Instituto Superior Miguel Torga

Testemunhos *online* de Perturbações do Comportamento Alimentar

Uma análise temática de narrativas de recuperação

Dissertação
Mestrado em Psicologia Clínica
Especialização em Terapias Familiares e Sistémicas

Francisca dos Santos Fresco Ferrete Pimentel
Coimbra, 2025

MIGUEL TORGA

CIM RC
COMUNIDADE INTERMUNICIPAL
REGIÃO DE COIMBRA

Testemunhos *online* de Perturbações do Comportamento Alimentar

Uma análise temática de narrativas de recuperação

FRANCISCA DOS SANTOS FRESCO FERRETE PIMENTEL

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica

Ramo de Especialização em Terapias Familiares e Sistémicas

Orientadora: Professora Doutora Joana Sequeira, Professora Auxiliar, ISMT

Coorientadora: Professora Doutora Catarina Rosa, Professora Auxiliar, ISMT

Membros do júri

Presidente: Professora Doutora Gabriela Fonseca, Professora Auxiliar, ISMT

Arguente: Professora Doutora Laura Lemos, Professora Auxiliar, ISMT

Coimbra, outubro de 2025

Agradecimentos

Gostava de começar por agradecer às minhas orientadoras:

o meu profundo obrigado à Professora Doutora Catarina Rosa pela simpatia, generosidade e disponibilidade com que me recebeu no seu grupo. Por tantas vezes me transmitir calma, confiança e segurança nos dias em que tudo parecia difícil. Estarei, para sempre, grata pela forma como acreditou em mim e neste estudo, motivando-me e fazendo-me sentir, em cada passo, verdadeiramente ouvida. Sem a sua ajuda acho que ainda hoje estaria a tentar perceber por onde começar.

à Professora Doutora Joana Sequeira, cujo conhecimento é imensurável, por todo o acompanhamento ao longo deste ano letivo. Estou imensamente grata pelos conselhos valiosos, pela confiança, motivação e pela liberdade criativa que me concedeu. Tive muita sorte de tê-la como orientadora nesta desafiante etapa da minha vida.

Dedico esta dissertação,

Aos meus pais, que são o meu exemplo diário de força, determinação e coragem. Agradecer por todo o amor e carinho, por todos os esforços que fizeram para poder estar a estudar o que realmente gosto e por nunca me terem deixado desistir. Se estou a escrever isto neste momento é graças a vocês e a nunca terem deixado de acreditar em mim, obrigada por me relembrarem todos os dias que sou capaz.

Ao Tico e ao Cenoura, as minhas estrelinhas mais brilhantes.

Ao Kiko, por ser um anjo da guarda no momento certo.

Ao meu Avô Agripino, que foi e sempre será o meu fã n. º1, à Avó São, Tia Mimi, Tia Ilda, Tio Álvaro, Avô Fausto e Avó Luísa. Estas pessoas deram tudo por mim, são importantes figuras de suporte na minha vida e grandes exemplos, que procuro sempre seguir e honrar. Deixar igualmente o meu profundo obrigado ao resto da minha família por todo o cuidado.

À Raquel, a minha "irmã mais nova", és casa e num abraço és família. Obrigada por cuidares de mim todos os dias da minha vida desde que me lembro, até quando não preciso. Por viveres cada aventura comigo sem pensar duas vezes e por me teres deixado fazer parte do teu percurso académico, assim como fazes parte do meu, pequeno pintainho.

À minha melhor amiga, a Erica foi o melhor presente que a universidade me deu. A que todos os dias, a qualquer hora e em qualquer parte do mundo está lá, pronta para me limpar as

lágrimas quando estou triste e festejar comigo quando estou feliz. Contigo aprendi que as amizades verdadeiras são feitas de choros partilhados e de gargalhadas que curam. Coimbra fez a sua magia quando nos uniu - *"Nós somos casa, bagunça e viagem para o resto da vida"*.

À Marques, que foi, sem dúvida alguma, um dos pilares mais essencias neste processo. Quero agradecer-te pelo carinho, paciência e companheirismo. Há pessoas que não são desde sempre, mas que sabemos que são para sempre, tu és uma dessas pessoas. Obrigada por seres a minha pessoa. Obrigada por cada risada, por cada conversa e pela terapia em formato de saídas à noite, que a AAC e NB sejam sempre um bocadinho nossos.

Ao Ed, por me aqueceres o coração quando mais preciso, sem nunca me deixares cair nem desistir de nada. És família e o meu melhor amigo.

Ao Tomás, que esse coração bom e essa luz te levem a alcançar todos os teus sonhos.

À minha amiga Beatriz, obrigada por seres a minha companheira de aulas e estudos, de risos e de desesperos neste Mestrado. Foste, sem dúvida, a melhor pessoa que o carro da Queima das Fitas me deu (o 61 será para sempre nosso).

À minha madrinha Raquel, quero que saibas que a nossa Coimbra vai estar sempre à tua espera, assim como eu.

À Pipa, o mundo é muito pequeno para nós, mas que os Açores, a Figueira da Foz e Coimbra guardem para sempre e com carinho as nossas memórias.

E por fim, mas não menos importante, a Coimbra, a cidade que me viu nascer, me faz sentir viva e feliz e me mostrou o verdadeiro significado da palavra saudade.

E enquanto tocava na minha pele

Percebi

Este é o corpo em que vou estar

Esta é a minha casa

- *Cuida da tua casa*

- **Participante 37 do presente estudo**

Resumo

Objetivo: No processo de recuperação de uma perturbação do comportamento alimentar nem sempre têm sido consideradas a importância e necessidade de responder às necessidades de cada indivíduo. Um dos elementos que a literatura identifica como relevante neste processo diz respeito à partilha de experiências semelhantes e à escuta de histórias de outros. Neste estudo pretendemos identificar os temas centrais e transversais da análise de narrativas de quem partilha a sua história de recuperação de uma perturbação alimentar num blogue publicado *online*.

Método: Foi realizada uma análise temática de 37 narrativas, das quais quatro não tinham autoria identificada, 21 foram narradas por mulheres, maioritariamente, na faixa etária dos 18 aos 29 anos e quatro por homens, com predomínio da mesma faixa etária.

Resultados: A nossa análise permitiu identificar e detalhar duas dimensões que parecem ter um papel central no percurso de recuperação da A.N. e que partilham a ambivalência como característica comum – a dimensão relacional e a dimensão sociocultural.

Conclusão: Ao analisar vozes espontâneas na primeira pessoa, este estudo oferece uma visão mais humana e próxima da realidade do processo de recuperação de uma perturbação alimentar e realça a pertinência de estudar as plataformas digitais como contextos de apoio. Os nossos resultados apontam para a importância de que o processo de recuperação seja reconhecido como um processo dinâmico, subjetivo e profundamente enraizado na identidade, nas emoções e nas relações interpessoais dos indivíduos. Oferecem ainda uma visão crítica face ao tratamento, realçando a necessidade de uma maior sensibilização dos profissionais de saúde para a complexidade do processo de recuperação.

Palavras-chave: Perturbação Alimentar; Anorexia Nervosa; Recuperação; Blogue; Análise Temática

Abstract

Objective: In the process of recovering from an eating disorder, the importance and necessity of responding to each individual's needs have not always been considered. One of the elements identified in the literature as relevant in this process concerns sharing similar experiences and listening to others' stories. In this study, we aim to identify the central and cross-cutting themes from the analysis of narratives of those who share their stories of recovery from an eating disorder in an online blog.

Method: A thematic analysis was performed on 37 narratives, of which four had no identified author, 21 were narrated by women, mostly in the age group of 18 to 29 years old, and four by men, with a predominance of the same age group.

Results: Our analysis identified and detailed two dimensions that seem to play a central role in the recovery process from A.N. and that share ambivalence as a common characteristic: the relational dimension and the sociocultural dimension.

Conclusion: By analysing spontaneous first-person voices, this study offers a more human and realistic view of the recovery process from an eating disorder and highlights the relevance of studying digital platforms as supportive contexts. Our results point to the importance of recognising the recovery process as dynamic, subjective, and deeply rooted in individuals' identity, emotions, and interpersonal relationships. They also offer a critical perspective on treatment, highlighting the need for greater awareness among healthcare professionals of the complexity of the recovery process.

Keywords: Eating Disorder; Anorexia Nervosa; Recovery; Blog; Thematic Analysis

Siglas e Acrónimos

A.N.: Anorexia Nervosa

APA: *American Psychiatric Association*

APA: *American Psychological Association*

B.N.: Bulimia Nervosa

CE-DI&D: Comissão de Ética do Departamento de Investigação & Desenvolvimento

CID-11: 11ª revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

DSM-5: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*

IMC: Índice de Massa Corporal

NHS: *National Health Service*

OMS: Organização Mundial da Saúde

OPP: Ordem dos Psicólogos Portugueses

PCA: Perturbações do Comportamento Alimentar

SNS: Serviço Nacional de Saúde

WHO: *World Health Organization*

WMA: *World Medical Association*

Índice

Introdução 1

Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA) 1

As Pessoas Significativas e o Funcionamento familiar 2

A Sociedade, a Cultura e os Meios de comunicação 4

Narrativas de Recuperação 5

Método 10

Participantes 10

Procedimentos 11

Resultados e Discussão 13

Perfil dos Autores: Idade, Sexo e Relação com a A.N. 13

Forma da(s) Narrativa(s): Formato, Razão para Publicar e Linguagem 17

Emoções da(s) Narrativa(s) 22

Causas, Sintomas, Estratégias de Manutenção e de *Coping* para lidar com a A.N. 24

Dimensão Relacional e Dimensão Sociocultural na Recuperação da A.N. 30

A Voz das Pessoas Significativas 36

Conclusão 38

Referências Bibliográficas 41

Apêndices 50

Apêndice 1 - *Pedido de Autorização* 52

Apêndice 2 - *Autorização Concedida pela Autora* 54

Apêndice 3 - *Estrutura de Codificação Utilizada na Análise Temática* 56

Introdução

Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA)

Entre 2000 e 2014, o número de hospitalizações por Perturbações do Comportamento Alimentar (PCA) duplicou em Portugal, estando registados no Serviço Nacional de Saúde (SNS), cerca de 4500 casos. Nos hospitais públicos, a Anorexia Nervosa (A.N.) e a Bulimia Nervosa (B.N.) foram as patologias com maior representatividade com internamentos e reinternamentos frequentes (Campos, 2018). As PCA podem ser percebidas como um conjunto de perturbações mentais graves, caracterizadas pelos seus sintomas persistentes. A relação anómala que o individuo mantém com a comida parece ser o sintoma principal, onde a ingestão insuficiente ou excessiva de alimentos prejudica tanto o seu bem-estar físico quanto as funções psicológicas e sociais (Nohesara et al., 2025; Feng et al., 2023). As principais perturbações do comportamento alimentar incluem: perturbação de pica, perturbação de ruminação, perturbação alimentar restritiva/evitativa, A.N., B.N. e perturbação de compulsão alimentar (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Segundo a 11ª revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11) da Organização Mundial da Saúde (OMS) a A.N. caracteriza-se por um peso corporal significativamente inferior ao que seria o peso mínimo "adequado" para a altura, idade e estádio de desenvolvimento e que não é melhor explicado por outra condição de saúde ou indisponibilidade de alimentos. Uma referência frequentemente utilizada para o diagnóstico desta perturbação é o índice de massa corporal (IMC) inferior a 18,5 kg/m² em adultos e IMC abaixo do 5º percentil (para idade) em crianças e adolescentes. A perda rápida de peso poderá ser considerada como critério diagnóstico alternativo à característica essencial de baixo peso corporal, desde que outros estejam igualmente cumpridos. Crianças e adolescentes, podem não apresentar perda de peso, mas ocorrer uma falha em ganhar peso conforme o esperado para a sua trajetória de desenvolvimento individual. Desta forma, o baixo peso ou a forma corporal, ora são sobrevalorizados e considerados essenciais para a autoavaliação e diagnóstico, ora são percebidos incorretamente como normais ou até mesmo considerados excessivos (World Health Organization [WHO], 2024).

São adotadas, frequentemente, estratégias para evitar a recuperação do peso normal, associadas a um medo exagerado de engordar. Estas estratégias, podem passar por dietas muito restritivas, jejuns voluntários, exercício físico em excesso, seleção de alimentos com poucas calorias, ingestão excessivamente lenta/em reduzidas quantidades, esconder ou cuspir

Francisca Pimentel | kikapiment@gmail.com

alimentos e estratégias purgativas, como o vómito ou uso excessivo de laxantes. A preocupação com o peso ou a forma corporal pode manifestar-se, por exemplo, em comportamentos como a verificação e monitorização constante do peso ou formas corporais através de balanças, fitas métricas ou do reflexo no espelho, a fiscalização do valor calórico dos alimentos, ou até mesmo comportamentos mais graves como a recusa da existência de espelhos em casa (WHO, 2024). Estes pacientes tendem a avaliar-se, enquanto indivíduos, quase que unicamente pela sua aparência física, predominando sentimentos de insatisfação (Claudino & Borges, 2002).

O *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (DSM-5) destaca que os sintomas característicos da A.N. e B.N. têm, normalmente, início durante a adolescência ou idade adulta jovem, sendo que a A.N. emerge frequentemente em idades mais jovens, na fase da adolescência ou pré-adolescência, e a B.N. no início da idade adulta, revelando-se pouco frequente na população pediátrica (APA, 2013; Lozano-Muñoz et al., 2022; Hay, 2020). A adolescência é a fase do desenvolvimento situada entre a infância e a idade adulta, compreendendo o período entre os 10 e os 19 anos de idade (WHO, 1977). Esta etapa do ciclo vital é caracterizada por transformações complexas e dinâmicas, onde fatores físicos, psicológicos e socioculturais podem influenciar os comportamentos alimentares e a saúde nutricional dos indivíduos (Story et al., 2002).

Silén e Keski-Rahkonen (2022), procuraram perceber a prevalência mundial de perturbações alimentares do DSM-5 entre jovens, revelando que o sexo masculino representa 0,6-2,4% dos casos diagnosticados com A.N., em contraste com 0,8-6,3% no sexo feminino. Embora o número de estudos publicados sobre as perturbações do comportamento alimentar em homens tenha aumentado nas últimas décadas, este continua a ser consideravelmente baixo, especialmente quando comparado à proporção estimada de homens que sofrem desta perturbação (Keel et al., 1998; Mancini et al., 2018). A falta de familiaridade dos profissionais de saúde com o tema tem contribuído para um atraso na avaliação, dificultado o diagnóstico e atrasado o tratamento destes homens, aumentando o risco de complicações médicas (Keel et al., 1998).

