessoa é difícil escolher...” G1P6, “É querer experimentar coisas diferentes e não saber bem por onde começar. Depois chego à cozinha e perco-me. Não sei bem... fico a olhar *p’ro* frigorífico e, às vezes, dou meia volta e desisto.” G3P25, “Às vezes a preguiça... às vezes a preguiça não me deixa fazer uma sopa ou isso.” G3P26, “Quando eu *tou* irritada ou quando *tou* triste ou coisa assim vou *p’os* chocolates e *p’as* gomas e isso é...” G4P31). Por outro lado, 30% das participantes referiram que falta de vontade em abandonar os seus alimentos preferidos, lhes impediam de ter uma alimentação

saudável. Por fim, o fator económico, foi referenciado por 13 % das participantes, o qual está diretamente associado à conjuntura económico-financeira que o nosso país atravessa, consubstanciado, na prática, pela escolha de alimentos mais baratos (Quadro 14).

Quadro 14: Obstáculos à prática de uma alimentação saudável (n=30)

Obstáculos à prática de uma Alimentação Saudável	Entrevistados (%)
Falta de tempo	37
Fatores situacionais (falta de preparação nas práticas culinárias)	33
Falta de vontade de abandonar alimentos favoritos	30
Fator Económico	13

f) Locais de refeição

Quando questionadas relativamente aos locais de refeição, durante a semana, 68 % das participantes referiam almoçar em casa e 32 % fora de casa (Quadro 17), sendo que os locais referenciados para praticar as refeições fora de casa foram: restaurantes/café (45 %), seguindo-se o local de trabalho (36 %) e os transportes (18 %) (Quadro 15). Estes dados são referenciados nos seguintes extratos discursivos que se seguem respetivamente:

“...em restaurante.” G1P3

“Almoçar normalmente é ali no café, se almoçar...” G1P8

“Eu almoço no carro, porque trago de casa...” G4P27

“No autocarro...” G2P15

“Almoçar eu almoço mesmo no trabalho, como uma sandes...” G1P1

“Almoçar é no trabalho” G3P26

Quadro 17: Devia estar antes dos outros 2 quadros: Locais de Refeição (n=34)

Refeição	Locais de Refeição	Entrevistados (%)
Almoço	Em casa	68
	Fora de casa	32
Jantar	Em casa	94
	Fora de casa	6

Quadro 15: Locais de refeição fora de casa ao almoço (n=11)

Local de Refeição	Entrevistados (%)
Restaurantes/ cafés	45
Local de trabalho	36
Transportes	18

Em relação ao jantar as respostas foram mais consensuais: 94 % refere jantar em casa e apenas 6 % refere jantar fora de casa (Quadro 17). Em relação aos locais de refeição foi igualmente possível constatar que, à semelhança do almoço, os locais mais mencionados para o jantar foram: restaurantes (67 %) e o local de trabalho (33 %) (Quadro 16).

Quadro 16: Locais de refeição fora de casa ao jantar (n=2)

Local de Refeição	Entrevistados (%)
Restaurantes	67
Local de trabalho	36

g) Confeção dos alimentos

Quanto ao envolvimento na confeção dos alimentos cerca de 80 % das participantes referiu interagir nas refeições realizadas no seio familiar, em contrapartida 20 % referiu não se envolver na confeção dos alimentos (Quadro 18).

Quadro 18: Natureza do envolvimento na confeção dos alimentos (n=30)

Natureza do envolvimento na confeção dos alimentos	Entrevistados (%)
Envolvimento na confeção de alimentos	80 %
Ausência de envolvimento na confeção de alimentos	20 %

Relativamente aos aspetos em conta aquando da confeção dos alimentos, as respostas das entrevistadas, que se envolviam na confeção dos alimentos, incidiram maioritariamente nas: preferências alimentares (60 %), seja procurando confeccionar alimentos preferidos, seja procurando agradar aos outros (“Nos meus alimentos preferidos.” G2P15, “Faço sempre mais pelo que os outros gostam.” G4P32, “Eu preocupo-me se é uma comida que eu goste. Tipo, faço tipo uma lasanha, um bacalhau com natas, um prato que eu não tenho tempo de fazer nos dias de semana.” G1P1). Um outro aspeto a ter em conta a quando a confeção dos alimentos referido pelas participantes foi a prática de uma alimentação saudável, mencionado por 32 % das entrevistadas, como expressos nos seguintes extratos discursivos: “...quero uma alimentação mais saudável, até que... eu em casa quando a minha mãe faz pei... peixe, p’ra mim tem que sempre diferente... p’ra comer tem que ser cozido, nunca é frito e... e sempre à base de uma salada e essas coisas porque tem que ser.” G1P10, “Normalmente no que é mais saudável.” G1P3). Finalmente, 12% das entrevistadas referiu ainda a disponibilidade de alimentos em casa para a

confeção dos alimentos (“Sim, ou então quando a pessoa já ‘tá assim a ver, isto tem e isto não tem, mas se eu tenho isto dentro do frigorífico eu não vou gastar dinheiro só p’ra ter aquilo que eu quero, então gasto.” G3P21, “...às vezes é o que eu tenho no congelador.” G3P22) (Quadro 19).

Quadro 19: Motivos associados ao envolvimento das participantes na confeção dos alimentos (n=25)

Motivos associados	Entrevistados (%)
Preferências alimentares	60
Alimentação saudável	32
Disponibilidade dos alimentos	12

h) Avaliações das refeições fora de casa

As entrevistadas consideram ainda nas reflexões, a origem dos alimentos/refeições realizadas fora de casa (se trazidas de casa, se compradas em locais como cafés e bares): 56 % das entrevistadas afirma trazer alimentos/refeições de casa para o lanche, 21 % afirma nunca trazer alimentos de casa, e 15 % das entrevistadas referiram, por vezes, trazer alimentos de casa em função da situação (ver Quadro 20).

Quadro 20: Avaliação da origem das refeições realizadas fora de casa (n=31)

Avaliação da origem das refeições realizadas fora de casa	Entrevistados (%)
Presença de alimentos trazidos de casa	56
Ausência de alimentos trazidos de casa	21
Função da situação	15

O principal motivo referenciado pelas participantes para recorrerem aos alimentos trazidos de casa diz respeito às restrições económicas (referido por 56 % das participantes: “...eu própria p’ra... também a nível económico e tudo prefiro trazer de casa.” G1P10, “Sai mais caro ir ao café comprar uma sandes.” G1P4, “Por causa do dinheiro, isso também não ‘tá muito fácil ...” G1P7, “Porque as máquinas de comida fria sempre também não dá. Também pelo dinheiro...”G1P9). Por outro lado, 28 % das participantes referiram trazer alimentos de casa por uma questão de conveniência (“Hum... às vezes trago porque como eu já tenho em casa...G4P34), sendo que 16 % das participantes referiu trazer alimentos de casa por uma questão de preferência dos alimentos (“É mais... não... não é só o facto de ser económico mas eu sei aquilo que eu estou a comer, sou eu que estou a preparar.” G2P14). Apenas 6% das participantes referiu trazer alimentos de casa pelo facto de considerar que os mesmos são mais saudáveis (“Porque acho que é mais saudável e... e não há aquele risco de, quando tiver fome, ir logo p’ráquelas coisas que são mais apetecíveis mas que não são saudáveis.” G4P33) (ver Quadro 21).

Quadro 21: Principais factos referidos pelas participantes que as condicionam a trazer alimentos/refeições de suas casas (n=18)

Fatores	Entrevistados (%)
Económico	56
Conveniência	28
Preferência	16
Saudável	6

Quando questionadas relativamente à compra de alimentos concorrentes, 59 % das participantes referiram não recorrer a alimentos concorrentes, 35 % referiram recorrer a estes alimentos, e 9 % mencionaram o consumo destes em função da situação (Quadro 22).

Das estudantes que referiram recorrer a alimentos concorrentes (n=12), todas mencionaram as “preferências alimentares” como a principal razão para a sua ingestão, sendo que 56% das participantes referiram ainda fatores económicos escolhendo opções mais económicas:

“Às vezes tem a ver com a minha vontade, às vezes tem a ver com a minha vontade de comer...” G2P14

“O que eu gosto mais é o que eu escolho.” G2P15

“Às vezes é o que chama a atenção, às vezes ‘*tamos* a ver uma montra e apetece aquele bolo porque ele olha-nos e apetece, coisas assim, eu vou mais por aí, não tanto, às vezes, pelo preço, não, eu às vezes vou por aquilo que me chama a atenção, aquilo que me apetece na hora.” G2P18

“Tem haver também com as...Coisas económicas...” G1P11

“Onde é mais barato [risos].” G1P4

Quadro 22: Recurso a alimentos/refeições concorrentes (n=34)

	Entrevistados (%)
Ausência de recurso a alimentos concorrentes	59
Recurso a alimentos concorrentes	35
Função da situação	9

i) Excessos alimentares

No que diz respeito aos excessos alimentares ao fim de semana ou em algum dia especial 68 % das participantes refere cometer excessos alimentares, contrapondo com 32

% que referem manter a mesma dieta alimentar ao longo do ano. Das participantes que referiram cometer excessos alimentares 70 % referiram cometê-los com frequência aos fins-de-semana e 39 % referiram cometer excessos apenas em ocasiões festivas (Quadro 23).

Quadro 23: Excessos Alimentares ao fim de semana ou dia especial (n=34)

Excessos alimentares	Entrevistados (%)		Entrevistados (%)
Comete excessos alimentares	68	Dia especial	70
		Fim-de-semana	39
Não comete excessos alimentares	32		

4.4 Imagem Corporal

No âmbito da grande categoria Imagem Corporal, referida por todas as participantes, destacam-se as seguintes subcategorias:

- a) *Avaliação corporal;*
- b) *Relação entre alimentação e imagem corporal;*
- c) *Peso;*
- d) *Influência dos agentes externos na imagem corporal;*
- e) *Relação da imagem corporal no desempenho profissional.*

A figura 2, apresenta de seguida a divisão das cinco categorias, com indicação do número de referências codificadas, associadas a cada uma, bem como com a indicação do número de participantes (n) que mencionaram cada subcategoria.