As Pessoas Significativas e o Funcionamento familiar

Cada família tem a sua própria estrutura, ou seja, um conjunto invisível de exigências funcionais que estabelece o modo pelo qual os seus membros interagem (Minuchin, 1982). As famílias com pacientes anoréticas têm sido descritas como famílias com forte tendência para o emaranhamento, intrusivas e hostis, onde há uma negação das necessidades emocionais dos

Francisca Pimentel | kikapiment@gmail.com

seus membros e dificuldades nos processos de vinculação (Polivy & Herman, 2002). São famílias onde a estrutura se organiza em torno de uma excessiva valorização dos papéis de "cuidadores" ("*nurturing roles*") e, por isso, parecem funcionar melhor quando alguém está doente. Estão envolvidas num mito de união, com grandes dificuldades de separação e delimitação de fronteiras entre os seus elementos e subsistemas. Curiosamente, são frequentemente percecionadas, a nível externo, como a "família ideal", marcadas por uma lealdade e proteção excessivas, mas cultural e socialmente valorizadas (Minuchin et al., 1978; Minuchin & Fishman, 1981; Relvas, 2000).

Uma família emaranhada caracteriza-se pelos seus limites difusos e pelo baixo nível de autonomia dos seus membros. Apresentam dificuldades de diferenciação entre subsistemas, falta de encorajamento (e evitamento) da autonomia e incapacidades de resolução de problemas. É facilmente compreensível que, nestes sistemas, o comportamento de um elemento pode afetar rapidamente os restantes e o *stress* de um dos seus membros reflete-se imediatamente nos demais (Minuchin, 1982). A família está muito centrada e voltada para ela mesma, vivendo num "microcosmos", onde há elevados/excessivos níveis comunicação e preocupação entre os seus membros (Minuchin et al., 1978).

Para além dos padrões de interação familiar, é possível perceber, na literatura existente, um conjunto de emoções comuns entre os elementos da família cuidadores de pessoas com anorexia nervosa. Sentimentos como a culpa, a angústia, o medo, a tristeza e a sensação de impotência são os mais frequentes. Estes sentimentos negativos acabam por causar, inevitavelmente, sofrimento familiar, uma vez que os pais acreditam estar a falhar como pais na função de proteção e na sua missão de ajudar os filhos (Espíndola & Blay, 2009). Uma lacuna recorrentemente referida diz respeito à falta de acesso mais facilitado e imediato a informações claras e precisas, no que toca aos sinais de alerta nas fases iniciais da doença (Oliveira et al., 2023), tornando o processo de encontrar ajuda longo e repleto de dificuldades (McMaster et al., 2004).

A responsabilidade e os desafios que acompanham o cuidar de um familiar com uma PCA podem impactar os cuidadores, tornando-os vulneráveis a experienciar um pior bem-estar (Cribben et al., 2025). Muitos cuidadores sentiram que a doença os afetou profundamente, fazendo menção à sensação de controlo e manipulação que a doença tem sobre as suas vidas. São descritas relações de extrema dependência, onde o/a filho/a ocupa grande parte do tempo e a doença representa exigências excessivas (Whitney et al., 2005). A comunicação na família torna-se problemática, observando-se um aumento das discussões, dos conflitos familiares -

Francisca Pimentel | kikapiment@gmail.com

um ambiente de *stress* (McCormack & McCann, 2015). Os pais mostraram-se preocupados com as mudanças no estilo de vida, na esfera social e as dificuldades em fazer planos futuros inerentes à responsabilidade de cuidar (Whitney et al., 2005).

A Sociedade, a Cultura e os Meios de comunicação

A cultura e a sociedade assumem um papel fundamental na forma como as pessoas se expressam fisicamente e como interagem com o mundo ao seu redor (Le Breton, 2007). Os tempos atuais têm sido marcados por uma "crise de significação e de valores", em que o corpo se torna o principal meio de interação com o mundo, constantemente observado e julgado por uma sociedade cada vez mais individualista (Le Breton, 2007, p. 10). Como refere Hermans (2024) "os ideias irracionais de perfecionismo são comuns num mundo em que a performance, a imagem e o *status* definem o valor da pessoa. Vivemos numa sociedade de comparações, *rankings*, construção de imagem e atratividade física" (p. 107). A imagem corporal deve ser entendida como um conceito que vai muito além da esfera psicológica. A perceção que cada indivíduo tem do seu corpo é influenciada pela experiência social, pelo contexto em que este está inserido (Grogan, 2016).

Ao longo das últimas décadas, o que é veiculado nos media impacta a forma de pensar e agir da sociedade contemporânea. Vários autores destacam esta influência na elaboração e na transformação de ideias, valores, perceções do mundo e nos modelos comportamentais que as pessoas adotam (Baracat & Baracat, 2016; Batista et al., 2024; Lopes & Trajano, 2021). Os meios de disseminação de informação diferenciados, tais como os jornais, as revistas, a rádio, o cinema, a TV e a *web*, permitem, diariamente, a propagação fácil e rápida de uma quantidade massiva de todo o tipo de conteúdos. Esta exposição desmedida, e sem critério ou filtro, a todo o tipo de materiais pode interferir e moldar, consideravelmente, o modo como a realidade é percebida (dos Santos Diniz et al., 2012).

O imaginário coletivo e a influência dos media criaram uma ideia da existência de uma conexão profunda entre as formas corporais e a saúde, como se todos os regimes alimentares, dietas e exercícios físicos fossem uma oportunidade para o indivíduo se tornar mais saudável e cuidar melhor de si (Romaro & Itokazu, 2002). O corpo humano é encarado como uma construção cultural, onde a procura, a qualquer preço, pelo corpo perfeito tem trazido consideráveis prejuízos para a saúde física e psicológica da população (Baracat & Baracat, 2016). Esta valorização excessiva da aparência a que temos assistido parece ser sustentada pela crença de que a magreza conduzirá, ou será garantia, de uma maior aceitação social. As

Francisca Pimentel | kikapiment@gmail.com

dietas surgem como meio para atingir o ideal do corpo "magro", imposto e rotulado pela pressão de pais, familiares e amigos. Os media propagam um tipo de padrão de beleza que se estima que seja apenas o reflexo de 5 a 8% da população mundial. A comparação constante, e a perceção de não conseguir atingir esse padrão, geram sentimentos de tristeza e frustração, particularmente nos adolescentes, aumentando a probabilidade de adoção de estratégias rígidas de controle de peso (Maldonado, 2009; Damasceno et al., 2006; Stice & Whitenton, 2002; Bittar & Soares, 2020; Stice et al., 2002).

No início dos anos 2000, as redes sociais e as novas tecnologias sofreram um crescimento exponencial, aliciando milhares de seguidores que passaram a incorporar a comunicação no seu dia a dia (Sá & Polivanov, 2013). Nos últimos anos, plataformas como o *Instagram*, o *TikTok* e o *Snapchat* ganharam especial destaque, principalmente entre os jovens. O aumento da utilização da *Internet*, especialmente das redes sociais, coincide, curiosamente, com o aumento da prevalência de distúrbios alimentares entre adolescentes, que utilizam estas plataformas como meio de interação social e de autoexpressão (Suhag & Rauniyar, 2024). O estudo de Mironica et al. (2024) comparou a influência que estes novos meios de comunicação têm na vida atual, em relação aos tradicionais como a televisão ou revistas, destacando o peso significativo que estes conteúdos interativos podem ter nos seus utilizadores e na perceção da imagem corporal.

As novas gerações dominam, desde muito cedo, estas novas formas de comunicação, de obtenção de informação e de relação mediada por plataformas sociais. No entanto, pouco se sabe sobre as suas consequências nas perceções individuais e nas formas de relacionamento atuais (Giordani & Silva, 2021), sendo importante para avaliar a sua eficácia ou risco, neste caso, na comunicação sobre temas sensíveis como a vivência de uma perturbação alimentar.

Narrativas de Recuperação

Patching e Lawler (2009) procuraram perceber que temas comuns podem emergir nas histórias de vida de mulheres diagnosticadas com uma perturbação alimentar. Todas as participantes narram que, ao longo da infância e adolescência, a ausência de controlo e conexão, aliada a relações marcadas pelo conflito excessivo, dificultaram o desenvolvimento de um sentido de identidade pessoal seguro. As pessoas que se encontram a recuperar de uma PCA reportam histórias marcadas por termos como "dietas", "restrição", "controlo", "obsessivo" e "secreto", que espelham a sensação de consumo de energia que a doença gera no indivíduo. Apesar da magreza, e da subsequente debilidade física, há uma negação da condição

Francisca Pimentel | kikapiment@gmail.com

evidente e estas pessoas descrevem a perceção da inevitabilidade da compulsão, da necessidade de continuar com a dieta. É como se a sua personalidade estivesse "dividida", entre um lado racional e um lado irracional, que são habitados por duas pessoas completamente diferentes, a "eu anorética" e a "outra eu normal", estando o lado irracional no comando. A maioria delas explica que este lado irracional tem uma voz - "a voz da A.N.", que negligencia os pedidos do corpo, não deixando o lado racional ser ouvido (Jenkins & Ogden, 2012).

A A.N. é, muitas vezes, descrita como uma comunicação sobre o sofrimento. Antes da doença, as pessoas sentiam-se "infelizes", "fora de controlo", sentiam uma "pressão para agir" que era negada pela sua baixa autoestima. De alguma forma, perante a evidência da doença, é impossível não "ouvir o seu sofrimento", o sintoma tem assim a função de sinalizar. Descrevem a A.N. como um mecanismo de controlo para lidar com as tensões e frustrações do dia a dia, com os desafios transitórios ou traumas precoces, demonstrando que o lado irracional prevalecia sobre o lado racional. Nos testemunhos das anoréticas, a forma como a perturbação alimentar se tornou um instrumento de comunicação, através do corpo, dos sentimentos e das experiências negativas que estavam a vivenciar e que não eram capazes de verbalizar, parece uma questão muito central "a A.N. tornou-se uma expressão corporal da sua angústia psicológica" (Jenkins & Ogden, 2012, p. e27).

Petry et al. (2017) realizaram entrevistas a mulheres diagnosticadas com A.N. e analisaram as suas perceções e sentimentos em relação à doença, bem como as mudanças de perspetiva ao longo do processo de recuperação. Encontraram alguns elementos comuns nos relatos destas mulheres, nomeadamente, a perspetiva da restrição alimentar como o objetivo das suas vidas. O foco estava nas refeições e nas estratégias para disfarçar determinados comportamentos, que podiam ir desde falsas dores de estômago até coisas mais simples como movimentar a comida de um lado para o outro no prato. Comer o mínimo possível, fazer o menor número de refeições durante o dia, ou não comer de todo, eram os ideais destas mulheres, que viam a disciplina e o autocontrolo como aliados ou redes de segurança. As suas histórias estavam, igualmente, marcadas por momentos de compulsão alimentar, em que renunciavam ao controlo e se entregavam ao prazer e à liberdade de comer o que quisessem. No entanto, contam que após esses episódios, surgiam sentimentos de raiva, vergonha e culpa que levavam ao uso de métodos compensatórios, como a purgação, uso de laxantes e automutilação.

Francisca Pimentel | kikapiment@gmail.com

A A.N. é uma doença grave, na maior parte dos casos crónica e possivelmente fatal, associada a altas taxas de mortalidade, suicídio e a uma significativa deterioração da qualidade de vida (Schlegl et al., 2016). O processo de tratamento das perturbações alimentares é exigente e complexo, uma vez que requer a atuação coordenada de uma equipa multidisciplinar. Falamos, no mínimo, de reabilitação nutricional, psicoterapia (individual e terapia familiar), psicofarmacoterapia e o tratamento de complicações médicas que possam surgir ao longo da recuperação (Andrade et al., 2017). Deste modo, o processo terapêutico engloba a avaliação e monitorização dos sintomas e comportamentos da anorética, a sua condição física geral, psicológica e ressalva a importância do envolvimento familiar fundamental na mobilização para a intervenção médica e promoção de mudanças (Yager et al., 2014; Paulo, 2015; Correia, 2023).

O internamento hospitalar é necessário em doentes com uma PCA grave, ou seja, em situações que evidenciem perigo elevado para a saúde e vida da anorética (Guarda et al., 2007). Na maior parte dos casos, a gravidade do quadro pode obrigar a este internamento hospitalar até que a situação ponderal e eletrolítica se corrija e o risco de vida deixe de ser considerado um problema. Esta decisão prevê o envolvimento familiar precoce, uma vez que a grande maioria destes quadros surge em jovens adolescentes. No entanto, o que acontece é que frequentemente estamos diante de situações em que nem a jovem nem a família têm plena consciência da gravidade do problema, onde há uma recusa frequente à hospitalização (Guarda et al., 2007; Douzenis & Michopoulos, 2015).

Quanto ao contexto terapêutico, no *NHS* (*National Health Service* – Reino Unido), sistema no qual se inserem os testemunhos que iremos analisar neste estudo, encontramos na literatura testemunhos que expressam a grande dificuldade no acesso ao tratamento. Neste sistema quem tem um IMC mais baixo tem "prioridade", e os restantes que procuram ajuda, na prática têm de apresentar um peso ainda mais baixo para aceder aos serviços. Existe uma perceção partilhada de que o foco na comida e no peso durante o processo terapêutico é excessivo e contraprodutivo. Várias etapas do acompanhamento ficam marcadas pela centralização, de forma restrita, na alimentação e no aumento de peso, podendo mesmo chegar a ser prejudicais para a recuperação. A visão dos pacientes sobre os sistemas de tratamento revela sentimentos de frustração, desconexão e incompreensão face a alguns profissionais de saúde que não sabem lidar com perturbações alimentares (Rance et al., 2017).

Num estudo realizado por Rance et al. (2017) com 12 mulheres que lutam ou já lutaram contra a A.N., e que receberam tanto o diagnóstico quanto o tratamento no *NHS,* a análise

temática dos seus testemunhos tornou evidente o elevado grau de insatisfação que estas mulheres apresentavam em relação ao sistema de tratamento. A centralização excessiva na alimentação e no peso, enquanto guia orientados da intervenção, surge novamente como um ponto de crítica nas suas histórias. A dificuldade em obter tratamento também foi um tema comum, explicando que "A não ser que eu tenha um IMC de 10, não vou ter qualquer ajuda" (p. 6). Numa população conhecida pela competitividade e forte motivação para perder peso, estes sistemas de tratamento exclusivamente orientados pelo peso podem ter consequências bastante graves. As suas narrativas sugerem que, mesmo quando o acesso a um serviço é conseguido, não há garantia de uma ajuda continuada e sistémica, explicando que tinham medo de ganhar demasiado peso e serem expulsas dos programas onde estavam inseridas (critério exclusivamente físico). Infelizmente, estes receios não parecem infundados, tendo sido relatadas situações em que assim que o peso normalizava, era dada alta hospitalar.