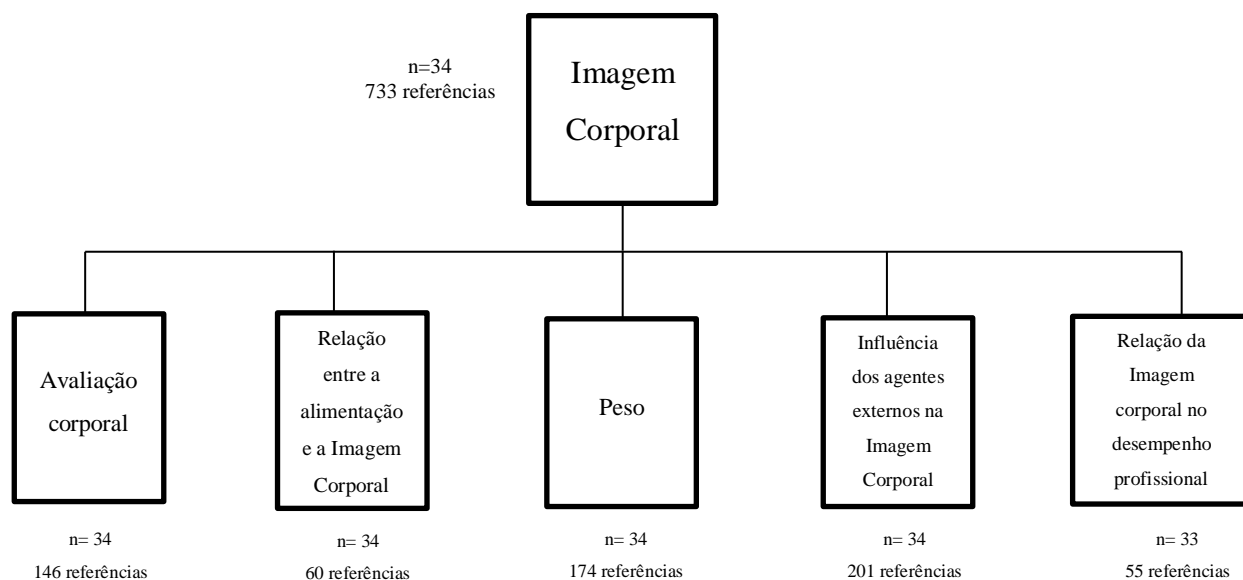


Figura 2: Categorias e subcategorias inerentes à Imagem Corporal

a) *Avaliação corporal*

No que diz respeito à avaliação corporal foram abordados o conceito de imagem corporal ideal e a autoavaliação sobre a imagem corporal individual.

No conceito de imagem corporal ideal é possível constatar que são mencionadas a aparência e a silhueta corporal como principais determinantes de uma imagem corporal ideal. A aparência foi inferida maioritariamente por 89 % das entrevistadas como um marco importante na imagem ideal corporal, refletidas nos seguintes excertos:

“Que não seja muito magra nem muito gorda, normal, que tenha as suas curvinhas, eu acho que é o ideal.” G4P34

“Hum... ter uma estrutura corporal feminina... ter ancas, ter peitos, essencialmente ter uma boa aparência, também é preciso ter cuidados conosco, essencialmente isso, na minha opinião.” G1P10

“Não muito magra nem muito gorda, assim, mais ou menos, no meu ponto de vista.”
G2P20

A silhueta corporal foi referida por apenas 21 % das participantes como uma característica de corpo ideal que se reflete nas seguintes referências:

“É ter ancas, ter peitos, essencialmente ter uma boa aparência.” G1P1

“A Beyoncé... não tem barriga mas tem um pedacinho de rabo. Tipo, eu se perder barriga fico ainda com anca porque já é da minha natureza mas fica mais... não fica tão grande.” G4P29

No que concerne à avaliação corporal é possível verificar que cerca de 68 % das entrevistadas referem estar satisfeitas com a avaliação corporal ao contrário das restantes 32 % que referem estar insatisfeitas com a sua imagem corporal (Quadro 24).

Quadro 24: Avaliação Corporal (n=34)

	Entrevistados (%)	Extratos discursivos
Satisfação	68	<p>“Agora sinto-me bem...” G1P10</p> <p>“Eu vou ser sincera, eu sinto-me bem com o meu corpo, eu tenho é de manter. Sabe que a balança não perdoa [risos]...” G2P14</p> <p>“Eu olho ao espelho e sinto-me bem. Nem tirava nem punha nada. Gosto de mim...” G2P18</p> <p>“Bem, ótima, perfeito.” G3P26</p> <p>“Eu gosto do meu corpo...” G4P32</p>
Insatisfação	32	<p>“Pesada... pesada. Apesar de há uns dias <i>p'a</i> cá eu tento andar. Só que... ah... é tal coisa, tenho que ter mais força de vontade.” G1P11</p> <p>“Eu me sinto... eu me sinto um pedacinho gordinha...” G1P12</p> <p>“Não gosto...” G2P13</p>

Quando questionadas relativamente com um eventual desconforto com certas partes do corpo, 94 % das entrevistadas referiram insatisfação ou vontade de melhorar alguma parte do seu corpo. A região abdominal foi a mais referida pelas participantes como a mais passível de ser melhorada, sendo referenciada por 44 % das participantes. Por sua vez, 38 % das participantes referiram apresentar desconforto com a região das nádegas e membros inferiores, 31 % das entrevistadas mostrou a vontade de alterar as características da sua pele e anexos cutâneos (unhas, cabelo, pele). Finalmente 22 % das entrevistadas manifestou desejo em alterar as dimensões da sua região peitoral com e sendo que apenas 3 % das inquiridas referiu insatisfação com a sua altura corporal (Quadro 25).

Quadro 25: Desconforto com certas partes do corpo (n=32)

Região anatômica que provoca insatisfação com a imagem corporal	Entrevistados (%)	Extratos Discursivos
Região Abdominal	44	“...a única coisa que eu não gosto no meu corpo é mesmo o abdómen, a barriguinha, é gordinha...” G1P1 “Se eu pudesse eu diminuía mais a barriga.” G2P15 “...A barriga.” G4P28
Região nadegueira e membros inferiores	38	“...parte das coxas e o rabo...” G1P12 “...minhas pernas.” G2P19 “... <i>Hum</i> ... eu tenho assim um pedacinho de complexos com as minhas pernas, eu acho muito fininhas...” G4P32 “ <i>Hum</i> ... as pernas porque ‘ <i>tão</i> assim <i>cheiazinhas</i> de celulite... <i>hum</i> ... basicamente era mais isso assim...” G4P33
Pele e anexos	31	“fosse os pelos da cara que eu não gosto. Tenho muitos...” G1P7 “Só tenho aqui tipo uma manchinha, era suposto nascer na cara, mas graças a Deus não saiu na cara.” G2P14 “Depois tirava esta cicatriz, tirava um pedacinho de celulite, um bocadinho de estrias porque como eu já emagreci, engordei. G4P29
Região Peitoral	22	“É o peito... ficou mais pequeno da gravidez...” G1P3 “As mamas também.” G1P4 “Que mudava... era os seios, aumentava.” G2P16
Altura Corporal	3	“...só gostava de ser um pedacinho mais alta...” G1P5

Relativamente aos procedimentos para melhorar a imagem corporal das entrevistadas insatisfeitas, foi possível verificar que a maioria das entrevistadas gostaria de recorrer a uma cirurgia estética para melhorar a sua imagem corporal (64 %), (“Tirava. Menos uns quilinhos não fazia mal. [risos]” G1P6, “Eu tirava um pedacinho, que uma mama é maior que a outra. Eu tirava... eu noto, olhe... por mais que... porque todo o mundo me diz que é

normal...” G2P13, “Ah, enchia. Então nas pernas enchia mesmo.” G3P21, “E punha mais um bocadinho de peito, que eu perdi o meu peitinho todo. [risos]” G3P23). Por sua vez 27 % mencionaram o exercício físico (“P’ra resolver... exercício físico, essencialmente.” G4P28) bem como a correção da alimentação, de forma a torná-la o mais saudável possível, como estratégias para melhorar a sua imagem corporal (Hum... eu sei que é só com os hábitos alimentares mas p’ra mim é muito difícil de seguir isso à risca mesmo. Eu consigo variar a minha alimentação bastante e comer em pouca quantidade, não comer aquelas quantidades muito grandes mas seguir tudo direitinho à risca... G3P22) (Quadro 26).

Quadro 26: Procedimentos para melhorar a imagem corporal (n=11)

	Entrevistados (%)
Cirurgia estética	64
Exercício físico	27
Correção da alimentação	27

b) Relação entre alimentação e imagem corporal

No que diz respeito à relação entre a alimentação e a imagem corporal foi possível constatar que de 74 % das participantes considera haver relação direta entre a alimentação ingerida e a imagem corporal, contrapondo com 26 % das participantes que consideraram não haver relação entre este binómio:

“A imagem não, não. Eu como... eu como muito sempre igual, não emagreço, sempre igual.” G1P4

“Eu acho que não porque eu gosto de comer de tudo, gorduras e nem por isso estou... forte. [risos]” G1P5

“Não. Eu ‘*tou* sempre igual, por isso...” G3P25

Para as participantes que referiram que existia influência direta entre a alimentação e a imagem corporal foi possível verificar que a maioria das participantes (88 %), focou os efeitos de alguns alimentos exatamente na imagem corporal (acne, celulite, pele oleosa, gordura) e apenas 12 % das mesmas referiram a influência da alimentação na sua saúde. O Quadro 27 demonstra estes dados.

Quadro 27: Influência da alimentação na imagem corporal (n=25)

Influência da alimentação na imagem corporal	Entrevistados (%)	Extratos discursivos
Imagem	88	“...porque se... se comeres batatas com gordura e coisas com gordura tu vais ficar com acne, muitos espinhos, a cara gordurosa, a pele oleosa... hum... gorduras em zonas mais localizadas tipo abdómen, uma dobra na barriga... vais ficar, claro... a tua imagem é aquilo que tu comes.” G1P1 “se eu comer fritos faz-me borbulhas.” G1P3 “A celulite, os fritos... aquela tal coisa, a batata frita...” G3P22 “Noto que se eu comer determinados alimentos que aumento logo de peso ou sinto logo que, pronto, que ‘ <i>tou</i> mais gordinha.” G4P28
Saúde	12	“Sim, é mais no estado psicológico mas...”G1P9

c) *Peso*

Relativamente à categoria peso, as participantes foram questionadas quanto à frequência de medição do peso corporal (Quadro 28) e se costumavam comparar o seu peso com as colegas da mesma idade (Quadro 29). Foi possível constatar que 32 % das participantes referem pesar-se uma vez por mês a cinco a seis vezes por ano, sendo que estas foram as respostas mais frequentes. Por sua vez 18 % das participantes referem pesar-

se uma vez por semana e 11 % três a quatro vezes no ano. Por fim e com menor percentagem (4 %) as participantes referiram pesar-se todos os dias e uma vez no ano.

Quadro 28: Auscultação sobre o controle de peso (n=28)

Auscultação sobre o peso	Entrevistados (%)
Uma vez por mês	32
Cinco a seis vezes por ano	32
Uma vez por semana	18
Três a quatro vezes por ano	11
Todos os dias	4
Uma vez por ano	4

De acordo com o discurso das participantes a grande maioria das mesmas (85 %) não tem por hábito comparar o seu peso com o peso corporal com colegas ou familiares da mesma idade e sexo (“eu sei como é que me sinto, não são eles que sabem” G1P2), contrapondo com 15 % das participantes que referiram por hábito fazer essa comparação (“Sim, sim, sim. Tenho uma irmã que ela ‘tá sempre a dizer “tás mais gorda que eu”...” G1P11, “Sim, sim, já comparei, já tive cinquenta e seis, cinquenta e sete, agora tenho... a última vez que me pesei tinha cinquenta e três.” G3P23).

Quadro 29: Avaliação do peso (n=33)

Avaliação do peso	Entrevistados (%)
Comparação do peso	85
Desvalorização da comparação do peso	15

Por outro lado 64 % das participantes já executaram esforços para melhoria de peso, destas apenas uma referiu ganhar peso, sendo que as demais referiram vontade de perder peso (“...em julho, comecei aqui na escola... eu tinha setenta e dois quilos e depois mudei, ‘tive a fazer dieta e agora ‘tou com sessenta e quatro e por causa disso... é um incentivo p’ a pessoa continuar.” G1P10). Em contrapartida, 36 % das entrevistadas referiram não ter adotado programas para melhoria de peso (“Não.”, G2P14, “Não.” G2P20, “Não.” G4P31) (Quadro 30).

Quadro 30: Esforços para melhoria do peso (n=33)

Esforços para melhoria do peso	Entrevistados (%)
Presença de programas para melhoria do peso	64
Ausência de programas para melhoria do peso	36

Mediante as entrevistadas que referiam encetar esforços para melhoria de peso as soluções referidas consistiam em praticar exercício físico (52 %), recorrer a um profissional de saúde (43 %) ou usar fármacos (24 %) (Quadro 31).

Quadro 31: Prática de programas para melhoria do peso (n=21)

	Entrevistados (%)	Extratos discursivos
Exercício físico	52	“Sim, eu ‘tou a andar. Eu tenho lá uma máquina em casa de... daquelas de... vibro plate mas eu acho que isso não dá resultado.” G1P11 “Andar. Isso é essencial.” G3P25 “Sim, às vezes. Andava e praticava badmington e isso, e jogando” G2P15
Profissional de saúde	43	“Eu fui a uma nutricionista p’ra melhorar a alimentação” G1P1 “Sim. Da dietista da Ervanária” G1P3 “Sim, sim. Tive com um nutricionista no Centro de Saúde” G3P25
Fármacos	24	“Sim 05:52 eram umas cápsulas da ervanária.” G1P3 “Sim, sim.” G2P16 “Chás.” G4P30

d) Influência dos agentes externos na imagem corporal

Quando questionados os agentes externos influentes na sua imagem corporal, foi considerada a escola de cabeleireiro e estética, o grupo amigos e a moda. Assim, 76 % das entrevistadas referiram que o curso de estética interfere diretamente na sua imagem corporal pois tornou-as mais críticas e alerta com a sua imagem e igualmente com a imagem das pessoas que as rodeiam, tornando-as capazes de aconselhar e orientar no que diz respeito ao tema. Em contrapartida as restantes 24 % desvalorizaram a influência do curso na sua imagem corporal (Quadro 32).

Quadro 32: Influência da escola de cabeleireiro e estética na imagem corporal (n=34)

Influência da escola de cabeleireiro e estética na imagem corporal	Entrevistados (%)
Valorização da influência da escola	76
Desvalorização da influência da escola	24

De entre as participantes que referiram sentir uma relação direta entre o curso e a sua imagem corporal foi possível constatar que 85 % refere ter sentido relação direta com a imagem corporal (“Fez com que eu ficasse mais alerta... porque eu comecei a saber mais sobre a pele, o couro cabeludo e tem muito a ver com isso.” G1P1, “Praticamente mais vaidosa, sem dúvida, o cabelo... p’ra mim o cabelo é a moldura do rosto. Eu sou muito... A nível de cabelos eu sou mesmo bastante observadora, então o meu... e não saio de casa sem arranjar o meu cabelo...” G2P14). Por outro lado 15 % referiu uma relação direta com o desempenho da sua profissão no sentido de serem mais capazes de comunicar explicar e aconselhar as clientes (“É porque é assim... a gente... ‘tá-se num curso em que a gente vai ter contato com o público e isso é fundamental” G1P10, Já aprendi muita coisa... por exemplo, p’a ‘tar... falar com as pessoas também... porque... cozinha e cabeleireiro não tem nada a ver ...” G1P12). Finalmente apenas 8 % referiram ter ficado mais alerta em relação aos alimentos ingeridos (“Tudo o que tem a ver com a pele, com o pelo, a nossa alimentação tem muito a ver, tudo o que a gente ingere, as comidas têm a ver p’ra melhorar o folículo piloso.” G1P1) (Quadro 33).

Quadro 33: Valorização da influência da escola de cabeleireiro e estética na imagem corporal (n= 26)

Valorização da influência da escola de cabeleireiro e estética na imagem corporal	Entrevistados (%)
Imagem corporal	85
Desempenho profissional	15
Alimentação	8

No que diz respeito aos amigos, 70 % das entrevistadas mencionaram valorizar as opiniões dos amigos sobre a sua imagem corporal (“O meu irmão diz que ‘tou gorda que é p’a não comer, depois as minhas amigas dizem que ‘tou bem porque sempre fui assim, mas,

não fui assim porque nunca tive este peso.” G1P2, “Sim, costumo ‘tar atenta. Gosto até que me digam porque eu... às vezes, a pessoa pensa que ‘tá bem e até não ‘tá, mas pronto, gosto que me digam quando há uma ou outra coisa que não é... hum... o que gente queria mostrar, queria... quer dizer, a gente leva a roupa mas não é coisa que combine.” G2P17). Por sua vez 30 % das participantes referiram não valorizar as opiniões dos amigos a cerca da sua aparência (“Normalmente sou um bocadinho alheia.” G3P25, “Não, não ligo muito a isso. Eu acho que a minha opinião é o mais importante, e eu me sentir bem.”G3P26) (Quadro 34).

Quadro 34: Influência dos amigos na imagem corporal (n= 30)

	Entrevistados (%)
Valorizam	70
Desvalorizam	30

Finalmente, quando questionadas quanto ao peso das modelos, 94 % das entrevistadas respondeu de forma perentória que considerava o peso das modelos desajustado pois descreviam-no como muito magro, pouco atrativo e até mesmo desagradável de observar, como se verifica nas referências seguintes:

“Acho que são muito magras. Se tivessem um bocadinho mais de gordurinha não lhes fazia mal... porque exigem muita magreza p’a uma modelo. Acho que p’a desfilarem com uma roupa gira não precisa de ser tão magra... também fica feio.”

G1P1

“Eu vou ser sincera, eu acho um exagero, às vezes eu vejo... às vezes eu vejo o formato mesmo dos ossos, eu às vezes até arrepiava-me. Eu acho que isso não... não é uma imagem assim tão atrativa (...) aquelas pessoas tipo anoréticas...”

praticamente... as modelos acabam por ficar anoréticas derivado à pressão das pessoas que são responsáveis por elas.” G2P14

“...elas têm todas abaixo do peso, abaixo da média. Mas é o que profissão lhes proporciona, portanto, elas ou têm a profissão e têm aquilo...” G2P17

“Acho muito magras.” G4P34

Em contrapartida, apenas 3 % das entrevistadas considerou que o peso das modelos era ajustado e igualmente para a mesma percentagem surgiu opinião indiferente das participantes em relação a esta questão (Quadro 35).

Quadro 35: Influência da moda na imagem corporal (n= 34)

Peso das modelos	Entrevistados (%)
Desajustado	94
Ajustado	3
Indiferente	3

Quanto à ambição pelo corpo das modelos 87 % das participantes referiu forma perentória não desejar um corpo de modelo, sendo que apenas 6 % referiu desejar ter um corpo de modelo.

Relativamente às estratégias adotadas pelas modelos para a obtenção do seu peso, verificou-se que 47 % das participantes afirmam que as modelos se submetem a uma alimentação desequilibrada ao contrário de 34 % das participantes que referem que as modelos têm uma alimentação equilibrada e praticam exercício físico. Surgiu indecisão relativamente a esta questão por parte de 19 % das participantes (Quadro 36).