Neste seguimento, o processo de recuperação é, frequentemente, descrito por um sistema de tratamento "apressado", que não olha à importância e necessidade de abrandar e adequar o ritmo deste processo, permitindo ir ao encontro das necessidades de cada indivíduo. Os profissionais de saúde acabam por ver o aumento de peso como um sinal positivo na recuperação, mas as pacientes não sentiram que a mudança física tivesse igual reflexo na dimensão psicológica ou nas suas cognições sobre a alimentação. O lado mental em relação à comida não tinha mudado, o que as podia levar mesmo a perceber o aumento de peso como um dos "pontos mais baixos" na recuperação (Jenkins & Ogden, 2012).

Do ponto de vista mais individual, o desejo de voltar a assumir o controlo e a responsabilidade por si próprias e pelas suas vidas como o "ponto de viragem" na caminhada em direção à recuperação é um tema também recorrente no discurso das anoréticas. É muito importante, o momento em que passam a reconhecer a A.N. como um problema, e não como uma parte de si, com consequências muito negativas para a sua saúde física, psicológica e para as relações sociais (Stockford et al., 2019). As perdas significativas que muitas mulheres associam ao facto de serem anoréticas – vida académica, amizades, o objetivo de casar e ter filhos, são elementos que as fazem "estar fartas" e "saturadas da anorexia" (Jenkins & Ogden, 2012) e que as levam a acreditar que estariam/seriam melhores sem a A.N.. Esta sensação de perda também acontece numa dimensão intrapsíquica, estão a deixar para trás uma parte de si, movimento que, frequentemente, traz associado emoções como medo e ambivalência. A doença é vivida como parte da pessoa, da sua identidade, assim, separar a pessoa da doença torna-se essencial (Karlsson et al., 2021).

Francisca Pimentel | kikapiment@gmail.com

Embora a viagem seja frequentemente descrita como difícil, a maioria das mulheres enalteceram como foram ajudadas pela terapia, destacando a importância de se tornarem "intrinsecamente motivadas". Muitas sentiram-se "chocadas" quando finalmente tomaram consciência dos "danos" que a fome e a restrição causaram nos seus corpos e nos processos de pensamento. Nesta fase, portanto, começaram a compreender e trabalhar gradualmente a dicotomia mente-corpo e racional-irracional. A mudança da negação para o reconhecimento do problema levou-as a mudar o seu comportamento (Jenkins & Ogden, 2012). O percurso é feito no sentido do reencontro com a sua identidade sem ser dominada pela doença, da esperança e da motivação para a recuperação. Desenvolvem-se aspetos como a autoestima e a motivação, e estabelecem-se limites entre a doença e o "eu" (Karlsson et al., 2021).

Um outro componente da recuperação, e dos mais decisivos, é então a autocompaixão. Quando falamos neste conceito estamos a referir-nos à forma como o indivíduo se relaciona consigo mesmo. Muitas pessoas referem que tiveram de aprender a "estar conscientes", "reconhecer" e "aceitar", no sentido de fortalecer as suas capacidades de autocuidado, autoconsciência e autovalorização. Tiveram de aprender a gostar delas mesmas, a ser gentis consigo próprias e a valorizar as suas experiências emocionais. O suporte, validação e compreensão por parte de familiares, amigos, pessoas que lhes são queridas e profissionais de saúde, também foram elementos comummente partilhados como extremamente relevantes para o processo de recuperação, bem como a partilha de experiências semelhantes, a escuta de histórias de outros que estão a passar pelo mesmo. Aceder a estas narrativas permitiu que se sentissem ouvidas, compreendidas, acolhidas e menos sozinhas (Wetzler et al., 2020).

É nesta linha de pensamento, que têm vindo a ser criados perfis dedicados à recuperação, os "*Recovery*". Pessoas que já sofreram ou sofrem de perturbações alimentares criam perfis/páginas/blogues onde partilham abertamente as suas experiências, com o objetivo de sensibilizar e motivar outros ao tratamento. Os *posts* publicados, com relatos marcados por histórias de superação e desafios, permitem o desenvolvimento de comunidades virtuais de partilha e pertença (Maurício & Melo, 2022).

Deste modo, o presente estudo pretende analisar um conjunto de narrativas de recuperação de PCA partilhadas *online* para aprofundar o nosso conhecimento sobre o fenómeno, procurando identificar no testemunho dos próprios, e de pessoas significativas, dados que nos permitam repensar e agir mais eficazmente no longo percurso que decorre desde o diagnóstico até à recuperação.

Francisca Pimentel | kikapiment@gmail.com

Método

O *design* desta investigação consiste num estudo de caso descritivo sobre narrativas de recuperação de uma perturbação alimentar. O principal objetivo deste estudo é analisar que temas centrais e transversais (por exemplo, papel da família, redes de suporte presencial e virtual, estratégias de *coping,* informação, impacto social e cultural) surgem nas narrativas de quem partilha a sua história de recuperação *online.* Este estudo teve o parecer favorável da Comissão de Ética do Departamento de Investigação & Desenvolvimento (CE-DI&D) do Instituto Superior Miguel Torga (CE-P39-25).

A questão de investigação central deste estudo é: "Como é que as pessoas, e seus familiares, que viveram, ou estão a viver, uma perturbação alimentar partilham a sua história de recuperação *online*?"

As sub-questões seguintes irão ajudar nesta exploração:

Q.1. Quais as características sociodemográficas das pessoas que falam sobre esta temática *online* (idade, sexo e relação com A.N.)?

Q.2. De que forma é que as pessoas falam sobre esta temática?

Q.3. Qual a tonalidade afetiva presente (emoções)?

Q.4. Quais são os principais temas abordados: as narrativas centram-se nas causas, sintomas e estratégias de *coping* e/ou no papel do contexto na recuperação da A.N. (dimensão relacional e dimensão sociocultural)?

Q.5. Quais as especificidades das narrativas das pessoas significativas?

Participantes

Depois de uma ampla exploração de páginas nas redes sociais, notícias e fóruns, o blogue "*The Recovery Club*" foi escolhido como fonte de informação por reunir um conjunto de narrativas detalhadas e diferenciadas, tanto nas temáticas abordadas, como nos autores. Este espaço de apoio entre pares, foi criado por uma jovem escritora de 25 anos, residente em Londres, e que se encontra a recuperar de uma perturbação alimentar. Foi concebido numa altura em que o mundo enfrentava uma crise pandémica grave, a COVID-19, onde a conexão física não era possível e muitos tratamentos estavam em pausa. O "*The Recovery Club*" permitiu que pessoas da comunidade de recuperação pudessem partilham as suas experiências, acolhendo, motivando e informando outros.

Francisca Pimentel | kikapiment@gmail.com

A amostra final do presente estudo é constituída por um total de 37 narrativas, das quais 21 são relatadas por mulheres, maioritariamente jovens adultas, na faixa etária dos 18 aos 29 anos, 4 por homens, com predomínio da mesma faixa etária, e 4 sem autoria identificada.

Procedimentos

No que se refere ao método de recolha de dados, esta investigação insere-se na categoria de investigação baseada na *internet*. Mais especificamente, a investigação empírica que será realizada neste estudo baseia-se na "utilização de informação já disponível na *internet* (sem interação com seres humanos)" (Harriman & Patel, 2014, p. 1). No contexto deste tipo de investigação, e no nosso caso específico em que recolhemos testemunhos publicados numa plataforma *online*, é muitas vezes difícil garantir o consentimento informado de todos os autores. Tratando-se de uma área metodológica recente, existem ainda lacunas quanto à definição de orientações claras, e a decisão é muitas vezes deixada ao critério do investigador e da instituição de acolhimento. Embora tendo como referência as *guidelines* de Harriman e Patel (2014, p. 2) que referem que "se a informação for colocada na *internet* e em domínio público, pode ser considerada disponível para utilização para qualquer fim", optámos por entrar em contacto com a autora do blogue, para apresentar o estudo, pedir a autorização da autora para a realização do mesmo (Apêndice 1) e salientar que os testemunhos serão analisados como um todo e os exemplos apresentados serão traduzidos para português e ligeiramente editados, impossibilitando a sua identificação direta. A autorização foi prontamente concedida pela autora (Apêndice 2).

Deste modo, todas as narrativas estão disponíveis publicamente, em formato *online,* no blogue "*The Recovery Club*". Embora não tenha havido um contacto direto com os participantes, a investigação foi conduzida em conformidade com o Código de Ética da *American Psychological Association* (American Psychological Association [APA], 2017), a Declaração de Helsínquia (World Medical Association [WMA], 2013) e o Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP], 2024), garantindo a devida responsabilidade no tratamento da informação.

No que se refere à análise de dados, neste estudo foi utilizado um método qualitativo de análise – análise temática, abordagem metodológica que permitirá obter uma compreensão aprofundada dos mecanismos subjacentes ao processo de recuperação a partir do ponto de vista, ou da voz, de quem viveu a experiência ou de familiares próximos (Braun & Clarke, 2012). Este tipo de análise "preocupa-se com a qualidade ou natureza das experiências humanas e com

Francisca Pimentel | kikapiment@gmail.com

o significado que estes fenómenos têm para os indivíduos", implicando questões do tipo "o quê", "como" e "porquê", em vez de "quanto" ou "quantos" (Draper, 2004, p. 642). A análise temática é um método de investigação qualitativo marcado pela enorme flexibilidade que oferece, pelo acesso a descrições ricas, detalhadas e profundas dos dados. Permite identificar, explorar e comunicar padrões presentes nos dados em análise. Pode ser essencialista ou realista, proporcionando a liberdade, aos participantes, de relatarem experiências e os significados que lhes atribuem (Braun & Clarke, 2006).

O método de análise temática de Braun e Clarke (2006) contempla o seguinte processo: 1) familiarização com os dados disponíveis, pelo processo de recolha manual dos mesmos; 2) gerar categorias de codificação, pela avaliação de características relevantes dos dados de forma sistemática; 3) gerar temas, organizando os códigos utilizados em potenciais temas, reunindo todos os dados relevantes para cada um deles; 4) revisão dos temas, avaliando a correspondência entre os temas e os extratos codificados, bem como todo o conjunto de dados; 5) definir temas finais, nomeando o tema e, assim, percebendo o que transmite ou não; 6) localizar exemplares, selecionando exemplos convincentes que forneçam evidências do tema em relação às questões de investigação (Scharp & Sanders, 2018).

A partir de uma extensa revisão da literatura e da leitura atenta das narrativas recolhidas de acordo com estes princípios da análise temática de Braun e Clarke (2006), foi desenvolvida uma categorização sistemática que combinou uma análise teórica ("*top-down*") orientada pela literatura e uma análise indutiva ("*bottom-up*") orientada pelos dados. O desenvolvimento da grelha de codificação que foi utilizada neste estudo começou com a adoção de um mapa teórico de conceitos selecionados da literatura revista que eram relevantes tendo em conta os dados, resultando na definição das seguintes categorias: causas da A.N., estratégias de manutenção da A.N., sintomas/efeitos da A.N. e estratégias de *coping* para lidar com a A.N. . Seguidamente, foi conduzida uma análise indutiva, resultando em categorias que foram identificadas nos dados e no formato *online* de partilha dos mesmos: perfil dos autores (idade, sexo, relação com a anorexia), razão para partilhar, linguagem utilizada, emoções presentes, sentimento geral, dimensão relacional/rede e dimensão sociocultural. A grelha de codificação utilizada para conduzir a análise temática neste estudo pode ser observada no Apêndice 3.

Cada narrativa foi analisada de forma rigorosa, considerando os significados explícitos nos dados e não fazendo interpretações para além do que foi escrito pelos autores. Será importante destacar que algumas categorias são de resposta única, podendo ser apenas atribuído um código (por exemplo, idade ou sexo), enquanto outras apresentam a possibilidade de

Francisca Pimentel | kikapiment@gmail.com

codificação múltipla (por exemplo, linguagem ou emoções). Para além disso, em algumas categorias é codificada a valência positiva ou negativa, que se reporta ao teor ou impacto positivo ou negativo da categoria (por exemplo, se os amigos são fonte de apoio, esta categoria será codificada como positiva). O processo de codificação foi realizado por dois codificadores independentes e os desacordos foram resolvidos por discussão e negociação.

Resultados e Discussão

As 37 narrativas retiradas do blogue *"The Recovery Club"*, criado com o intuito de ser um espaço de partilha de experiências pessoais relacionadas com perturbações alimentares, foram escritas por autores com características diferenciadas que se encontram em processo de recuperação da A.N. A grelha de análise temática destas narrativas, pessoais ou de um familiar próximo, incluiu o conjunto diferenciado de categorias acima descrito, sendo que cada uma destas categorias será agora descrita e ilustrada com citações exemplificativas, bem como analisada e discutida à luz da literatura.

Perfil dos Autores: Idade, Sexo e Relação com a A.N.

No que se refere à contextualização do perfil dos autores, nomeadamente a faixa etária em que se encontram, como é possível observar na Tabela 1 os autores foram identificados em quatro grupos: *Gen Z* (11-29 anos); *Millennials* (30-44 anos); *Gen X* (45-59 anos); *Boomers* (60+ anos). O grupo etário com maior representatividade foi a Geração Z (11-29 anos; N = 20). Este resultado está de acordo com a literatura existente, tanto no que se refere ao diagnóstico de A.N. quanto ao perfil de utilizadores das redes sociais. O DSM-5 destaca que os sintomas característicos da A.N. e B.N. têm, normalmente, início durante a adolescência ou idade adulta jovem (APA, 2013), pelo que faz sentido que os testemunhos que relatam o processo de recuperação se situem próximo dessa faixa etária. Paralelamente, estamos a falar de uma geração que nasceu e cresceu "nas" redes sociais. Se, por um lado, o impacto mais visível das tecnologias na A.N. se tem centrado nas desvantagens/riscos por reforçarem os padrões estéticos e estereotipados que se proliferam nestas plataformas. Por outro, estes testemunhos realçam a importância destes espaços virtuais de partilha, acolhimento e pertença, bem como de esperança. Esta perceção motiva a sua disponibilidade para falarem abertamente sobre as suas experiências/vivências da doença e do processo de recuperação.