Quadro 36: Estratégias adotadas pelas modelos para a obtenção do seu peso (n= 32)

Estratégias adotadas pelas modelos	Entrevistados (%)	Extratos Discursos
Alimentação equilibrada e exercício	34	<p>“... é só a alimentação saudável, são muitas horas de malhação, ginásio. Têm de comer de três em três horas, duas em duas horas, mas pouco, às nove da manhã já comem frango.... Doses muito reduzidas e pronto, e têm muitas horas de ginásio por dia, todos os dias, de manhã e à tarde.” G1P1</p> <p>“Elas... elas... eu penso que sim. Conseguem...levavam uma balança p’ó pé do prato, uma mini-balança, e era tudo pesado o que era retirado e posto no prato das senhoras, das modelos.” G2P17</p> <p>“Basta ter a alimentação equilibrada e depois é tudo uma questão de exercício físico.” G4P28</p>
Alimentação desequilibrada	47	<p>“Elas... elas não tem uma alimentação saudável porque muitas vão na ilusão porque querem... não comem... querem comer... deixam de comer... não como isto, não como aquilo e eu acho isso mal... vêem... não, eu acho...” G1P12</p> <p>“Eu penso que provavelmente passam muita fome.” G1P8</p> <p>“Eu já vi reportagens que havia delas que só comiam alface.” G4P32</p>
Indecisão	19	<p>“Depende, não sei, eu penso... eu por exemplo, eu como mas não engordo, pode haver algumas deles que comam e não engordam mas a maior parte delas não, elas deixam mesmo de comer p’a ficar assim.” G1P4</p>

e) Relação da imagem corporal no desempenho profissional

Relativamente à interferência da imagem corporal no desempenho profissional foi possível verificar até que ponto existe a influência de uma imagem descuidada no sucesso profissional. A grande maioria das entrevistadas, 85 %, referiu de forma perentórias não ser possível ter sucesso profissional com uma imagem profissional descuidada, 12 %

ficaram indecisas com esta possibilidade e apenas cerca de 3 % referiu ser possível ter sucesso profissional com uma imagem descuidada (Quadro 37).

Quadro 37: Possibilidade de ter sucesso profissional com uma imagem descuidada (n= 33)

	Entrevistados (%)	Extratos discursivos
Interferência ausente	85	<p>“Porque a imagem é fundamental nos tempos que correm, a nível do meu trabalho, temos que cuidar cada vez mais da nossa imagem.” G2P19</p> <p>“<i>Hum...</i> não.” G4P34</p> <p>“Então acho que a nossa a imagem transmite muito <i>p’ra</i> fora aquilo que somos na nossa profissão. Se formos com um cabelo muito direitinho, um corte direitinho, muito direitinho, se calhar não chama a atenção. Temos que fazer cabelos malucos, madeixas, colorações, uma madeixa vermelha à frente, o cabelo castanho atrás, coisas malucas que chamem a atenção e marquem a diferença <i>p’a</i> podermos ter sucesso nesta profissão.” G1P1</p> <p>“Não.” G1P11</p>
Indecisão	12	<p>“Depende, há pessoas que ligam a isso, outras que não, por isso...” G1P6</p> <p>“Não sei... uma pessoa se não se cuida...” G1P7</p>
Interferência presente	3	<p>“Sim. Sim.” G1P9</p>

5. DISCUSSÃO

A presente investigação pretendeu identificar e compreender a relação entre a perceção da alimentação saudável e a perceção da imagem corporal, no ponto de vista dos estudantes da Escola Abc do Cabeleireiro e da Estética do Funchal. Para o efeito utilizou-se a metodologia qualitativa, recorrendo-se às entrevistas semiestruturadas e utilizando um guião previamente construído para o efeito. Foram trabalhadas 34 entrevistas, sendo que as participantes, todas do sexo feminino, pertenciam a duas turmas de estética, uma do turno da manhã e outra do turno da noite, e a duas turmas de cabeleireiro, uma pertencente ao turno da manhã e outra com horário de tarde e noite.

Pela análise dos registos discursivos das entrevistadas, identificaram-se duas grandes categorias de análise: hábitos alimentares e imagem corporal, as quais apresentam-se proporcionalmente equilibradas quanto ao número de referências codificadas; quer dizer, na globalidade, ambas as categorias foram igualmente tratadas pelas participantes.

Quando questionadas as estudantes sobre o conceito de alimentação saudável as respostas abordaram, por um lado, a identificação dos alimentos que as mesmas consideram saudáveis, contrapondo com os menos saudáveis, bem como as formas de confeção percebidas como saudáveis/menos saudáveis. Para as participantes, uma alimentação saudável corresponde à ingestão de hortícolas, fruta, peixe e carne, sendo que apenas 15 % e 6 % das participantes referiram as categorias leite e derivados e cereais. Por outro lado, as estudantes entrevistadas consideraram que para a prática de uma alimentação saudável devem ser evitados os alimentos ricos em gordura, os doces e as guloseimas e as carnes vermelhas, bem como os alimentos fritos. Foi referido, se bem que em menor proporção, os alimentos *fast food* e os alimentos muito salgados. De igual modo, no trabalho desenvolvido por McKinley *et al.* (2005), de forma a compreender a visão de alimentação e nutrição em pessoas jovens, o termo alimentação saudável associou-se ao consumo de frutas, legumes e saladas, sendo minoritária os jovens que mencionaram, neste

contexto, o leite e o pão escuro. No estudo desenvolvido ao consumidor português, Moura *et al.* (2006) identificaram, igualmente, que as opções mais vezes mencionadas para caracterizar uma alimentação saudável foram por ordem decrescente de importância: “maior consumo de fruta e vegetais”, “maior consumo de peixe”, “redução do consumo de sal”, “alimentação equilibrada/variada” “menor consumo de alimentos ricos em gordura”, “menor consumo de álcool” e “menor consumo de alimentos ricos em gordura”. Fica assim claro que as opiniões do consumidor em geral e das entrevistadas, em particular, vão ao encontro das recomendações e diretrizes emanadas pelos especialistas: segundo a Nova Roda dos Alimentos (Rodrigues *et al.*, 2006). Quanto aos métodos culinários, as entrevistadas consideraram a fritura e os refogados como os métodos menos saudáveis, dado que quer na fritura quer nos estufados/guisados/refogados ocorre a adição de gordura (de Almeida e Afonso, 1997).

Por outro lado, 97 % das estudantes assumiram que a sua alimentação poderia ainda ser mais saudável, havendo portanto espaço, neste comportamento, para melhorias, reforçando resultados de trabalhos anteriores (Moura *et al.*, 2006; McKinley *et al.*, 2005). Neste contexto a falta de tempo, a falta de aptidões culinárias e a dificuldade em abandonar os alimentos preferidos (sabor dos alimentos) foram os obstáculos mais referidos pelas entrevistadas para a prática de uma alimentação saudável, corroborando igualmente resultados de outros trabalhos (Kubik *et al.*, 2005; Moura *et al.*, 2006, Skinner, *et al.*, 2005). De facto, a conveniência é um critério de escolha particularmente importante para as sociedades urbanas, nas quais o tempo para a maior parte das pessoas, é um bem precioso que deve ser gerido criteriosamente (Moura e Cunha, 2005), tanto mais que 50 % das participantes são casadas/vivem em união de facto, sendo que 56 % têm filhos a seu cargo e 53 % são ativas no mercado de trabalho.

Quer dizer, as lides da casa e das responsabilidades profissionais destas mulheres acresce ainda a continuação dos estudos, dificultando a gestão do tempo. Por outro lado, associa-se ao conceito de alimentação saudável a confeção laboriosa, a qual exige tempo, afastando a possibilidade de confeccionar e consumir refeições saudáveis. Esta realidade é em parte reforçada pela mulher, em particular a mulher jovem, dispor de uma menor preparação e de uma falta de interesse pelas práticas culinárias (Moura e Cunha, 2005), como é igualmente demonstrado pelos registos das participantes. Por outro lado, o sabor é descrito como um dos principais critérios de escolha alimentar (Cunha *et al.*, 2012), sendo, concomitantemente, um dos principais obstáculos na adoção de uma alimentação saudável, uma vez que as pessoas têm dificuldade em desistir dos seus alimentos preferidos. Considerando a densidade energética como a quantidade de energia - kcal - fornecida por 100 g de alimento, os alimentos com uma baixa densidade energética (caso dos vegetais crus e da fruta) são mais saciantes mas menos palatáveis; em contrapartida, os alimentos com elevada densidade energética, são mais palatáveis mas menos saciantes (Drewnowski, 1998). No entanto, são poucos os consumidores dispostos a sacrificar a palatabilidade por uma dieta alimentar com baixa densidade energética (Drewnowski, 1998). Os benefícios associados à prática de uma dieta alimentar saudável estão principalmente relacionados com um futuro longínquo (por exemplo, com o prolongamento da esperança de vida), são incertos (existem outras possíveis causas de morte além das doenças relacionadas com a alimentação) e dificilmente perceptíveis (evitar uma doença é algo que não pode ser experimentado). Em contraste, as perdas induzidas pela alteração alimentar, como o decréscimo da palatabilidade, são percebidas de imediato (Moura e Cunha, 2005).

De referir ainda que as participantes estão bem cientes da relação entre alimentação e saúde, no sentido de que prática de uma alimentação saudável pode contribuir para a manutenção/melhoria da saúde ou a ausência da mesma ser um fator de risco para a saúde

das pessoas. Todas as mulheres entrevistadas fizeram menção à presença de doenças resultantes da prática de uma alimentação pouco saudável, referindo doenças como obesidade, presença de níveis de colesterol ou de triglicéridos elevados, diabetes mellitus, alterações cardíacas e alterações no sangue, bem como a limitações físicas inerentes a uma pessoa com excesso de peso/obesa. Em contrapartida, a anorexia nervosa e as doenças do folículo piloso foram referidas em ambos os casos por apenas uma das participantes. Ora, é hoje consensual aceitar que a alimentação juntamente com a prática regular de exercício físico, são fatores determinantes do estado de saúde do indivíduo, contribuindo para a manutenção da saúde e a prevenção/controlar de muitas doenças crônicas não comunicáveis, tais como a obesidade, a osteoporose, a diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares, alguns tipos de cancro e doenças do foro dentário (EURODIET, 2000; OMS, 2003). A ausência de comentários sobre anorexia nervosa e outros distúrbios alimentares por parte das entrevistadas poderá resultar da baixa prevalência destes (Bulik *et al.*, 2005), resultando igualmente numa baixa exposição sobre os mesmos.