Francisca Pimentel | kikapiment@gmail.com

Tabela 1

Caracterização do perfil do autor (idade)

Código	N	%
B: Boomers (60+)	1	2,70
G: Gen X (45-59)	2	5,41
M: Millennials (30-44)	10	27,03
Z: Gen Z (11-29)	**20**	**54,05**
Em Branco	4	10,81

Nota. N = número de participantes*; %* = percentagem na amostra total (N = 37)

Quanto à categoria sexo, embora seja evidente a distribuição desigual entre o número de mulheres e homens (21 mulheres e 4 homens), os contributos presentes permitem evidenciar diferenças na forma de narrar a experiência vivida. Das 37 narrativas analisadas, foi possível identificar que 29 foram escritas por mulheres, 4 por homens e 4 não apresentavam identificação explícita de autoria. Importa referir que algumas mulheres contribuíram com mais do que uma narrativa, o que reduziu o número total de autoras únicas para 21 (Tabela 2).

Tabela 2

Caracterização do perfil do autor (sexo)

Código	N	%
M: Mulher	**21**	**56,76**
H: Homem	4	10,81
O: Outro/Não Especificado	4	10,81

Nota. N = número de participantes*; %* = percentagem na amostra total (N = 37)

A presença de narrativas masculinas, embora em menor número, permitiu dar voz e alertar para o que é sentido como um pacto de silêncio ou negação em torno da A.N. nos homens, à semelhança do que acontece, por exemplo, com a expressão de emoções - "*Mais de ¼ de todos as perturbações alimentares são agora em homens a nível mundial, e, no entanto, continua a ser um mundo dominado por mulheres quando se trata de falar sobre o assunto"* (Participante 36). Os participantes referem que este silêncio teve um impacto muito grande na sua experiência, inicialmente dificultando e adiando o reconhecimento da doença/diagnóstico:

Francisca Pimentel | kikapiment@gmail.com

> *"Quando pesquisei no Instagram, YouTube e outras plataformas, notei um padrão recorrente. Embora houvesse muitas mulheres a falar sobre as suas experiências/vivências de perturbações alimentares, havia muito poucos homens – ou nenhuns."*- (Participante 1)

> *"Os homens não sofrem com essas questões, como mostravam os resultados da minha pesquisa. A minha obsessão com calorias devia ser outra coisa. A minha ansiedade em relação à comida era apenas "normal". O meu ciclo diário de restrição, purga e compulsão alimentar era apenas a minha vida, não o resultado de uma doença para a qual precisava de ajuda."* - (Participante 1)

Consequentemente, o atraso no diagnóstico compromete a procura atempada de ajuda profissional:

> *"[…] existe um estereótipo de que aqueles que sofrem de perturbações alimentares são: 1) Mulheres e 2) Extremamente magras. Juntando esse estereótipo ao facto de eu não ter visto homens a falar sobre esses problemas, acreditei, tristemente, que não estava a sofrer com as questões com que na realidade estava. Isso aconteceu, principalmente, porque acreditei num estereótipo no qual não me encaixava. Não procurei ajuda tão cedo quanto deveria e, como resultado, sofri desnecessariamente."* - (Participante 1)

> *"Muitos de vocês que estão em recuperação sabem como é solitário estar preso a uma perturbação alimentar. A maneira de ultrapassar isso é encontrar pessoas com quem te possas identificar em situações semelhantes. No entanto, deparei-me com um obstáculo: por mais que procurasse, não conseguia encontrar homens a falar abertamente sobre isso."*- (Participante 36)

Estes resultados reforçam o que a literatura tem vindo a salientar, que embora o número de investigações e estudos publicados sobre as PCAs em homens esteja a aumentar nos últimos anos, este continua a ser consideravelmente baixo, especialmente quando comparado à proporção estimada de homens que sofrem desta perturbação (Keel et al., 1998; Mancini et al.,

Francisca Pimentel | kikapiment@gmail.com

2018). Brown e Keel (2023) realçam a necessidade de adaptar os tratamentos existentes às diretrizes específicas para homens, uma vez que, embora os resultados do tratamento para uma perturbação alimentar sejam comparáveis entre sexos, a recuperação continua a escapar a muitos indivíduos do sexo masculino. As diferenças entre sexos não são tidas em conta nos critérios e instrumentos de diagnóstico habitualmente utilizados, o que dificulta um diagnóstico precoce nestes homens (Halbeisen et al., 2024).

Ainda no perfil do autor, para além dos dados sociodemográficos, considerámos ainda a relação do autor com a A.N. (Tabela 3). A nossa amostra inclui, maioritariamente, relatos feitos na primeira pessoa, por quem vivenciou diretamente a doença (N = 31), algumas partilhas de pessoas significativas (um pai, uma mãe e uma filha) (N = 3) e quatro narrativas em que o autor não é identificável.

Tabela 3

Caracterização do perfil do autor (relação com a anorexia)

Código	**N**	**%**
A: Anorético/a (recuperado ou em recuperação)	**31**	**83,78**
F: Familiar (pai; mãe)	3	8,11
Em Branco	4	10,81

Nota. N = número de participantes*; %* = percentagem na amostra total (N = 37); Categoria com possibilidade de codificação múltipla

Embora partilhem o mesmo contexto clínico, cuidadores e pacientes vivenciam realidades substancialmente diferentes, tanto ao nível da vivência sintomática como nas estratégias utilizadas para manter ou lidar com a doença. Nos indivíduos com diagnóstico de A.N., a sintomatologia centra-se principalmente na dimensão intrapsíquica, associada a um humor depressivo e ansioso, irritabilidade e baixa autoestima. São adotadas estratégias para evitar a recuperação do peso normal, associadas a um medo exagerado de engordar (Schmidt & Mata, 2008). Em contrapartida, os cuidadores não experienciam estes sintomas de forma direta, estando assim associados a um sofrimento predominantemente relacional e emocional, que inclui sentimentos como o medo, ansiedade, vergonha e culpa, bem como a perceção de solidão e isolamento social (Marchetti & Sawrikar, 2024).

Ambos os tipos de narrativas (do próprio ou cuidadores) reúnem dados sobre todas as categorias analisadas, pelo que serão analisados como uma amostra única, com exceção de duas categorias exclusivas dos cuidadores, que serão apresentadas adiante - impacto da A.N. no cuidador e estratégias de *coping* dos cuidadores.

Forma da(s) Narrativa(s): Formato, Razão para Publicar e Linguagem

A forma como cada história é contada diz tanto quanto o seu conteúdo. As narrativas analisadas apresentam diferentes formas de estruturação (Tabela 4), sendo possível identificar cinco formatos distintos de partilha: Carta; Guia; Mantras; Poema e Testemunho. Esta diversidade de formatos evidencia a forma criativa como se pode fazer chegar ou partilhar uma mensagem que é tão importante quanto difícil de transmitir. Deste modo, cada autor escolhe o formato que lhe é mais familiar e que pode facilitar uma tarefa tão exigente. O formato mais recorrente entre as narrativas analisadas foi o testemunho autobiográfico (N = 27) em que o autor relata, em primeira mão, a sua história em relação à doença e à recuperação. Este formato mais direto permite uma reconstrução detalhada e cronológica, permitindo informar, acolher ou inspirar outras pessoas em situações semelhantes.

> *"Conheci a Anorexia quando tinha cerca de 13 anos e ela tornou-se tudo para mim. A anorexia confortava-me à noite, quando estava triste e sozinha, fazia-me continuar todos os dias e dava-me um verdadeiro propósito para viver. Eu adorava o que ela me dava e ansiava por lhe agradar cada vez mais a cada dia. Era como ter uma melhor amiga comigo o tempo todo."*- (Participante 4)

No entanto, também foram identificadas outras formas de partilha como as cartas (dirigidas a si mesmas) (N = 1), os guias (N = 6) com conselhos práticos, os poemas (N = 3) e os mantras (N = 1).

> *"Se a perspetiva do Dia de Natal te deixa assustado/a, aqui estão algumas dicas para tornar este momento um pouco mais fácil de gerir:*
>
> - *Planeia com antecedência […];*
> - *Não compenses […];*
> - *Estabelece limites […];*
> - *Olhos no teu próprio prato […];*
> - *Pratica o autocuidado […];*
> - *Sê gentil […]."* - (**Guia** - Participante 27)

Francisca Pimentel | kikapiment@gmail.com

"Os meus jeans estão a ficar mais apertados

Mas os meus olhos estão a brilhar mais

Os meus pensamentos estão a ficar mais leves

Sempre soube que era uma lutadora

- *Lutadora"*- (**Poema** - Participante 37)

Tabela 4

Caracterização do formato das partilhas

Código	**N**	**%**
C: Carta	1	2,70
G: Guia	6	16,22
M: Mantras	1	2,70
P: Poema	3	8,11
T: Testemunho	**27**	**72,97**

Nota. N = número de participantes*; %* = percentagem na amostra total (N = 37); Categoria com possibilidade de codificação múltipla

Para além da forma como cada narrativa foi partilhada, também foi analisada a intenção comunicativa dos(as) autores(as), ou seja, a razão que os motivou a interagir através da partilha. A Tabela 5 agrupa as quatro questões principais: Dar conselho/opinião; Ensinar/aprendizagem; Partilhar experiência; Colocar questões/dúvidas.

Tabela 5

Caracterização da razão para interagir

Código	**N**	**%**
D: Dar conselho/opinião	20	54,05
E: Ensinar/aprendizagem	23	62,16
P: Partilhar experiência	**31**	**83,78**
Q: Colocar questões/dúvidas	3	8,11

Nota. N = número de participantes*; %* = percentagem na amostra total (N = 37); Categoria com possibilidade de codificação múltipla

Ao partilhar a sua própria experiência o autor oferece a possibilidade de identificação/pertença e de suporte a quem lê, o que pode ser um passo fundamental para o reconhecimento do próprio sofrimento. Esta parece ser a motivação com maior representatividade (N = 31).

Francisca Pimentel | kikapiment@gmail.com

> *"Em 2008, quando eu tinha 14 anos, foi-me diagnosticada anorexia. […] Por alguma razão, inconscientemente e muito silenciosamente, comecei a dizer a mim mesma que a comida já não era minha amiga."* - (Participante 7)

Quando pretendem dar um conselho ou opinião (N = 20), o discurso assume um tom orientador, onde a intenção é claramente ajudar, com base na experiência pessoal. O autor apresenta conselhos/sugestões, alerta para determinados comportamentos de risco, ou expressa uma opinião sobre um determinado assunto em relação à A.N..

> *"Também proponho que apliquemos um escrutínio sério aos ideais de saúde aos quais aspiramos. O zelo obsessivo com que tantos monitorizam, quantificam e regulam a sua ingestão de alimentos parece estar muito longe de ser saudável, no verdadeiro sentido da palavra."*- (Participante 11)

Quando pretendem transmitir um ensinamento ou aprendizagem (N = 23) a escrita adota um tom mais informativo, o autor procura partilhar informações e refletir sobre as mesmas com base em conteúdos externos, como artigos científicos ou notícias que leu.

> *"Um novo estudo revela hoje que os estudantes de medicina recebem menos de duas horas de formação sobre perturbações alimentares durante os quatro a seis anos de estudo universitário […] Ao fazer um levantamento de todas as faculdades de medicina do país, o estudo conclui que o tempo médio de ensino e avaliação sobre perturbações alimentares nos cursos de licenciatura é de apenas 1,8 horas, e uma em cada cinco escolas de medicina não oferece nenhum tipo de formação sobre perturbações alimentares. BEAT, 2018"*- (Participante 19)

Por fim, e embora em menor número (N = 3), algumas narrativas partilham dúvidas/incertezas ou apelam a que as pessoas as possam partilhar. Em ambientes digitais, onde o diálogo e a interação são viáveis de forma rápida e sem limitações, a qualquer hora e a partir de qualquer lugar no mundo, as redes sociais surgem como uma ferramenta para levantar questões e esclarecer dúvidas. Como referido por Maurício e Melo (2022), criam-se comunidades virtuais de partilha e pertença.

Francisca Pimentel | kikapiment@gmail.com

"Se não se sentir confortável a falar com amigos e família, existem muitas linhas de apoio e grupos de apoio online que pode contactar, incluindo alguns grupos e recursos novos criados especificamente para apoiar as pessoas durante o COVID. Visite a nossa página de apoio para saber mais sobre esses recursos."- (Participante 3)

"Utiliza as redes sociais, se puderes: a Internet pode ser uma ótima forma de encontrar aceitação social para pessoas inibidas como eu."- (Participante 23)

Foi ainda possível perceber diferentes registos linguísticos e tonalidades no discurso (Tabela 6). A intenção e o posicionamento afetivo do autor estão representadas na forma como este se expressa, como verbaliza a mensagem que quer transmitir. Foram identificados sete tipos de linguagem: Agressiva; Crítica; Cómica/divertida; Irónica/sarcástica; Séria/racional; Técnica (Médica, Psicológica) e Emotiva. Estes diferentes registos linguísticos aparecem, em muitos autores, combinados numa mesma narrativa, revelando a complexidade emocional e discursiva do processo de recuperação.

Tabela 6

Caracterização da linguagem

Código	**N**	**%**
A: Agressiva	0	0
C: Crítica	20	54,05
D: Cómica/divertida	0	0
I: Ironia/sarcasmo	4	10,81
S: Séria/racional	**37**	**100**
T: Técnica (Médica, Psicológica)	9	24,32
E: Emotiva	18	48,65

Nota. N = número de participantes*; %* = percentagem na amostra total (N = 37); Categoria com possibilidade de codificação múltipla

Todas as narrativas (N = 37) apresentaram uma linguagem **Séria e Racional**, onde de forma lógica, coerente e sensata os autores desenvolveram sobre as suas memórias em relação à doença, as suas experiências e os desafios que encontraram ao longo desta jornada.

> *"Ter anorexia foi a pior altura da minha vida. Adorava-a e odiava-a, diariamente, em igual medida, até que acabei por odiá-la o tempo todo. Afastou-me do trauma que estava a viver na minha cabeça. Foi uma altura muito complexa, pela qual nunca desejaria que alguém tivesse de passar."*- (Participante 18)

A linguagem **Crítica** também é recorrente (N = 20), a escrita assume uma postura mais reflexiva, no sentido de contestar ou questionar normas sociais, ideais de corpo que se têm vindo a propagar nas plataformas digitais, a falta de interesse, informação e formação por parte dos profissionais de saúde ou atitudes de familiares, amigos ou parceiros.

> *"Fui ao meu médico de família, que rapidamente me pediu para subir na balança, disse-me que "não estava com baixo peso" e mandou-me embora, ansioso para passar para o seu próximo paciente no seu horário de seis minutos."*- (Participante 12)

> *"Sabemos que se as perturbações alimentares forem tratadas mais cedo, há mais hipóteses de recuperação a longo prazo. Então, porque é que sentimos a necessidade de esperar?"*- (Participante 4)

A linguagem **Emotiva** destaca-se pela sua carga afetiva intensa, revelando o sofrimento, os desabafos, as fragilidades e a esperança de quem escreve (N = 18). A carga emocional nos discursos, pode ser utilizada como um recurso para expressar as perdas significativas associadas a uma perturbação alimentar. No contexto da A.N., é comum que a preocupação se centre nas perdas físicas mais visíveis, como a redução significativa do peso corporal ou a ausência de energia. No entanto, é fundamental reconhecer também a grande relevância das perdas emocionais e sociais. Conforme referido por Jenkins e Ogden (2012), estas perdas podem traduzir-se na vida académica, na deterioração de laços afetivos significativos ou no abandono de sonhos/projetos de vida, como casar e ter filhos.

> *"A minha perturbação alimentar fez-me abandonar a universidade, impossibilitou-me de trabalhar e fez-me isolar-me completamente; os números na balança diminuíam, juntamente com o meu entusiasmo pela vida."*- (Participante 13)

Francisca Pimentel | kikapiment@gmail.com

> *"Eu sei como é odiar-nos tanto ao ponto de desejar simplesmente desaparecer. Eu costumava acordar todas as manhãs, ficar nua em frente ao espelho e chorar de nojo enquanto beliscava e puxava cada pedacinho de pele que encontrava, desejando que a "gordura" desaparecesse."* - (Participante 33)

Quanto à linguagem **Técnica** (N = 9), esta utiliza termos específicos de áreas científicas como a Medicina ou a Psicologia, demonstrando a familiaridade com o discurso clínico. Esta linguagem pode resultar, por exemplo, da procura de informação especializada, da troca de experiências ou de longos períodos de internamento hospitalar e tratamentos.

> *"O termo "subclínico" é frequentemente associado a sentimentos menos importantes e como necessitando de menos tratamento. As perturbações alimentares subclínicas tendem a incluir bulimia ou perturbação de compulsão alimentar "subclínicas", "subliminares" ou "de baixo limiar", e anorexia "atípica"."*- (Participante 5)

A linguagem utilizada para falar sobre a A.N. num blogue revelou especificidades face a estudos que têm utilizado o mesmo método para estudar comentários *online* sobre outras temáticas (Ferraz, 2025; Lobato, 2025). Os participantes deste estudo nunca recorreram a uma linguagem agressiva para demonstrar o seu descontentamento, nem a uma linguagem mais divertida/cómica para falar de assuntos mais difíceis. No nosso entender, este resultado estará mais relacionado com o formato de testemunho *online*, do que com a temática em si. É assim interessante verificar que, tal como na conversação presencial, também *online* são adotadas diferentes linguagens consoante o objetivo e os interlocutores da mensagem que pretendemos transmitir.

Emoções da(s) Narrativa(s)

Existe uma grande variedade de emoções associadas à vivência da A.N. (Tabela 7). Nas narrativas analisadas foi possível perceber um conjunto de emoções intensas e ambivalentes, o que demonstra bem o carácter não linear desta experiência. Foram identificadas nove emoções predominantes: Alegria; Esperança; Satisfação; Choque/Surpresa/Confusão; Desespero; Frustração/Desilusão; Medo/Ansiedade; Raiva e Tristeza.

Francisca Pimentel | kikapiment@gmail.com

Tabela 7

Caracterização das emoções

Código	N	%
A: Alegria	2	5,41
E: Esperança	**35**	**94,59**
S: Satisfação (cumprimento de objetivos)	16	43,24
C: Choque/Surpresa/Confusão	28	75,68
D: Desespero	19	51,35
F: Frustração/Desilusão	**35**	**94,59**
M: Medo/Ansiedade	27	72,97
R: Raiva	12	32,43
T: Tristeza	19	51,35

Nota. N = número de participantes*; %* = percentagem na amostra total (N = 37); Categoria com possibilidade de codificação múltipla

Entre as várias emoções identificadas, a **esperança** (N = 35) e a **frustração/desilusão** (N = 35) destacam-se pela frequência e pela carga simbólica que carregam. Mesmo nas narrativas marcadas pelo sofrimento intenso, a **esperança** é uma emoção presente e transversal. Em alguns relatos surge associada à possibilidade de recuperar o controlo sobre o corpo, a autonomia e uma identidade para além da A.N.. Stockford et al. (2019), destacam precisamente este desejo de voltar a assumir o controlo pela própria vida como o "ponto de viragem" e um dos passos mais importantes no caminho da recuperação.

> *"O ponto de viragem para mim foi perceber, pela primeira vez, que não tinha de acreditar e agir com base nos pensamentos da minha mente. Finalmente, consegui ver que as histórias e regras que eu tinha criado inconscientemente e segundo as quais tinha vivido a minha vida durante tantos anos não eram reais."* - (Participante 7)

Como contraponto surgem a **frustração e a desilusão**. As narrativas que ficam marcadas por estas emoções revelam um sentimento de incompreensão em relação à A.N., não só por parte de quem está de fora, dos cuidadores ou profissionais de saúde, mas também por quem a vive na primeira pessoa - *"As perturbações alimentares são muito difíceis de compreender de fora (a maior parte do tempo, são igualmente confusas e envoltas em mitos a partir de dentro)"* (Participante 2). Neste sentido, muitas vezes nem os próprios, ao olhar para trás, se reconhecem naquele período. Revelam que é como se tivessem perdido parte da sua identidade, que foi dominada por pensamentos e comportamentos estranhos. Jenkins e Ogden (2012) destacam esta divisão que ocorre na personalidade, entre um lado racional e um lado irracional, habitado por duas pessoas completamente diferentes, e onde o lado irracional parece estar no comando.

Francisca Pimentel | kikapiment@gmail.com

"Mesmo agora, ao olhar para trás para os momentos mais sombrios da minha doença, acho muito difícil entrar na minha mente naquela altura e entender os impulsos que me levaram a tais profundezas. Uma perturbação alimentar não segue qualquer lógica fora das suas próprias regras e compulsões, e é movida por forças poderosas e profundamente enraizadas." - (Participante 2)

Causas, Sintomas, Estratégias de Manutenção e de *Coping* para lidar com a A.N.

No que se refere aos temas abordados pelos autores, destacamos separadamente os temas mais referidos e estudados na literatura sobre a A.N. - causas, sintomas, estratégias de manutenção e de *coping* e os temas indutivamente criados a partir dos dados do nosso estudo - o papel do contexto na recuperação da A.N.., nomeadamente das dimensões relacional e sociocultural.

Quando falam sobre o processo de recuperação, mais de metade dos autores não se reporta ao surgimento da A.N. (Tabela 8), não referindo causas específicas que podem explicar a sua origem ou desencadeamento (N = 21). Estas causas foram agrupadas em oito códigos distintos, que se podem frequentemente combinar dentro de uma mesma narrativa: Alterações Hormonais; Fatores de Desenvolvimento; Eventos Stressantes/Traumáticos; Expectativas Familiares; Perturbações Psicológicas Concomitantes; Dimensão Interpessoal (isolamento, não pertença, solidão); Crenças/Estereótipos (pessoais; familiares; sociais); e Predisposição Genética. No entanto, algumas das narrativas (N = 21) não apresentam uma explicação clara sobre o surgimento da perturbação. Neste sentido, foi criado um código adicional "Em Branco" que agrupa as narrativas onde não foi possível identificar a origem ou fatores causais associados à anorexia.

Francisca Pimentel | kikapiment@gmail.com

Tabela 8

Caracterização das causas da anorexia

Código	N	%
A: Alterações Hormonais	1	2,70
D: Fatores de Desenvolvimento	0	0
E: Eventos Stressantes/Traumáticos	7	18,92
F: Expectativas Familiares	2	5,41
P: Perturbações Psicológicas Concomitantes	2	5,41
I: Dimensão Interpessoal (isolamento, não pertença, solidão)	4	10,81
C: Crenças/Estereótipos (pessoais; familiares; sociais)	**8**	**21,62**
G: Predisposição Genética	1	2,70
Em Branco	**21**	**56,76**

Nota. N = número de participantes*; %* = percentagem na amostra total (N = 37); Categoria com possibilidade de codificação múltipla

As principais causas mencionadas, foram: Eventos stressantes/traumáticos (N = 7); e as Crenças/estereótipos pessoais, familiares e sociais (N = 8). Alguns autores revelam episódios de perda, separação familiar, situações de abuso ou relações afetivas tóxicas como momentos marcantes e profundamente traumáticos, vividos com grande intensidade emocional, contribuindo para o desenvolvimento ou desencadeamento de comportamentos alimentares disfuncionais.

> *"Sem que soubesse na altura, a relação tóxica que mantinha foi o gatilho para os meus hábitos alimentares perturbados. Quando a relação terminou, criei a crença condicional de que, se eu parecesse perfeito e tudo na minha vida fosse perfeito, então não só seria digno de amor, mas também de me amar."* – (Participante 15)

> *"A minha desenvolveu-se como um mecanismo de sobrevivência após um acontecimento muito traumático na nossa família. A minha mãe descobriu que o nosso pai era um péssimo pai e marido."* - (Participante 18)

Outros autores sublinham a influência dos ideais de magreza, dos padrões de beleza inatingíveis ou da disseminação de discursos sobre alimentação "saudável" na sociedade contemporânea. A A.N. é, aqui, entendida como uma consequência de crenças/estereótipos pessoais, familiares e sociais, continuamente reforçados pela sociedade e pela cultura, pelos

Francisca Pimentel | kikapiment@gmail.com

meios de comunicação social ou até mesmo pelas exigências ou visões sobre o corpo profundamente enraizadas dentro do próprio sistema familiar.

> *"Muitos de nós aprendemos desde cedo, seja de forma implícita ou explícita, que os nossos corpos são maus, que a restrição e a perda de peso devem ser sempre elogiadas, e que devemos encolher e ser "mais pequenos".''* - (Participante 5)

> *"Porquê? Porque eu pensava que era o melhor. Porque, quando nasci neste mundo, ainda pequena, fui bombardeada com mensagens online, em enormes cartazes e nos media, de que o objetivo era ser magra. E isso foi confirmado vezes sem conta por amigos, família e outras mulheres na minha vida."* - (Participante 22)

As estratégias utilizadas para manter ou reforçar a A.N. também são referidas (Tabela 9) e foram agrupadas em seis códigos principais: Comportamentos Compulsivos/Purgativos; Restrições alimentares/Evitar comida; Obsessão/Contar calorias; Exercício físico excessivo; Consumo substâncias; e *App* de monitorização.

As restrições alimentares ou o evitar da comida, por exemplo, através do fingimento de alergias foi a estratégia mais referida (N = 25). Seguida das obsessões e verificação do valor calórico dos alimentos (N = 17) e do exercício físico em excesso (N = 16).

Tabela 9

Caracterização das estratégias de manutenção da anorexia

Código	**N**	**%**
C: Comportamentos Compulsivos/ Purgativos	13	35,14
R: Restrições alimentares/Evitar comida	**25**	**67,57**
O: Obsessão/Contar calorias	17	45,95
E: Exercício físico excessivo	16	43,24
S: Consumo substâncias	3	8,11
A: App de monitorização	2	5,41
Em Branco	7	18,92

Nota. N = número de participantes*; %* = percentagem na amostra total (N = 37); Categoria com possibilidade de codificação múltipla

Este resultado é concordante com a literatura que salienta que face a um medo exagerado de engordar, são adotadas, frequentemente, estratégias para evitar a recuperação do peso, que

podem passar por dietas muito restritivas, jejuns voluntários, exercício físico em excesso, seleção de alimentos com poucas calorias e estratégias purgativas, como o vómito ou uso excessivo de laxantes (WHO, 2024).

> *"Observava o que as modelos da Victoria Secret comiam e seguia o exemplo. Bebia a minha água quente com limão e comia alimentos sem me preocupar com o que estava a sentir. Tornei-me vegan durante um curto período de tempo, apenas para poder evitar o chocolate e o queijo. Menos. Menos. Menos. Esse era o meu objetivo."*- (Participante 22)

> *"Quando estava no auge da minha perturbação alimentar, um número podia fazer ou destruir o meu dia. Se fosse um número particularmente indesejado, a minha semana inteira seria prejudicada."* - (Participante 10)

> *"Estava completamente obcecada com o exercício e com todas as calorias que me entravam na boca, o que acabou por me deixar tão mal que até tinha medo de respirar."* - (Participante 18)

> *"Eu contava calorias 24h por dia, 7 dias por semana. Não conseguia comer a menos que fizesse exercício. Eu comia as mesmas coisas dia após dia, simplesmente porque sabia as calorias nelas contidas. Eu não conseguia comer nada que envolvesse açúcar, gordura ou "calorias desnecessárias". Eu passava fome depois de beber álcool."* - (Participante 36)

Os sintomas e efeitos associados à vivência de uma perturbação alimentar também são referidos (Tabela 10) e foram agrupados nos seguintes códigos: Ansiedade; Baixa Autoestima; Depressão; Desnutrição; Distorção da Imagem Corporal; Diminuição da Libido; Alterações no Ciclo Menstrual; Perda de Peso Excessiva /Magreza; Isolamento Social; Tentativas/Pensamentos Suicidas; Sofrimento (psicológico/físico); Automutilação; Intocável/Desresponsabilização por ser doente (protegidos dos desafios e de críticas, pressão); Problemas de Sono; e Episódios Psicóticos.