Quanto às principais estratégias para a prática de uma alimentação saudável (referenciadas por 32 % das participantes), as mesmas incidiram essencialmente em torno do binómio “gestão de alimentos”/“gestão de energia”, no sentido de haver um melhor controlo daquilo que é ingerido ou do que deve ser evitado (como é o caso dos bolos, hambúrgueres, snacks) e da energia gasta através da prática de exercício físico. No fundo as nossas entrevistadas evidenciaram valorizar mais o valor energético em detrimento do valor nutricional dos alimentos, razão que pode explicar a classificação dos “peixes gordos” e produtos “laticínios gordos” como alimentos a evitar pelas nossas participantes. Ao nível da alimentação, para atingir uma alimentação saudável, segundo o discurso dos jovens, importaria grelhar em vez de fritar, reduzir a gordura na confeção, comer mais quantidade

de frutas e de legumes, interromper a ingestão dos alimentos gordurosos e reduzir a ingestão de chocolate.

Quanto aos locais de refeição, durante a semana, a maioria das participantes referiam almoçar e jantar em suas casas. No entanto, mais de metade das participantes reportaram trazer alimentos de casa para o lanche na Escola, durante as pausas do curso, se bem que a razão que as condiciona a esta ação diz respeito essencialmente a fatores económicos e em última análise a uma preocupação com a prática de uma alimentação saudável. No entanto, a maioria das participantes mencionou nas suas reflexões não recorrer a alimentos concorrentes.

Em suma, fruto das dificuldades associadas à gestão do tempo do dia-a-dia destas mulheres, bem como da dificuldade em abandonar os alimentos preferidos, não obstante as mesmas terem uma correta apropriação do conceito de uma alimentação saudável, estas mulheres consideram que a sua alimentação poderia ainda ser mais saudável, produzindo nos seus discursos ambivalências em relação a estas temáticas, confrontando-se com o normativo e a prática diária.

De igual modo, no que diz respeito à problemática associada à imagem corporal, as nossas entrevistadas tendem a apresentar opiniões ambíguas, quer dizer, tendem a assumir uma posição favorável em relação à sua pessoa, para depois, ao longo da entrevista, desconstruírem essas mesmas opiniões, revelando que a problemática em torno da imagem corporal é complexa (Madden e Chamberlain, 2010).

Em relação ao conceito de imagem corporal, a maior parte das entrevistadas associa-o essencialmente à boa aparência, focalizando-se numa apreciação global, muito embora seja igualmente referida, embora em menor proporção, a valorização de uma silhueta perfeita ao nível de determinadas partes do corpo, caso da anca ou do peito. Por outro lado,

mais de metade da amostra mostra-se satisfeita com a sua imagem corporal, muito embora a maioria tenha reportado eventual desconforto com certas partes do corpo (essencialmente ao nível da região abdominal, região das nádegas e membros inferiores e características da sua pele e anexos cutâneos), quando questionadas diretamente sobre esta questão. Estes resultados vão ao encontro de um estudo realizado por Lopes (2007) em que foi possível constatar que a insatisfação feminina foi significativamente mais alta em relação a: nádegas, ancas, coxas, pernas, barriga, cintura, peito/seios, braços, músculos, peso e altura, quando comparada com a dos rapazes. Por outro lado, não obstante as nossas entrevistadas considerarem que existe uma clara relação entre a alimentação e a imagem corporal, nas estratégias citadas para melhorar a sua imagem corporal por parte das mulheres insatisfeitas com o seu corpo, a maioria das mesmas refere o recurso a intervenções cirúrgicas com objetivos estéticos, em detrimento da prática de uma alimentação saudável e do exercício físico, reforçando a pertinência de se obter resultados assinaláveis e imediatos. De igual modo, da participação das entrevistadas conclui-se que as mesmas não são obstinadas pela medição diária do seu peso, já que a preponderância da frequência de medição do peso corporal é de uma vez por mês ou cinco a seis vezes por ano. Uma das razões que poderá explicar esta abordagem poderá ser o facto de 68 % das mesmas serem eutróficas e apenas 32 % apresentarem excesso de peso/ obesidade de grau II (uma participante). No entanto, a maioria das nossas entrevistadas referiu já terem encetado esforços para melhoria de peso, recorrendo, desta feita, à prática de exercício físico ao aconselhamento de um profissional de saúde ou ao uso de fármacos. De acordo com Sarwer *et al.* (2003), a dieta (caraterizada por baixa ingestão calórica), o exercício e a utilização exacerbada de laxantes, diuréticos e drogas anorexígenas e maiores índices de cirurgias plásticas são as respostas mais comuns face à insatisfação com a imagem corporal.

Em relação à influência dos agentes externos na imagem corporal, a maioria das entrevistadas refere que o curso de cabeleireiro e estética interfere diretamente na sua imagem corporal, dado estarem mais críticas e alertas com a sua imagem e igualmente com a imagem das pessoas que as rodeiam, tornando-as capazes de aconselhar e orientar no que diz respeito ao tema. Neste contexto, para as entrevistadas, a opinião dos amigos/familiares sobre a sua imagem corporal é igualmente importante, corroborando resultados de trabalhos anteriores (Bruchon Schweitzer, 1990; Cash e Brown, 1989; Banfield e McCabe, 2002) e reforçando a pressão que é exercida sobre a mulher em relação à sua aparência/imagem corporal (Kraye *et al.*, 2008; Mooney *et al.*, 2009). Curiosamente, quando questionadas quanto ao peso das modelos a maioria das entrevistadas considerou o peso das mesmas, desajustado descrevendo os seus corpos como muito magros, pouco atrativos, desagradáveis de serem observados, sendo que a maioria das participantes referiu não desejar ter um corpo semelhante. Ao desconforto associado à visualização de corpos percebidos como excessivamente magros poderá ainda estar em causa o facto dos mesmos serem igualmente percebidos como inatingíveis para a maioria destas mulheres (Levine *et al.*, 1994; Kanakis e Thelen, 1995), desvalorizando assim, para benefício próprio, esse mesmo ideal.

No entanto, as entrevistadas dão particular importância à necessidade de terem uma boa aparência (não necessariamente serem bonitas), dado não ser possível hoje ter sucesso nas suas vidas profissionais com uma imagem corporal descuidada, dado que a imagem que estas profissionais de beleza transmitem, segundo as mesmas, expõe-nas ao arbítrio das clientes e diferencia-as.

Face ao exposto, reforça-se assim, a apropriação da pertinência da imagem corporal no seio das preocupações das mulheres, tanto mais que as mesmas são sujeitas a pressões e avaliações constantes (Moreira, 2005), sendo que no caso das profissionais de beleza

essapressão é feita quer pelos seus familiares e amigos, acrescida em contexto profissional, ao nível dos seus pares e clientes. Importa pois, intervir junto das profissionais de beleza no sentido de reforçar a pertinência da prática de uma alimentação saudável na expectativa de um melhor bem-estar e de mais saúde, seja pelo reforço dos currículos dos cursos (ver Anexo 3), seja pela intervenção da comunidade onde está inserida a Escola, nomeadamente recorrendo aos profissionais de saúde (pelos Centros de Saúde), bem como proporcionando igualmente uma oferta alimentar saudável, seja pelas máquinas de venda automática, seja pelo Bufete da mesma (Melo *et al.*, 2013). No entanto, nesta abordagem, importa sobretudo enfatizar a relação da alimentação saudável com o bem-estar/saúde, em detrimento da procura de uma imagem corporal idílica, refletindo os fatores socioculturais, nomeadamente as preocupações e pressões dos padrões de beleza feminina das sociedades ocidentais, correspondente ao ideal de magreza irreal (Madden e Chamberlain, 2010).

Como limitações a este trabalho identifica-se o facto do mesmo recorrer a entrevistas semiestruturadas a uma amostra de trinta e quatro estudantes da Escola Abc do Cabeleireiro e da Estética do Funchal, possuindo uma índole essencialmente descritiva e exploratória não sendo generalizáveis os seus resultados e não podendo ser extrapolados para a população em geral. De igual modo, não obstante se recorrer a entrevistas, sem a participação de mais intervenientes, pelo facto dos assuntos tratados serem sensíveis, as mulheres entrevistadas eventualmente transmitiram as suas perceções de um modo mais padronizado e impessoal.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AIRES, L. (2000), *Vozes Sobre a Televisão no Âmbito da Educação de Pessoas Adultas: uma Abordagem Sociocultural*, Tese de Doutoramento, Tomo I, Universidade Aberta, Portugal.
- AIRES, L. (2008), *A Supervisão Pedagógica: da Interacção à Construção de Identidades Profissionais*, Estudo de Caso, Universidade Aberta, Departamento de Ciências da Educação.
- ALVES, H. (2005), *Atitudes face à alimentação e critérios de escolha individual de produtos alimentares*, Dissertação de Mestrado em Ciências do Consumo Alimentar, Universidade Aberta.
- BANFIELD, S. e MCCABE, C. (2002), An evaluation of the construct of body image, *Adolescence*, 37, 146, 373-390.
- BARDIN, L. (2008), *Análise de Conteúdo*, Edições 70, Lisboa.
- BENNETT, J. (2008), The backlash against magazine airbrushing, *Newsweek*, disponível em: <http://www.newsweek.com/backlash-against-magazine-airbrushing-89805>, acedido em: Janeiro 2014.
- BENTO, J. (1991), *Discursos do Corpo no Desporto*, AEPEC, Évora.
- BRUCHON-SCHWEITZER, M. (1990). *Une Psychologie du Corps*, Paris: Presses Universitaires de France.
- BLOOR, M., FRANKLAND, J., THOMAS, M., e ROBSON, K. (2001), *Introducing Qualitative Methodes, Focus groups in social research*, Londres, 3,4, 43.
- BOGDAN, R. C. e BIKLEN, S. K. (1994), *Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*, Lisboa, Porto Editora.