Francisca Pimentel | kikapiment@gmail.com

Tabela 10

Caracterização dos sintomas/efeitos da anorexia

Código	N	%
A: Ansiedade	13	35,14
B: Baixa Autoestima	6	16,22
D: Depressão	1	2,70
E: Desnutrição	7	18,92
I: Distorção da Imagem Corporal	19	51,35
L: Diminuição da Libido	2	5,41
M: Alterações no Ciclo Menstrual	4	10,81
P: Perda de Peso Excessiva /Magreza	11	29,73
S: Isolamento Social	15	40,54
T: Tentativas/Pensamentos Suicidas	5	13,51
F: Sofrimento (psicológico/físico)	**36**	**97,30**
U: Automutilação	4	10,81
C: Intocável/Desresponsabilização por ser doente	2	5,41
G: Problemas de Sono	1	2,70
H: Episódios Psicóticos	1	2,70

Nota. N = número de participantes*; %* = percentagem na amostra total (N = 37); Categoria com possibilidade de codificação múltipla

O **sofrimento**, físico e psicológico, relatado de uma forma não discriminada, é o principal sintoma vivido pelos participantes (N = 36), o que é congruente com a descrição das PCAs no DSM-5 como um conjunto de sintomas persistentes, nos quais predomina a relação anómala que o indivíduo mantém com a comida, prejudicando o seu bem-estar físico e psicossocial (APA, 2013). Quando discriminados, os sintomas que se destacam dizem respeito a dimensões psicológicas/relacionais - **distorção da imagem corporal** (N = 19), **isolamento social** (N = 15) e **ansiedade** (N = 13). Conjuntamente com os resultados que iremos apresentar sobre o sistema de saúde e sociedade, este resultado parece chamar a atenção para a importância de repensar a intervenção nesta área, priorizando a dimensão psicológica nos critérios e no tratamento.

> *"Como é que algo que me fez sentir tão bem pode ser tão mau para mim? Estava convencida de que toda a gente à minha volta estava apenas com ciúmes. Eu tinha encontrado uma cura mágica para a vida e todos queriam um pouco dela. Mesmo enquanto estava à porta do hospital, estava tão certa de que tinha razão e de que todos os outros estavam errados."* - (Participante 4)

Francisca Pimentel | kikapiment@gmail.com

"A anorexia privou-me da minha personalidade e deixou um buraco de dois anos no meu diário. Enquanto os meus amigos iam a festas em casa e aproveitavam os últimos anos da escola, eu estava a raspar meticulosamente a comida para a pia e a pesquisar qual o iogurte sem gordura que tinha realmente zero gordura." - (Participante 9)

"Percebi que tinha canalizado toda a minha ansiedade para odiar e punir o meu corpo e que era essa ansiedade que era o meu "primário". [...] Acordava de manhã e tinha um ataque de pânico antes mesmo de sair da cama." - (Participante 12)

O conjunto de mecanismos que vão sendo adotados ao longo do tempo para enfrentar ou evitar o sofrimento físico e emocional, as restrições alimentares e os desafios do quotidiano (Tabela 11) foram organizados em onze códigos que descrevem as estratégias de *coping*: Evitar a balança; Não contar calorias; Evitar comparações; Focar no prazer/necessidade da refeição; Estabelecer pequenas metas; Foco positivo no próprio/empoderamento; Planeamento alimentar; Exercício físico adequado; Grupo apoio; Centrar na medição/contagem; e Medicação.

Tabela 11

Caracterização das estratégias de coping para lidar com a anorexia

Código	**N**	**%**
B: Evitar a balança	3	8,11
C: Não contar calorias	4	10,81
E: Evitar comparações	6	16,22
F: Focar no prazer/necessidade da refeição	7	18,92
M: Estabelecer pequenas metas (para alterar comportamentos e pensamentos)	12	32,43
P: Foco positivo no próprio/empoderamento (praticar autocompaixão, perseverança, autocuidado; autoconfiança; separar a pessoa da doença)	**30**	**81,08**
R: Planeamento alimentar	7	18,92
I: Exercício físico adequado	5	13,51
G: Grupo apoio	6	16,22
A: Centrar na medição/contagem	1	2,70
D: Medicação	1	2,70
Em Branco	3	8,11

Nota. N = número de participantes*; %* = percentagem na amostra total (N = 37); Categoria com possibilidade de codificação múltipla

Francisca Pimentel | kikapiment@gmail.com

O momento em que o indivíduo passa a reconhecer a A.N. como um problema, e não como uma parte de si, é um dos passos mais importantes na recuperação (Stockford et al., 2019). Numa dimensão intrapsíquica, vive-se um período de perda, onde a pessoa está a deixar para trás uma parte de si. Assim, o percurso é feito no sentido do reencontro e da esperança, caminhando no sentido da mudança. Desenvolve-se a autoestima e a motivação, e estabelecem-se limites entre a doença e o "eu" (Karlsson et al., 2021). Patching e Lawler (2009), explicam que, ao longo do processo de recuperação, a identidade vai deixando de ser dominada pela perturbação alimentar, permitindo que o indivíduo recupere o controlo sobre a sua vida. Falamos de processos que implicam questões de autodiferenciação, autoconsciência e autorregulação (Weaver et al., 2005). Os resultados obtidos neste estudo estão em consonância com o que tem sido descrito na literatura, onde as principais estratégias de *coping* adquiridas para enfrentar a anorexia são o empoderamento, a prática da autocompaixão, a perseverança e o autocuidado, trabalhando no sentido de aumentar a autoconfiança e separando a pessoa da doença (N = 30).

> *"Como tudo na recuperação, o auto-cuidado dá trabalho. Se passou anos a dizer a si mesmo que não é bom o suficiente ou a castigar o seu corpo, vai levar algum tempo para se habituar a tratar-se com mais gentileza. Esta é uma parte muito importante da recuperação: mostrar a si mesmo, através de atos conscientes, que merece tempo, atenção, cuidado e amor."* - (Participante 6)

> *"As nossas emoções permitem-nos saber o que está a acontecer na vida. A capacidade de aceitar isso e de prestar atenção ao que está a acontecer a partir de um lugar de autocompaixão é um ingrediente vital para a recuperação."* - (Participante 15)

Dimensão Relacional e Dimensão Sociocultural na Recuperação da A.N.

A análise aprofundada das narrativas permitiu destacar e detalhar duas dimensões que parecem ter um papel central no percurso de recuperação da A.N., mas que estão subrepresentadas na literatura – a dimensão relacional e a dimensão sociocultural. Os resultados do nosso estudo apontam para a presença de uma característica comum nestas dimensões - a ambivalência. Tanto a rede de pessoas que rodeiam o/a anorético/a, como a rede contextual em que está inserido/a (sociedade, cultura), podem funcionar como uma presença sólida, compreensiva e empática, permitindo desenvolver um sentimento de pertença essencial

Francisca Pimentel | kikapiment@gmail.com

ao processo de recuperação, ou, por outro lado, podem gerar experiências negativas de incompreensão e julgamento que podem revelar-se um obstáculo significativo. Foram identificados oito elementos distintos relativos à rede relacional: Amigos; Família; Namorado/a - Parceiro/a; Relação entre pares; Profissionais de saúde / sistema de saúde - rede técnica de apoio; Colegas trabalho; Animais de estimação e Relações não especificadas.

A família destacou-se como o recurso relacional (Tabela 12) mais frequentemente referido (N = 25), seguido dos amigos (N = 21) e dos pares (N = 14). Este resultado está em concordância com a literatura, que descreve o suporte e compreensão por parte de familiares, amigos, pessoas que lhes são queridas e profissionais de saúde como um facilitador extremamente relevante ao processo de recuperação (Wetzler et al., 2020). Apesar de menos referida, a relação entre pares foi a que evidenciou uma maior positividade (N = 12), porque ao acederem a narrativas semelhantes, através da partilha de experiências e sentimentos comuns, cria-se um ambiente seguro e de valorização, onde as pessoas se sentem compreendidas e menos sozinhas (Bremer et al., 2023). Estes recursos relacionais foram considerados maioritariamente como positivos e essenciais, não só no reconhecimento de que se está doente, mas também no incentivo à procura de ajuda e no comprometimento com a recuperação e tratamentos.

> *"Para alguns, aceitar que têm uma perturbação alimentar que pode exigir ajuda profissional é um passo muito difícil, por isso família e amigos podem ser fundamentais para iniciar a conversa e, se necessário, orientá-los na direção certa."* - (Participante 16)

Destacamos ainda os resultados referentes ao contexto médico de diagnóstico e de intervenção, porque parecem sugerir a importância de introduzir mudanças neste contexto, sobretudo no processo de tomada de decisão no diagnóstico e no tratamento. Se por um lado, foi evidente o reconhecimento da dimensão humana, ou seja, do trabalho dos profissionais de saúde e da rede técnica de apoio no tratamento da A.N. (N = 13).

> *"Ao longo da minha recuperação, passei de terapeuta para conselheiro, de nutricionista para psicoterapeuta – cada um tentando o seu melhor para me desvincular da doença e devolver-me um peso saudável."* - (Participante 7)

Francisca Pimentel | kikapiment@gmail.com

Por outro, o relato de experiências muito negativas no *National Health Service* (N = 11) foi praticamente em igual número e qualitativamente mais expressivo. São descritas falhas na estrutura, falta de recursos adequados e dificuldades de acesso a um diagnóstico, ao tratamento e à continuidade de um apoio especializado. Um dos obstáculos mais referidos no processo de recuperação diz respeito à utilização rígida do IMC como critério para determinar a elegibilidade para o tratamento e de estratégias de quantificação e controlo, que alimentam o funcionamento problemático.

> *"O facto de os números estarem tão enraizados no tratamento das perturbações alimentares faz com que superá-los e medir a vida em termos mais enriquecedores seja particularmente desafiante. Na recuperação, os planos alimentares são frequentemente definidos de acordo com a ingestão calórica. São definidas metas de peso, elaborados gráficos e calculado o IMC."* - (Participante 10)

> *"O peso não é o único marcador de doença, e a dependência de indicadores como o IMC no tratamento pode reforçar uma fixação nos números e excluir muitas pessoas do acesso aos cuidados."* - (Participante 10)

> *"Após terminar o programa não te qualificarás para psicoterapia financiada pelo NHS por no mínimo seis meses, altura em que terás de voltar à lista de espera, o que pode levar até mais um ano. […] O estado do NHS é ridículo."* - (Participante 19)

Francisca Pimentel | kikapiment@gmail.com

Tabela 12

Caracterização da dimensão relacional/rede suporte

Código	**N**	**%**
A: Amigos (total)	21	56,76
A+: Amigos (positivo)	16	43,24
A-: Amigos (negativo)	12	32,43
F: Família (total)	**25**	**67,57**
F+: Família (positivo)	**20**	**54,05**
F-: Família (negativo)	13	35,14
N: Namorado/a - Parceiro/a (total)	5	13,51
N+: Namorado/a - Parceiro/a (positivo)	3	8,11
N-: Namorado/a - Parceiro/a (negativo)	3	8,11
P: Relação entre pares	14	37,84
P+: Relação entre pares (positivo)	12	32,43
P-: Relação entre pares (negativo)	3	8,11
S: Profissionais de saúde / sistema de saúde (rede técnica de apoio) (total)	18	48,65
S+: Profissionais de saúde / sistema de saúde (rede técnica de apoio) (positivo)	13	35,14
S-: Profissionais de saúde / sistema de saúde (rede técnica de apoio) (negativo)	11	29,73
C: Colegas trabalho (total)	1	2,70
C+: Colegas trabalho (positivo)	0	0
C-: Colegas trabalho (negativo)	1	2,70
E: Animais de estimação (total)	1	2,70
E+: Animais de estimação (positivo)	1	2,70
E-: Animais de estimação (negativo)	0	0
O: Outros não especificados (total)	1	2,70
O+: Outros não especificados (positivo)	1	2,70
O-: Outros não especificados (negativo)	0	0
Em Branco	3	8,11

Nota. N = número de participantes*; %* = percentagem na amostra total (N = 37); Categoria com possibilidade de codificação múltipla

Os resultados da dimensão sociocultural são um dos dados em que acreditamos que o nosso estudo pode trazer uma compreensão mais aprofundada sobre o processo de recuperação, permitindo ampliar aquilo que tem vindo a ser descrito na literatura. As normas sociais, a media, as notícias, a imprensa, as pressões culturais e da sociedade, os estereótipos negativos e as redes sociais/*internet* foram frequentemente mencionadas como elementos importantes que moldam a forma como uma PCA é vivenciada. Foram identificados os seguintes elementos sobre o impacto da dimensão sociocultural na doença e no processo de recuperação (Tabela

13): Media - notícias, imprensa (positivo/negativo); Cultura / Sociedade (positivo/negativo); e Redes Sociais/*Internet* (positivo/negativo).

O impacto da cultura e da sociedade foi a área com maior representatividade (N = 22). A influência dos padrões de beleza impostos pela sociedade e das expectativas focadas num corpo ideal que contribuem para a internalização de ideais inatingíveis foram uma presença constante nas narrativas. A dimensão negativa da cultura/sociedade (N = 21) está representada na forma como a pressão da sociedade e os estereótipos alimentam sentimentos de insatisfação corporal, culpa e vergonha.

> *"A dificuldade com as perturbações alimentares e a alimentação perturbada reside na normatividade cultural e na prevalência de pensamentos perturbados sobre comida e corpo. Não são apenas os indivíduos que estão doentes, mas a mentalidade da nossa sociedade."* - (Participante 5)

> *"Vivemos tempos de ansiedade. Na guerra contra a obesidade, as refeições devem ser acompanhadas de avisos e rótulos codificados por cores. Com o aumento das pressões ambientais, a comida adquire um significado moral e político, sem falar nas grandes doses de culpa. Cada vez mais, comemos não de acordo com o que o nosso corpo pede, mas de acordo com regras exteriorizadas."* - (Participante 11)

> *"Na realidade, muitas das regulamentações de saúde pública bem-intencionadas e das mensagens sobre a perda de peso servem para perpetuar relações prejudiciais com a comida, impondo julgamentos morais sobre a comida e os corpos que fazem mais mal do que bem."* - (Participante 11)

As dietas alimentares têm vindo a ocupar um lugar central no discurso social global, sendo frequentemente associadas a um estilo de vida saudável em diversas culturas. Em muitas sociedades contemporâneas, o estigma de estar acima ou abaixo do peso tem vindo a assumir proporções preocupantes, com consequências psicológicas e sociais significativas. Há uma forte pressão social para a conformidade com padrões de beleza centrados na magreza (Styk et al., 2023). Como refere Hermans (2024), vivemos num mundo onde ideias irracionais de

Francisca Pimentel | kikapiment@gmail.com

perfecionismo têm ganho força, através de comparações, *rankings*, construção de imagem e atratividade física.

Curiosamente, as redes sociais (N = 13) já têm mais expressão do que a media (N = 6). São, maioritariamente, identificadas como uma fonte de informação positiva (N = 9). Blogues como o analisado, ou perfis individuais de pessoas a passar pelo mesmo processo de doença e recuperação, permitem que os pares utilizem as redes sociais como um instrumento de partilha, onde falam abertamente sobre as suas experiências. A proliferação destes perfis foi especialmente evidente e relevante na COVID-19, onde os convívios não eram permitidos e se viveram tempos de desconexão forçada, de solidão e monotonia. Muitas pessoas viram os seus tratamentos ser suspensos, ficaram presas em casas potencialmente inseguras e cheias de gatilhos ativadores de comportamentos perturbados.

> *"A forma como encontrei a ligação social sem sair de casa foi procurando sites online (como este) para ler sobre as experiências de outras pessoas - mesmo que não esteja relacionado com a saúde mental, encontrar um projeto em que possa estar envolvido pode dar um foco longe da comida. Combinei o meu amor pela literatura com a necessidade de socializar para descobrir novas vozes e encontrar um novo propósito diário."* - (Participante 23)

> *"Agora, mais do que nunca, é fundamental colocar a saúde mental (e a recuperação) em primeiro lugar. O que isso significa exatamente será diferente para cada pessoa: pode significar seguir religiosamente o plano alimentar, abrandar o ritmo de trabalho, ou encontrar um grupo de apoio online."* - (Participante 3)

Francisca Pimentel | kikapiment@gmail.com

Tabela 13

Caracterização da dimensão sociocultural

Código	**N**	**%**
M: Media (notícias, imprensa) (total)	6	16,22
M+: Media (notícias, imprensa) (positivo)	2	5,41
M-: Media (notícias, imprensa) (negativo)	5	13,51
C: Cultura / Sociedade (total)	**22**	**59,46**
C+: Cultura / Sociedade (positivo)	3	8,11
C-: Cultura / Sociedade (negativo)	**21**	**56,76**
R: Redes Sociais/*Internet* (total)	13	35,14
R+: Redes Sociais/*Internet* (positivo)	9	24,32
R-: Redes Sociais/*Internet* (negativo)	6	16,22
Em Branco	11	29,73

Nota. N = número de participantes*; %* = percentagem na amostra total (N = 37); Categoria com possibilidade de codificação múltipla

A Voz das Pessoas Significativas

Tal como referido anteriormente, para além da análise das narrativas na primeira pessoa, este estudo incluiu os relatos de três cuidadores - um pai, uma mãe e uma filha, que acompanharam ou acompanham de perto o percurso de recuperação de um familiar (Tabela 14). O **sentimento de impotência** e os **problemas de comunicação** são bem condensados na expressão "andar a pisar ovos" que é comum entre as narrativas destes familiares que adotam comportamentos que, a longo prazo, podem revelar-se prejudiciais (Dimitropoulos et al., 2009). Estes cuidadores descrevem a dificuldade associada à procura de um equilíbrio entre o controlo e o reforço de atividades positivas.

> *"Como mãe, saber que não a conseguia fazer melhorar foi aterrador. Ao longo dos meses e anos que se seguiram ao seu diagnóstico, lutámos contra a doença, e entre nós, para encontrar uma forma de ultrapassar e sair do outro lado. Foi um processo desgastante, especialmente porque também tentava manter a família unida. Todos nós andávamos "a pisar ovos"."* - (Participante 8)

> *"Para amigos e familiares, ver o ente querido a passar por uma experiência dolorosa que não conseguem entender e não sabem como remediar pode fazer com que se sintam impotentes, e pode ser difícil saber as coisas "certas" a dizer ou a fazer."* - (Participante 16)

Francisca Pimentel | kikapiment@gmail.com

"O silêncio e a falta de comunicação são muito comuns nas fases iniciais da recuperação. Muitas pessoas têm dificuldade em falar abertamente sobre o que lhes está a acontecer, ou podem interpretar mal as intenções de quem tenta ajudá-las. Da mesma forma, amigos e familiares podem permanecer em silêncio por medo de magoar o ente querido ou dizer a coisa errada, e a perturbação alimentar pode rapidamente tornar-se o "elefante na sala"."- (Participante 16)

Tabela 14

Caracterização do impacto da anorexia no cuidador

Código	**N**	**%**
S: Sofrimento (Psicológico/Físico)	1	2,70
I: Impotência	**2**	**5,41**
C: Culpa	1	2,70
P: Problemas de Comunicação (Ex: Silêncio/Falta de Comunicação por medo de magoar o ente querido)	**2**	**5,41**

Nota. N = número de participantes*; %* = percentagem na amostra total (N = 3); Categoria com possibilidade de codificação múltipla

Perante estas dificuldades, contrariadas pela vontade incondicional de ajudar e compreender o familiar, os cuidadores desenvolveram um conjunto de estratégias de *coping* (Tabela 15): Estar Presente/Dedicação; Características Adaptadas da Comunicação; D: Distração; V: Validar e P: Procura de Informação/Troca de Experiências. Os cuidadores salientam uma necessidade permanente de adaptação das suas capacidades de comunicação, onde se procuraram ajustar às necessidades da pessoa com PCA, não comentando quantidades de comida, o tamanho ou formas corporais, falando abertamente sobre sentimentos e maneiras de ajudar.

"[…] estava sempre muito consciente de nunca comentar o quanto qualquer uma das minhas quatro filhas comia. Com isso, quero dizer que nunca fiz nenhum comentário intencional sobre o tamanho e o peso delas como uma política de paternidade muito deliberada. Sentia-me ciente dos prejuízos desse tipo de pensamento e incentivava o consumo de gelados e doces (provavelmente em excesso)." - (Participante 32)

Francisca Pimentel | kikapiment@gmail.com

A procura de informação e a troca de experiências, através de grupos de apoio, com outros pais ou com outras famílias em situações semelhantes, é relatada como tendo um impacto muito positivo, não só para os familiares mas, também, no próprio indivíduo.

> *"O mais útil para mim foram as reuniões mensais para pais, onde ouvíamos de outros pais como esta doença pode ser debilitante para um indivíduo e para uma família – e como tem se tornado cada vez mais prevalente."* - (Participante 32)

> "*[...] o apoio entre pares é uma força vital e poderosa. Fundamentalmente, é sobre indivíduos com experiência vivida (passada ou presente) a apoiar-se mutuamente, a partilhar experiências e a ajudar-se uns aos outros a sentir-se um pouco menos sozinhos."* - (Participante 2)

Tabela 15

Caracterização das estratégias de coping dos cuidadores

Código	**N**	**%**
E: Estar Presente/Dedicação	**2**	**5,41**
C: Características Adaptadas da Comunicação	**2**	**5,41**
D: Distração	1	2,70
V: Validar	1	2,70
P: Procura de Informação/Troca de Experiências	**2**	**5,41**

Nota. N = número de participantes*; %* = percentagem na amostra total (N = 3); Categoria com possibilidade de codificação múltipla

Conclusão

O presente estudo teve como objetivo identificar temas centrais e transversais presentes nas narrativas de quem partilha *online* a sua história de recuperação de uma PCA. Será importante começar por abordar as limitações deste trabalho, que se prendem com o número reduzido de narrativas analisadas, bem como pela falta de diversidade da amostra em variáveis como o sexo, a faixa etária ou a cultura, aspetos que limitam inevitavelmente a generalização dos resultados. No entanto, o objetivo deste estudo nunca passou pela generalização dos resultados, mas pela análise pormenorizada de contributos específicos, a partir das vozes dos participantes. Apesar de serem em menor número, as narrativas do sexo masculino permitiram

Francisca Pimentel | kikapiment@gmail.com

reforçar a sua subrepresentação na literatura, com um impacto direto na falta de informação disponível e na desinformação gerada em torno da exclusividade do sexo feminino.

No que se refere ao método de recolha de dados, apesar do potencial dos espaços *online* para aceder a experiências pessoais autênticas, o conteúdo resulta da partilha voluntária e selecionada de informação de um conjunto específico de participantes que acedem e dominam as redes sociais (que se está a tornar cada vez mais representativo).

Os nossos resultados permitiram equacionar um conjunto de contributos relevantes, tanto numa dimensão mais empírica - teórica e metodológica, como num domínio mais aplicado - prática clínica e compreensão psicossocial do processo de recuperação.

Do ponto de vista teórico, este estudo permitiu ampliar o conhecimento sobre a recuperação de perturbações alimentares oferecendo vozes na primeira pessoa, podendo contribuir para preencher lacunas na literatura existente. A análise aprofundada de narrativas idiossincráticas partilhadas *online* permitiu evidenciar a importância de reconhecer o processo de recuperação como um processo dinâmico, subjetivo e profundamente enraizado na identidade, nas emoções e nas relações interpessoais dos indivíduos. O processo de recuperação de uma PCA é descrito como um caminho difícil, que envolve sentimentos contraditórios e que está frequentemente associado, no final do percurso, a um sentimento de reencontro interior. Este estudo contribui para uma visão mais humana e próxima da realidade deste processo, onde se destaca um desejo comum de dar sentido à experiência vivida, de comunicar as dificuldades, os desafios, mas também de transmitir a mensagem de que a recuperação total é possível.

No que se refere à dimensão metodológica, o acesso ao discurso direto e espontâneo dos participantes permitiu mapear a forma como estes indivíduos, e os seus familiares, se mostraram disponíveis para revisitar histórias marcadas por períodos de grande sofrimento e, ao mesmo tempo, descrever com clareza e intensidade o início e desenvolvimento do processo de recuperação. As narrativas foram partilhadas, de forma genuína e voluntária, num espaço público, a *internet*, e os nossos resultados validam os espaços *online* como fonte para recolha de dados significativos e evidenciando a pertinência de estudar estas plataformas como espaços de apoio, de (re)encontro, motivação e esperança.

Numa perspetiva clínica, esta investigação realça a necessidade de uma maior sensibilização dos profissionais de saúde para a complexidade do processo de recuperação, incluindo as suas fases, dúvidas, as incertezas vividas, os obstáculos e a importância de mobilizar recursos adequados e personalizados ao longo do percurso, priorizado a dimensão

Francisca Pimentel | kikapiment@gmail.com

psicológica em todo o percurso e desde o momento de diagnóstico. Os resultados obtidos oferecem informações relevantes para a intervenção psicológica centrada na pessoa. Revelando-se de extrema pertinência pensar em intervenções mais empáticas, flexíveis e adaptadas às necessidades de cada indivíduo. Destacando o valor terapêutico atribuído à partilha de histórias/experiências semelhantes e à escuta ativa. Assim, incentiva-se a aplicação de práticas que integrem a construção de significados e a reescrita da narrativa pessoal como ferramentas na recuperação.

Entendemos que o tipo de dados obtidos neste estudo, sem qualquer manipulação e interferência do investigador, permite obter uma representação mais fidedigna da realidade subjetiva e natural dos participantes, abrindo caminho para futuras investigações que procurem aprofundar dimensões ainda pouco exploradas no contexto da recuperação de uma PCA, como o impacto dos espaços digitais (fóruns, blogues pessoais, *podcasts*, redes sociais, comunidades virtuais) na construção de sentido, identidade e suporte emocional entre pares. Em estudos futuros será importante explorar uma maior diversidade de variáveis, sobretudo as menos representadas na literatura, como por exemplo o sexo masculino ou minorias étnicas. O efeito cumulativo de estudos de caso funcionará para um conhecimento mais aprofundado do fenómeno, à semelhança do que refere a participante 12 deste estudo *"Cada alicerce da recuperação ensina-nos um pouco mais sobre a nossa própria mente, como existir no mundo, o que funciona e o que não funciona"*.

Francisca Pimentel | kikapiment@gmail.com

Referências Bibliográficas

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5ª ed.). American Psychiatric Publishing. https://www.cruzvermelha.pt/images/pdf/DSM-5.pdf

American Psychological Association (2017). Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct. Washington DC: American Psychological Association. http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx

Andrade, R., Gonçalves-Pinho, M., Roma-Torres, A., & Brandão, I. (2017). Treatment of anorexia nervosa: The importance of disease progression in the prognosis. *Acta Médica Portuguesa*, *30*(7-8), 517-523. https://doi.org/10.20344/amp.8963

Baracat, M., & Baracat, J. (2016). A influência social e cultural da idealização do corpo perfeito através dos meios de comunicação e seu impacto na formação da imagem corporal. *Revista Científica Eletrónica de Ciências Aplicadas da FAEF, 26*, 1-11. http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/Xwf05ZDP3MtONsC_2017-10-17-21-27-33.pdf

Batista, D. de M., Fonseca, G. T. de J., & Rocha, W. S. da. (2024). A influência das mídias sociais na construção da autoimagem nas adolescentes e sua contribuição no desenvolvimento da anorexia nervosa. *Cuadernos De Educación y Desarrollo*, *16*(10), 1-21. https://doi.org/10.55905/cuadv16n10-173

Bittar, C., & Soares, A. (2020). Mídia e comportamento alimentar na adolescência. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, 28*(1), 291-308. https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAR1920

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77-101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Braun, V., & Clarke, V. (2012). Análise temática. Em H. Cooper, PM Camic, DL Long, AT Panter, D. Rindskopf, & KJ Sher (Orgs.), *Manual APA de métodos de pesquisa em psicologia, Vol. 2. Desenhos de pesquisa: quantitativos, qualitativos, neuropsicológicos e biológicos* (pp. 57-71). Associação Americana de Psicologia. https://doi.org/10.1037/13620-004

Bremer, M. F., Garnweidner-Holme, L., Nesse, L., & Molin, M. (2023). Experiences of living with binge eating disorder and facilitators of recovery processes: a qualitative

study. *Journal of eating disorders*, *11*(1), 201. https://doi.org/10.1186/s40337-023-00929-2

Brown, T. A., & Keel, P. K. (2023). Eating Disorders in Boys and Men. *Annual review of clinical psychology*, *19*, 177-205. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-080921-074125

Campos, A. (2018, dezembro 11). Hospitalizações por anorexia nervosa duplicaram em 15 anos. *Jornal Público*. https://www.publico.pt/2018/12/11/sociedade/noticia/15-anos-morreram-25-pessoas-anorexia-nervosa-portugal-1854104

Claudino, A. M. & Borges, M. B. F. (2002). Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: Conceitos em evolução. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 24*, 07-12. http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/1555

Correia, C. R. C. G. M. (2023). *Anorexia nervosa de início precoce.* [Tese de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. https://hdl.handle.net/10216/150948

Cribben, H., Batchelor, R., Macdonald, P., Treasure, J., Cini, E., Nicholls, D., & Kan, C. (2025). Experiences of eating disorder services for people caring for a loved one with an eating disorder in the UK: national survey. *BJPsych open*, *11*(1), e17. https://doi.org/10.1192/bjo.2024.812

Damasceno, V. O., Vianna, V. R. A., Vianna, M. J., Lacio, M., Lima, J. R. P., & Novaes, J. S. (2006). Imagem corporal e corpo ideal. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento, 14*(2), 81-94. https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rbcm/article/view/691/696

Dimitropoulos, G., Klopfer, K., Lazar, L., & Schacter, R. (2009). Caring for a sibling with anorexia nervosa: a qualitative study. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, *17*(5), 350-365. https://doi.org/10.1002/erv.937

dos Santos Diniz, I. K., de Andrade Rodrigues, H., & Darido, S. C. (2012). Os usos da mídia em aulas de Educação Física escolar: Possibilidades e dificuldades. *Movimento, 18*(3), 183-202. https://doi.org/10.22456/1982-8918.27108

Douzenis, A., & Michopoulos, I. (2015). Involuntary admission: the case of anorexia nervosa. *International journal of law and psychiatry*, *39*, 31-35. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2015.01.018

Draper A. K. (2004). The principles and application of qualitative research. *The Proceedings of the Nutrition Society*, *63*(4), 641-646. 10.1079/pns2004397

Espíndola, C. R., & Blay, S. L. (2009). Percepção de familiares sobre a anorexia e bulimia: Revisão sistemática. *Revista de Saúde Pública, 43*(4), 707-716. https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000035

Feng, B., Harms, J., Chen, E., Gao, P., Xu, P., & He, Y. (2023). Current Discoveries and Future Implications of Eating Disorders. *International journal of environmental research and public health*, *20*(14), 6325. https://doi.org/10.3390/ijerph20146325

Ferraz, S. (2025). *Representações sociais online da Perturbação de Uso de Álcool: Uma análise temática* [Dissertação de mestrado não publicada]. Instituto Superior Miguel Torga.