- BULIK, C., LAUREN, B., ANNA-MARIE SIEGA-RIZ, P. e TED REICHBORN-KJENNERUD, M. (2005), Anorexia nervosa: definition, epidemiology, and cycle of risk, psychopathology, *International Journal Eating Disorder*, 37, 2-9.
- PORTAL DA SAÚDE, CANDEIAS, V., NUNES, E., MORAIS, C., CABRAL, M. e SILVA, P., Direcção Geral da Saúde, (2005), Princípios para uma Alimentação Saudável, Lisboa, disponível em: www.dgs.pt., acedido em: novembro 2013.
- CARMO, H., FERREIRA, M. (1998), Metodologia da Investigação: Guia para auto-aprendizagem, Lisboa, Universidade Aberta.
- CARMO, I., SANTOS, O., CAMOLAS, J., VIEIRA, J., CARREIRA, M., MEDINA, L., REIS, L. e GALVÃO-TELES, A. (2006), National prevalence of obesity, prevalence of obesity in Portugal, *Obesity Reviews*, 7, 233-237.
- CARMO, I., SANTOS, O., CAMOLAS, J., VIEIRA, J., CARREIRA, M., MEDINA, L., REIS, L., MYATT, J. e GALVÃO-TELES, A (2008), Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003-2005, *Obesity Reviews*, 9, 1, 11-9.
- CARNEL, S. e WARDLE, J. (2008), Appetitive traits and child obesity: measurement, origins and implications for intervention, *Symposium on behavioural and energy balance in the young, Proceedings of the Nutrition Society*, 67, 343-355.
- CASH, T. e BROWN, T. (1989), Gender and body images: stereotypes and realities, *Sex Roles*, 21, 5,6, 361-373.
- CASH, T. e PRUZINSKY, T. (1990), Body images: development, desviance and change, The Guilford Press, Nova Iorque.
- CASH, T., WOOD, K., PHELPS, K. e BOYD, K. (1991), New assessments of weight - related body image derived from extant instruments, *Perceptual and Motor Skills*, 73, 235-241.

- CASH, T. e DEAGLE, E. (1997), The Nature and Extent of Body-Image Disturbances in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: A Meta-Analysis. *Body Image Disturbances*, Old Dominion University, Norfolk.
- CEDEFOP, (1999), O Sistema de Formação Profissional em Portugal, 2ª edição, disponível em: http://www.cedefop.europa.eu/en/Files/7009_PT.PDF, acessado em: outubro 2013.
- CUNHA, L., LIMA, R. e MOURA, A. (2012), Motives underlying food choice: is consumerism an issue? Beyond Consumption: Pathways to Responsible Living, 2nd PERL International Conference, Alemanha.
- DAMÁSIO, A. (2000), O Sentimento de Si. O Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Cosciência, *Fórum da Ciência*, Publicações Europa-América, Lisboa, Portugal.
- DE ALMEIDA, V. e AFONSO, C. (1997), Princípios Básicos de Alimentação e Nutrição, Universidade Aberta, Lisboa.
- DIEST A., PEREZ, M. (2012), Exploring the integration of thin-ideal internalization and self-objectification in the prevention of eating disorders, *Body Image*, Estados Unidos.
- DOAK, C., WIJNHOFEN, T., SCHOKKER, VISSCHER, D. e SEIDELL, J. (2012), Obesity Prevalence Age standardization in mapping adult overweight and obesity trends in the WHO European, *Obesity Reviews*, 943, 174-191.
- DRQP (2012), Relatório de Actividades de 2012, Os melhores Rumos para os cidadãos da região, Funchal, disponível em: <http://www.drqp.pt/adrqp/sobreadrqp/anossaactividade/relatoriodeactividades/Formulrios/relatorios/Relatorio2012.pdf>, acessado em: outubro 2013.

- DREWNOWSKI, A. (1998), Energy density, palatability, and satiety: implications for weight control, *Nutrition Reviews*, 56, 12, 347-353.
- ESCOLA ABC DO CABELEIREIRO E DA ESTÉTICA, Unipessoal Lda., (2011), disponível em: <http://www.escolaabc.com/component/users/?view=reset>, acessado em: outubro, 2013.
- EURODIET (2000), Nutrition and Diet for Healthy Lifestyles in Europe: Science and Policy Implications, Core report, disponível em: <http://eurodiet.med.uoc.gr>, acessado em: agosto, 2013.
- FAIRBURN, C. e HARRISON, P. (2003), Eating disorders, *The Lancet*, 361, 1913-1914.
- FITZSIMMONS-CRAFT, E., HARNEY, M., KOEHLER, L., DANZI L., RIDDELL, M. e BARDONE-CONE, A. (2012), Explaining the relation between thin ideal internalization and body dissatisfaction among college women: the roles of social comparison and body surveillance, *Body Image*, 9, 1, 43-9.
- GRABE, S.; HYDE, J. e WARD, L. (2008), The role of the media in body image concerns among women: a meta-analysis of experimental and correlational studies, *Psychological Bulletin*, 134, 460-476.
- GROESZ, L., LEVINE, M. e MURNEN, S. (2002), The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: a meta-analytic review, *International Journal of Eating Disorders*, 31, 1, 1-16.
- HABERMAS, T. (1996), In defense of weight phobia as the central organizing motive in anorexia nervosa: historical and cultural arguments for a culture-sensitive psychological conception. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 4, 317-334.
- HARPER, B. e TIGGEMANN, M. (2008), The effect of thin ideal media images on women's self-objectification, mood, and body image, *Sex Roles*, 58, 649-657.

- HILL, A. J. (2006), Motivation for eating behaviour in adolescent girls: The body beautiful, *Proceedings of the Nutrition Society*, 65, 376-384.
- IEFP (2012), Combate ao desemprego - medida "estímulo 2012", disponível em: http://www.iefp.pt/noticias/Paginas/CombateDesempregoMedida_Estimulo2012.aspx, acessado em: outubro, 2013.
- IEFS (1996), A pan-EU survey on consumer attitudes to food, nutrition and health, report number 4, Dietary Change.
- INA, IP, (2007), Protocolo de Cooperação entre a Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género e o Instituto Nacional de Administração, Lisboa, disponível em: www.ina.pt, acessado: outubro, 2013.
- KANAKIS, D. e THELEN M. (1995), Parental variables associated with bulimia nervosa, *Addict Behavior*, 20, 4, 491-500.
- KRAYER, A., INGLEDEW, D. e IPHOFEN, R. (2008), Social comparison and body image in adolescence: a grounded theory approach, *Health Education Research*, 23, 5, 892-903.
- KROON VAN, A. e PEREZ M. (2013), Exploring the integration of thin-ideal internalization and self-objectification in the prevention of eating disorders, *Body Image*, 10, 1, 16-25.
- KUBIK, M., LYTLE, L. e FULKERSON J. (2005), Fruits, vegetables, and football: Findings from focus groups with alternative high school students regarding eating and physical activity, *Journal of Adolescent Health*, 36, 494-500.
- LABIB, M. (2003), The investigation and management of obesity, *Journal Clinical Pathology*, 56, 17-25.

- LAPPALAINEN, R., SABA, A., MOLES, A., HOLM, L., MYKKANEN, H. e GIBNEY, M. (1997), Difficulties in trying to eat healthier: descriptive analysis of perceived barriers for healthy eating, *European Journal of Clinical Nutrition*, 51, 36-40.
- LEONHARD, M. e BARRY, N. (1998), Body image and obesity: Effects of gender and weight on perceptual measures of body image. *Addictive Behaviors*, 23,1, 31-34.
- LESSARD, C. (1990), La formation des maîtres des années 90, *Cibles/Enna de Nantes*, 23, 24-29.
- LESSARD-HEBERT, M., GOYETTE, G. e BOUTIN, G. (1994), *Investigação Qualitativa: Fundamentos e Práticas*, Instituto Piaget, Lisboa, Portugal.
- LEVINE, M., SMOLAK, L., MOODEY, A. e SHUMAN, M. (1994), Normative developmental challenges and dieting and eating disturbances in middle school girls, *International Journal of Eating Disorders*, 15, 11- 20.
- LITTLETON, H. e OLLENDICK, T. (2003), Negative body image and disordered eating behaviour in children and adolescents: what places youth at risk and how can these problems be prevented, *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6, 1, 51-66.
- LOBSTEIN, T., BAUR, L. e UAUY, R. (2004), Obesity in children and young people: a crisis in public health, *Obesity reviews*, 5, 1, 4-85.
- LOPES, C., OLIVEIRA, A., SANTOS, A., RAMOS, E., GAIO, A., SEVERO, M. e BARROS, H. (2007), Consumo alimentar no Porto. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, disponível em: www.consumoalimentarporto.med.up.pt, acedido em: outubro 2013.
- LOUREIRO, I. (2004), A importância da educação alimentar: o papel das escolas promotoras de saúde, *Educação Alimentar*, 22, 2, 43-55, disponível em: <http://www.cdi.ensp.unl.pt/>, acedido em: dezembro 2014.

- MADDEN, H., CHAMBERLAIN, K. (2010), Nutritional health, subjectivity and resistance: Women's accounts of dietary practices, *Health*, 14, 3, 292-309.
- MCCABE, M. P. (2002), Parent, peer, and media influences on body image and strategies to both increase and decrease body size among adolescent boys and girls, *Adolescence*, 36, 225-240.
- MCKINLEY, N. M., e RANDA, L.A. (2005), Adult attachment and body satisfaction: An exploration of general and specific relationship differences, *Body Image*, 2, 209-218.
- MELO, L., COSCIONE, A., ABREU, C., PUGA, A. E CAMARGO, O. (2013), Influence of pyrolysis temperature on cadmium and zinc sorption capacity of sugar cane straw-derived biochar, *BioResources*, 8, 4, 4992-5004.
- MOONEY, E., FARLEY, H. e STRUGNELL C. (2009), A qualitative investigation into the opinions of adolescent females regarding their body image concerns and dieting practices in the Republic of Ireland (ROI), *Appetite*, 52, 2, 485-91.
- MOREIRA, P. (2005), *Obesidade: Muito Peso Várias Medidas*, Ambar, Porto.
- MOREIRA, C. (2007), *Teorias e Práticas de Investigação*, Universidade Técnica de Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Lisboa.
- MOURA, A. P. E CUNHA, L. M. (2005), Why Consumers Eat What They Do: an Approach to Improve Nutrition Education and Promote Healthy Eating, *Consumer Citizenship: Promoting New Response-Taking Responsibility*, D. Doyle (Ed.), Forfatterne, Noruega, 1, 144-156.
- MOURA, A. (2006), O Consumidor e a Rotulagem dos Produtos Alimentares, In Lemos A, e Moura, A.P. *Segurança e Qualidade Alimentares: Perigos, implementação ao longo da cadeia alimentar e percepção do consumidor*, Universidade Aberta, Lisboa (no prelo).

MOURA, A. P., CUNHA, L., ALVES, H., LOPES, Z., SANTOS, M. e COSTA, L. (2007), Perceptions of food attitudes: the Portuguese experts's position, EFFoST/EHEDG, Lisboa, Portugal.

MOURA, A. P. e CUNHA, L. M. (2009), Understanding the role of printed media in the social amplification of food risk during the new millenium, CCN 6th Annual Conference the Technical University of Berlin, Alemanha.

MUTH, J. e CASH, T. (1997), Body-image attitudes: what difference does gender make?, *Journal of Applied Social Psychology*, 27, 16,1438-1452.

OMS (1993), The ICD-10, Classification of Mental and Behavioural Disorders, Diagnostic Criteria for Research, Genebra.

OMS (1995), Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry, Geneva.

OMS, (2000), Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic, OMS Consultation on Obesity, Genebra.

OMS, Joint WHO/FAO (2002), Expert Consultation on Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases, Genebra, Suíça.

OMS (2003), Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation, Genebra, disponível em: http://www.who.int/nut/documents/trs_916.pdf, acedido em: outubro 2013.

OMS (2004), Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, WHA57.17., Genebra, disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf, acedido em: outubro 2013.

OMS (2010), Population-based prevention strategies for childhood obesity: report of a WHO, Forum and Technical Meeting, Genebra.

- OMS (2013), Plano de Ação para a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis, 52º Conselho Diretor 65ª Sessão do Comitê Regional, Estados Unidos da América.
- OPDENAKKER, R. (2006), Advantages and Disadvantages of Four Interview techniques in Qualitative Research, *FQS Forum: Qualitative Social Research*, 7, 4, 11.
- POLIVY, J. e HERMAN C. (2002), Causes of eating disorders, *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213.
- RIEGER, E., STEPHEN, W., TOUYZ, W., SWAIN, T. e BEUMONT P. (2001), Cross-Cultural Research on Anorexia Nervosa, Assumptions Regarding the Role of Body Weight, *Austrália*, 29,2, 205-215.
- RODRIGUES, A. M., FISBERG, A. e CINTRA, I.P. (2006), Avaliação do estado nutricional, prevalência de sintomas de anorexia nervosa e bulimia nervosa e percepção corporal de modelos adolescentes brasileiras, *Nutrição Brasil*, São Paulo, 4,4, 4182-187.
- RODRIGUES, S., FRANCHINI, B., GRAÇA, P., DE ALMEIDA, M. (2006), A new food guide for the Portuguese population: development and technical considerations, *Journal of Nutrition and Education Behavior*, 38, 189-95.
- ROZIN, P. (1999), Food is fundamental, fun, frightening, and far-reaching, *Social Research*, 66, 1, 9-30.
- ROZIN, P., FISCHLER, C., IMADA, S., SARUBIN, A. e WRZESNIEWSKI, A. (1999), Attitudes to food and the role of food in life in the U.S.A., Japan, Flemish Belgium and France: possible implications for the diet-health debate, *Appetite*, 33, 2, 163-180.
- ROZIN, P., FISCHLER, C., SHIELDS, C. e MASSON, E. (2006), Attitudes towards large numbers of choices in the food domain: a cross-cultural study of five countries in Europe and the USA, *Appetite*, 46, 304-308.

- SARDINHA, L., SANTOS, D. e SILVA, A., COELHO E SILVA, M., RAIMUNDO, A., MOREIRA, H., SANTOS, R., VALE, S., BAPTISTA, F. e MOTA, J. (2012), Prevalence of overweight, obesity, and abdominal obesity in a representative sample of Portuguese adults, *PLoS One*, 7, 47883.
- SARWER, D. B., MAGEE, L. e CRERAND, C. E. (2003), Cosmetic surgery and cosmetic medical treatments, *Handbook of Eating Disorders and Obesity*, 718-737.
- SCHILDER, P. (1935), *The Image and Appearance of the Human Body*, Routledge, Londres, 204.
- SECCHI, K. (2006), *Representação Social e Imagem do Corpo Feminino*, Dissertação, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina.
- DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE, SÉRGIO, A., CORREIA, F., BREDA, J., MEDINA, J., CARVALHEIRO, M., VAZ DE ALMEIDA, M. e DIAS, T. (2005), *Programa Nacional de Combate à Obesidade*, disponível em: <http://www.dgs.pt/>, acessado: janeiro 2014.
- SKINNER, H., BISCOPE, S., POLAND, B., e GOLDBERG, E. (2005), How adolescents use technology for health information: Implications for health professionals from focus group studies, *Journal of Medical Internet Research*, 5,4,32.
- STICE, E. e WHITENTON, K. (2002), Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: A longitudinal investigation, *Developmental Psychology*, 38, 669-678.
- THELEN, M. H. (1995), Body image, dieting, and self-concept: Their relation in African American and Caucasian children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24, 41-48.
- TIGGEMANN, M. (2002), The role of social comparison in the effect of magazine advertisements on women's mood and body dissatisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 23-44.

- TIGGEMANN, M., SLATER, A., BURY, B., HAWKINS, K. e FIRTH, B. (2013), Disclaimer labels on fashion magazine advertisements: effects on social comparison and body dissatisfaction, *Body Image*, 10, 1, 45-53.
- VAN DEN BERG, P., THOMPSON, J., OBREMSKI-BRANDON, K. e COOVERT, M. (2002), The Tripartite Influence model of body image and eating disturbance: a covariance structure modeling investigation testing the mediational role of appearance comparison, *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 5, 1007-1020.
- VISSCHER, T., SEIDELL, J., MOLARIUS, A., VAR DER KUIP, D., HOFFMAN, A., e WITTERMAN, J. (2001), A comparison of body mass index, waist-hip ratio and waist circumference as predictors of all-cause mortality among the elderly: the Rotterdam study, *International Journal Obesity Related Metabolic Disorders*, 25, 1730-1735.

ANEXO 1- Guião da Entrevista

Guião da Entrevista

Destinatários: Jovens da Escola Abc do Cabeleireiro

Finalidades:

- Analisar a visão da alimentação saudável por parte das jovens desta escola;
- Compreender a importância da relação da imagem corporal com o comportamento alimentar e dados antropométricos;
- Obter informações baseadas no dia-a-dia de cada jovem, em contexto individual.

TEMAS	QUESTÕES
1. Apresentação	<p>1.1. Realizar apresentação;</p> <p>1.2. Explicar o contexto do trabalho e agradecer antecipadamente a disponibilidade;</p> <p>1.3. Referir a importância da utilização áudio, o seu porquê, bem como o respetivo sigilo;</p> <p>1.4. Mencionar a duração temporal aproximada do guião e explicar os seguintes métodos de recolha de dados.</p>
2. Alimentação Saudável	<p>2.1. O que entende por “alimentação saudável”?</p> <p>2.2. Quais os alimentos que considera serem saudáveis?</p> <p>2.3. Quais os alimentos que considera não serem saudáveis?</p> <p>2.4. Quais as formas mais saudáveis de cozinhar os alimentos? E as menos saudáveis?</p> <p>2.5. Quais as doenças que considera estarem relacionadas com os excessos alimentares?</p> <p>2.6. Quais as principais consequências de uma alimentação de elevada densidade energética, rica em lípidos/gorduras; hidratos de carbono/açúcares?</p>
3. Hábitos Alimentares	<p>3.1. Sente que a sua alimentação poderia ser mais saudável? Se sim, quais os principais obstáculos que encontra à prática de uma alimentação saudável no seu dia-a-dia?</p> <p>3.2. Onde costuma almoçar/ jantar?</p> <p>3.3. No meio envolvente da escola (cafés, bares) considera que consegue ter uma alimentação saudável com a oferta alimentar que lhe é proporcionada?</p> <p>3.4. A que critérios recorre e utiliza quando faz as refeições em torno da escola?</p>

- 3.5. Costuma trazer refeições de casa? Porquê?
- 3.6. Em casa costuma fazer sugestões para as refeições, de que modo, considerando os seus alimentos favoritos ou tem outro tipo de preocupação?
- 3.7. Tem por hábito cometer “excessos” ao fim de semana ou em algum dia em especial?

5. Alimentação/Imagem Corporal

- 5.1. Os alimentos que ingere interferem com a imagem do seu corpo, de que modo?
- 5.2. Existe alguma forma que permita melhorar a sua imagem corporal, quer dizer ter mais cuidado com o seu corpo?
- 5.3. Como percebe o seu corpo? Como se sente com ele?
- 5.4. Existe alguma parte do seu corpo que a incomode? Se sim porquê.
- 5.5. Está atento às observações/feedback que os seus amigos reportam sobre o seu corpo?
- 5.6. Qual é o seu ideal da imagem feminina? Pretende aproximar-se dessa imagem? Se sim de que modo.
- 5.7. Na profissão que este curso lhe permite vir a exercer, a imagem do seu corpo interfere no bom desempenho da mesma?
- 5.8. Poderá ter sucesso profissional com uma imagem corporal descuidada? Porquê?
- 5.9. Costuma estar atento ao seu peso, costuma pesar-se com que frequência?
- 5.10. Costuma comparar o seu peso com o de colegas da mesma faixa etária?
- 5.11. Considera que as modelos têm o peso ideal? Ambiciona aquele corpo? Acha que é possível conseguir aquele corpo de um modo saudável?
- 5.12. Recentemente, nos últimos 6 meses procurou reduzir/aumentar o seu peso corporal recorrendo à alteração da sua dieta alimentar? Acompanhou com exercício físico? Ingeriu alguma medicação por sua autoria? Teve apoio de um profissional de saúde?
- 5.13. O curso que está a realizar nesta Escola fez com que ficasse mais alerta para aspetos relacionados com a imagem corporal?

6. Conclusão

- 6.1. Agradecer a disponibilidade em participar no estudo;
- 6.2. Explicar os procedimentos seguintes;
- 6.3. Realizar breve conclusão do tema.

ANEXO 2- Datos Demográficos e Antropométricos

Dados demográficos e antropométricos

1. Sexo: Masculino Feminino

2. Idade:

3. Estado civil: Solteiro(a) Casado(a) União de facto Divorciado(a) Viúvo(a)

4. Turma: Cabeleireiro Estética

5. Formação académica completada:

≤ 4º ano

6º ano

9º ano

12º ano

Curso de Especialização Tecnológica, nível IV

Bacharelato ou equivalente

Licenciatura ou equivalente

6. Profissão:

(Nota: caso esteja desempregado ou reformado/aposentado indique qual a última profissão que desempenhou)

7. Nº de pessoas no agregado familiar (incluindo o próprio): nº de crianças do agregado:
no caso de existirem crianças, por favor, indique as idades respetivas: , , , ,
 , .

8. Concelho de residência: _____ Freguesia de residência: _____

9. Rendimentos líquido mensal do agregado familiar:

< 459

459 - 699

700 - 899

900 - 1199

1200 - 1499

1500 - 1999

2000-2499

≥ 2500

Peso:

Altura:

Perímetro da cintura:

Pessoa que mais contribui para o agregado familiar

10. Formação académica completada: Formação académica completada

≤ 4º ano

6º ano

9º ano

12º ano

Curso de Especialização Tecnológica, nível IV

Bacharelato ou equivalente

Licenciatura ou equivalente

ANEXO 3- Enquadramento das Escolas profissionais no sistema de aprendizagem em Portugal: A Escola Abc do Cabeleireiro e da Estética do Funchal

Enquadramento das Escolas profissionais no sistema de aprendizagem em Portugal: A Escola Abc do Cabeleireiro e da Estética do Funchal

Os jovens portugueses que desejem manter-se no sistema de ensino após o cumprimento do ensino obrigatório de doze anos, podem escolher entre o ensino secundário geral e duas formas de ensino profissional: cursos tecnológicos e escolas profissionais. Os cursos tecnológicos conferem um certificado de nível III, designados de técnicos intermédios. Os cursos desenvolvidos nas escolas profissionais terminam igualmente com qualificações profissionais de nível III (excecionalmente de nível II) e têm como objetivo prioritário a oferta de ensino profissional orientada para as necessidades locais e regionais, sendo que estes dois tipos de formação profissional conferem acesso ao ensino superior (CEDEFOP, Centro Europeu para o Desenvolvimento da Formação Profissional, 1999).

Fora do sistema escolar, a formação de jovens é desenvolvida por entidades com destaque para o Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP), que gere o sistema de aprendizagem e desenvolve cursos de qualificação nos seus centros de formação para o Instituto Nacional de Administração (INA) e para Direção Geral do Emprego e das Relações de Trabalho (DGERT). O número de organismos de formação cresceu consideravelmente na sequência da adesão de Portugal à então Comunidade Europeia. Desde 1996 que se assiste a uma preocupação crescente para elevar a qualidade da formação no sentido de uma adequação aos contextos e destinatários (CEDEFOP, 1999).

O Instituto do Emprego e Formação Profissional, abreviadamente designado por IP, é um Instituto Público, integrado na administração indireta do Estado, dotado de autonomia administrativa, financeira e património próprio, prosseguindo atribuições do Ministério da

Economia e do Emprego, sob superintendência e tutela do respetivo Ministro e é da sua competência fornecer ensino técnico e profissional, diferenciando-se dos outros tipos de ensino secundário por poder dar acesso direto ao mundo do emprego igualmente à via universitária, requisitos definidos no Decreto-lei N.º 133, de 11 de julho de 2012 (IEFP, 2012).

O IEFP e o INA, I.P. no âmbito da Iniciativa Novas Oportunidades, acordam no interesse em desenvolver uma atuação conjunta com o objetivo de promover a progressão dos níveis de qualificação dos trabalhadores da entidade parceira, bem como dos utentes dos serviços que esta presta, no âmbito das suas atividades, no qual o processo de Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências Profissionais (RVCC) poderá ser uma mais-valia para cada utente, possibilitando a certificação escolar das suas competências (INA, IP, 2007).

Escolas profissionais na RAM

Na Região Autónoma da Madeira (RAM) 33 escolas proporcionam estes cursos, entre as quais 6 lecionam cursos relacionados com formação em cuidados de beleza (nomeadamente cabeleireiro e estética). Estes cursos têm a duração variável de um ano e meio a três anos letivos e integram três componentes de formação: sociocultural, científica e técnica. A conclusão destes cursos confere uma qualificação profissional de nível II ou III e um diploma escolar de nível secundário, permitindo também o prosseguimento de estudos. Estes são disponibilizados pela rede de escolas públicas do Ministério da Educação e pelas escolas profissionais, maioritariamente privadas, como é o caso da Escola Abc do Cabeleireiro e da Estética do Funchal (DRQP, 2012).

A Direção Regional de Qualificação Profissional (DRQP) é a entidade que supervisiona e qualifica as escolas profissionais da RAM, entre as quais a escola Abc do Cabeleireiro e da Estética do Funchal. Tem implementado um Sistema de Gestão da Qualidade com a respetiva Certificação de acordo com a norma ISO NP EN 9001:2000, tornando-se a DRQP a primeira Direção Regional do País a receber esta distinção, na área da formação profissional (DRQP, 2012).

Escola Abc do Cabeleireiro e da Estética

A Escola Abc do Cabeleireiro e da Estética é uma empresa portuguesa fundada, em 1997, com sede em Coimbra e Centros de Formação em Aveiro, Santa Maria da Feira, Funchal, Chaves e Cascais. Está direcionada para a formação profissional e é certificada pelo IEFP e Direção Geral do Emprego e das Relações de Trabalho (DGERT) nas áreas de cabeleireiro e da estética, possuindo certificação de qualidade, de acordo com a norma NP EN ISO 9001:2008, conseguindo desta forma ver-se reconhecida, por uma entidade externa e independente. A sua missão principal passa por preencher as carências de formação em indivíduos que procuram novas ferramentas e competências que lhes permitam integrar-se e competir num mercado profissional cada vez mais exigente, como é o da área dos Serviços Pessoais e Cuidados de Beleza (Escolas Abc do Cabeleireiro e Estética, 2011).

Esta Escola é uma empresa privada ministrando formação de dupla certificação (escolar e profissional), pois foi sua política, desde há 4 anos, criar parcerias com Centros Novas Oportunidades cedendo-lhes instalações para que os jovens adultos possam, para além de fazer formação nas Escolas Abc do Cabeleireiro e da Estética, ver reconhecidas as suas competências e elevar assim o seu grau de escolaridade, que quer dizer que permite a

aquisição de competências certificadas através do RVCC, possibilitando a indivíduos com idade superior a 18 anos reconhecer, validar e certificar as competências resultantes da experiência adquirida em diferentes contextos ao longo da vida (DRQP, 2012).

Escola Abc do Cabeleireiro e da Estética do Funchal

A Escola Abc do Cabeleireiro e da Estética do Funchal proporciona vários cursos de cabeleireiro: cabeleireiro de senhora, cabeleireiro de homem e cabeleireiro unissexo e de estética: Esteticista Cosmetologista, Manicure e Pedicure e Massagista de Estética. O plano curricular dos cursos é muito específico e distinto, contudo, existem três unidades curriculares em comum: Organização do trabalho, Higiene e segurança, Comunicação interpessoal e Marketing, diagnóstico e aconselhamento. As restantes disciplinas são direcionadas às áreas específicas de cada curso. Às turmas de estética é exigida uma análise pormenorizada do corpo e cuidados com o corpo específicos e às turmas de cabeleireiro tratamentos específicos do cabelo. Em relação à disciplina de dietética, com duração de cinquenta horas, apenas as turmas de estética a têm no seu plano curricular.

Esta Escola já formou 514 alunos desde que existe na Região da Madeira sendo, na sua maioria, os alunos do sexo feminino. A média de idades dos alunos desta escola, desde há oito anos a esta parte, nas turmas de cabeleireiro é de 29,3 anos, com desvio padrão de $\pm 8,1$ e a média de idades das turmas de estética é de 24,2 anos, sendo o desvio padrão $\pm 6,4$.

A escola não possui bar integrado, mas possui uma máquina de café, chá e leite com chocolate quentes e outra com alimentos variados, entre os quais: iogurtes, bolachas integrais, bolachas ricas em açúcares, sandes variadas, batatas fritas, alguns chocolates, sumos e água.

ANEXO 4- Pedido de Autorização Para a realização do estudo de Investigação

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

Ex.º. Senhor Diretor da Escola Abc do Cabeleireiro do Funchal

Eu, Ana Isabel Gomes Alves, estudante do Mestrado em Ciências do Consumo Alimentar pela Universidade Aberta, venho por este meio solicitar autorização para realizar um estudo de investigação subordinado ao tema, sob título provisório: “Alimentação Saudável e Imagem Corporal na Visão das Jovens da Escola Abc do Cabeleireiro do Funchal”.

O estudo que pretendo realizar insere-se no âmbito académico do segundo ano do Mestrado para a avaliação da disciplina de Investigação, através da Dissertação de Mestrado.

Optei por uma abordagem qualitativa cujo método de colheita de dados é a aplicação de entrevistas e posteriormente grupo focal, dirigido às alunas, prevendo-se uma amostra de 37 alunas. Este estudo não pretende apenas avaliar os conhecimentos, mas acima de tudo obter algumas informações para melhorar o nível de informação, bem como hábitos alimentares da população em estudo. Posteriormente será apresentado o guião que servirá de método de recolha de dados, assegurando-se o sigilo de todos os dados disponibilizados.

Desde já agradeço a colaboração.

Pede Deferimento

Porto, 09 de Janeiro de 2013

ANEXO 5- Entrevistas em Formato Digital