Giordani, R. C. F., & Silva, F. S. (2021). The ethereal bodies of pro-Ana blogs: Emotional communities and spaces of sociability on the web. *Ciência & Saúde Coletiva*, *26*(suppl 3), 5293-5301. https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.34522019

Grogan, S. (2016). *Body Image: Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women and Children* (3rd ed.). Routledge. https://doi.org/10.4324/9781315681528

Guarda, A. S., Pinto, A. M., Coughlin, J. W., Hussain, S., Haug, N. A., & Heinberg, L. J. (2007). Perceived coercion and change in perceived need for admission in patients hospitalized for eating disorders. *The American journal of psychiatry*, *164*(1), 108-114. https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.1.108

Halbeisen, G., Laskowski, N., Brandt, G., Waschescio, U., & Paslakis, G. (2024). Eating Disorders in Men. *Deutsches Arzteblatt international*, *121*(3), 86-91. https://doi.org/10.3238/arztebl.m2023.0246

Harriman, S., & Patel, J. (2014). The ethics and editorial challenges of internet-based research. *BMC medicine*, *12*, 124. https://doi.org/10.1186/s12916-014-0124-3

Hay P. (2020). Current approach to eating disorders: a clinical update. *Internal medicine journal*, *50*(1), 24-29. https://doi.org/10.1111/imj.14691

Hermans, H.J.M. (2024). *Count your contradictions: Finding richness in the maze of your mind.* London, UK: Woodbridge Publishers.

Jenkins, J., & Ogden, J. (2012). Becoming 'whole' again: a qualitative study of women's views of recovering from anorexia nervosa. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, *20*(1), e23-e31. https://doi.org/10.1002/erv.1085

Karlsson, S., Friberg, W., Rask, M., & Tuvesson, H. (2021). Patients' Experiences and Perceptions of Recovering from Anorexia Nervosa While Having Contact with Psychiatric Care: A Literature Review and Narrative Synthesis of Qualitative Studies. *Issues in mental health nursing*, *42*(8), 709-719. https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1847222

Keel, P. K., Klump, K. L., Leon, G. R., & Fulkerson, J. A. (1998). Disordered eating in adolescent males from a school-based sample. *The International journal of eating disorders*, *23*(2), 125-132. https://doi.org/10.1002/(sici)1098-108x(199803)23:2<125::aid-eat2>3.0.co;2-m

Le Breton, D. (2007). *A Sociologia do corpo* (2ª ed.). Editora Vozes. https://www.ulusofona.pt/media/breton-sociologia.pdf

Lobato, R. (2025). *A imigração em Portugal: Análise temática de comentários online* [Dissertação de mestrado não publicada]. Instituto Superior Miguel Torga.

Lopes, P. A., & Trajano, L. A. da S. N. (2021). Influence of media on Eating Disorders in adolescents: Literature review. *Research, Society and Development*, *10*(1), 1-12. https://doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11649

Lozano-Muñoz, N., Borrallo-Riego, Á., & Guerra-Martín, M. D. (2022). *Anales del sistema sanitario de Navarra*, *45*(2), e1009. https://doi.org/10.23938/ASSN.1009

Maldonado, G. D. R. (2009). A Educação Física e o adolescente: A imagem corporal e a estética da transformação na mídia impressa. *Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte, 5*(1), 59-76. http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/remef/article/view/1302

Mancini, G., Biolcati, R., Pupi, V., Andrei, F., La Grutta, S., Lo Baido, R., & Trombini, E. (2018). I disturbi della nutrizione e dell'alimentazione nei maschi: una panoramica sulle ricerche nel periodo 2007-2017 [Eating disorders in males: an overview of research over the period 2007-2017]. *Rivista di psichiatria*, *53*(4), 177-191. https://doi.org/10.1708/2954.29694

Marchetti, D., & Sawrikar, V. (2024). Parents' illness representations of their child with anorexia nervosa: A systematic review of qualitative studies using the common-sense model. *International Journal of Eating Disorders, 57*(5), 1049-1068. https://doi.org/10.1002/eat.24081

Maurício, L. E. P, & Melo, D. A. P. (2022). A influência dos grupos virtuais de recuperação no tratamento dos transtornos alimentares. In A. C. Oliveira & N. Oliveira (Eds.), *Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais 2* (pp. 12-22). Atena Editora. https://doi.org/10.22533/at.ed.117221805

McCormack, C., & McCann, E. (2015). Caring for an adolescent with anorexia nervosa: parent's views and experiences. *Archives of psychiatric nursing*, *29*(3), 143-147. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.01.003

McMaster, R., Beale, B., Hillege, S., & Nagy, S. (2004). The parent experience of eating disorders: interactions with health professionals. *International journal of mental health nursing*, *13*(1), 67–73. https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2004.00310.x

Minuchin, S. (1982). *Famílias: Funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Minuchin, S., & Fishman, C. H. (1981). *Family therapy techniques*. Cambridge: Harvard University Press.

Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context.* Cambridge: Harvard University Press.

Mironica, A., Popescu, C. A., George, D., Tegzeșiu, A. M., & Gherman, C. D. (2024). Social Media Influence on Body Image and Cosmetic Surgery Considerations: A Systematic Review. *Cureus*, *16*(7), e65626. https://doi.org/10.7759/cureus.65626

Nohesara, S., Mostafavi Abdolmaleky, H., Pettinato, G., Pirani, A., Thiagalingam, S., & Zhou, J. R. (2025). IUPHAR review: Eating disorders, gut microbiota dysbiosis and epigenetic aberrations. *Pharmacological research*, *213*, 107653. https://doi.org/10.1016/j.phrs.2025.107653

Oliveira, I., Santos, C., Pires, S. & Vian, F. (2023). Da identificação dos primeiros sintomas ao internamento por anorexia nervosa: Que recursos procuram os pais e como os percecionam?. *Saúde & Tecnologia, 28*, 36-46. https://doi.org/10.25758/set.716

Ordem dos Psicólogos Portugueses (2024, agosto, 14). Regulamento n.º 898/2024 - Código deontológico da Ordem dos Psicólogo Portugueses (OPP). Diário da República, II Série,

157, 1-22. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/caodigo_deontolaogico_regulamento_nao_898_2024.pdf

Patching, J., & Lawler, J. (2009). Understanding women's experiences of developing an eating disorder and recovering: a life-history approach. *Nursing inquiry*, *16*(1), 10-21. https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2009.00436.x

Paulo, C. L. (2015). *A experiência de cuidar na anorexia nervosa e na bulimia nervosa.* [Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. http://hdl.handle.net/10451/23493

Petry, N., Vasconcelos, F. A. G. & Costa, L. C. F. (2017). Feelings and perceptions of women recovering from anorexia nervosa regarding their eating. *Cadernos de Saúde Pública, 33*(9), 1-11. https://doi.org/10.1590/0102-311X00048716

Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual review of psychology*, *53*, 187-213. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135103

Rance, N., Moller, N. P., & Clarke, V. (2017). 'Eating disorders are not about food, they're about life': Client perspectives on anorexia nervosa treatment. *Journal of health psychology*, *22*(5), 582-594. https://doi.org/10.1177/1359105315609088

Relvas, A. (2000). *Por detrás do espelho, da teoria à terapia com a família*. Coimbra: Quarteto.

Romaro, R. A. & Itokazu, F. (2002). Bulimia nervosa: Revisão da literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 15*(2), 407-412. https://doi.org/10.1590/S0102-79722002000200017

Sá, S. P., & Polivanov, B. B. (2013). Presentificação, vínculo e delegação nos sites de redes sociais. *Comunicação Mídia E Consumo*, *9*(26), 13-36. https://doi.org/10.18568/cmc.v9i26.341

Scharp, K. M., & Sanders, M. L. (2018). What is a theme? Teaching thematic analysis in qualitative communication research methods. *Communication Teacher*, *33*(2), 117-121. https://doi.org/10.1080/17404622.2018.1536794

Schlegl, S., Diedrich, A., Neumayr, C., Fumi, M., Naab, S., & Voderholzer, U. (2016). Inpatient treatment for adolescents with anorexia nervosa: Clinical significance and predictors of treatment outcome. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, *24*(3), 214-222. https://doi.org/10.1002/erv.2416

Schmidt, E. & Mata, G. (2008). Anorexia nervosa: a review. *Fractal: Revista de Psicologia, 20*(2), 387-400. https://doi.org/10.1590/S1984-02922008000200006

Silén, Y., & Keski-Rahkonen, A. (2022). Worldwide prevalence of DSM-5 eating disorders among young people. *Current opinion in psychiatry*, *35*(6), 362-371. https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000818

Stice, E., & Whitenton, K. (2002). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: a longitudinal investigation. *Developmental psychology*, *38*(5), 669-678. https://doi.org/10.1037//0012-1649.38.5.669

Stice, E., Presnell, K., & Spangler, D. (2002). Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: A 2-year prospective investigation. *Health Psychology, 21*(2), 131-138. https://doi.org/10.1037/0278-6133.21.2.131

Stockford, C., Stenfert Kroese, B., Beesley, A., & Leung, N. (2019). Women's recovery from anorexia nervosa: a systematic review and meta-synthesis of qualitative research. *Eating disorders*, *27*(4), 343-368. https://doi.org/10.1080/10640266.2018.1512301

Story, M., Neumark-Sztainer, D., & French, S. (2002). Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors. *Journal of the American Dietetic Association*, *102*(3 Suppl), S40-S51. https://doi.org/10.1016/s0002-8223(02)90421-9

Styk, W., Wojtowicz, E., & Zmorzynski, S. (2023). I Don't Want to Be Thin! Fear of Weight Change Is Not Just a Fear of Obesity: Research on the Body Mass Anxiety Scale. *International journal of environmental research and public health*, *20*(4), 2888. https://doi.org/10.3390/ijerph20042888

Suhag, K., & Rauniyar, S. (2024). Social Media Effects Regarding Eating Disorders and Body Image in Young Adolescents. *Cureus*, *16*(4), e58674. https://doi.org/10.7759/cureus.58674

Weaver, K., Wuest, J., & Ciliska, D. (2005). Understanding women's journey of recovering from anorexia nervosa. *Qualitative health research*, *15*(2), 188-206. https://doi.org/10.1177/1049732304270819

Wetzler, S., Hackmann, C., Peryer, G., Clayman, K., Friedman, D., Saffran, K., Silver, J., Swarbrick, M., Magill, E., van Furth, E. F., & Pike, K. M. (2020). A framework to conceptualize personal recovery from eating disorders: A systematic review and qualitative meta-synthesis of perspectives from individuals with lived experience. *The*

International journal of eating disorders, *53*(8), 1188-1203. https://doi.org/10.1002/eat.23260

Whitney, J., Murray, J., Gavan, K., Todd, G., Whitaker, W., & Treasure, J. (2005). Experience of caring for someone with anorexia nervosa: A qualitative study. *British Journal of Psychiatry*, *187*(5), 444-449. https://doi.org/10.1192/bjp.187.5.444

WHO Expert Committee on Health Needs of Adolescents & World Health Organization. (1977). Health needs of adolescents: report of a WHO expert committee [meeting held in Geneva from 28 September to 4 October 1976]. World Health Organization. https://iris.who.int/handle/10665/41252

World Health Organization. (2024). ICD-11: International classification of diseases for mortality and morbidity statistics. (11th rev.). World Health Organization. https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en

World Medical Association (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, *310*(20), 2191-2194. https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053

Yager, J., Devlin, M. J., Halmi, K. A., Herzog, D. B., Mitchell, J. E., Powers, P., & Zerbe, K. J. (2014). Guideline Watch (August 2012): Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders, 3rd edition. *Focus*, *12*(4), 416-431. https://doi.org/10.1176/appi.focus.120404

Francisca Pimentel | kikapiment@gmail.com

Apêndices

Francisca Pimentel | kikapiment@gmail.com

Francisca Pimentel | kikapiment@gmail.com

Apêndice 1 - *Pedido de Autorização*

Dear Mrs. Tasha,

I hope this email finds you well.

My name is Francisca Pimentel and I'm currently working on my master thesis in Clinical Psychology, namely in the field of Family and Systemic Therapies, at the Instituto Superior Miguel Torga in Portugal (under the supervision of Professor Joana Sequeira and co-supervision of Professor Catarina Rosa).

Social networks, Tv shows, films, series and video platforms such as YouTube are powerful sources of inspiration, transmitting values and behavioural patterns to the younger generations. The excessive exposure to the media, especially social networks, can considerably affect the psychological well-being of young people through social comparison and incessant search for validation. But, on the other hand, the media can also be a powerful source of emotional support and development of virtual communities of belonging.

The topic of my dissertation is "Social media and eating disorders: A thematic analysis of recovery narratives" and I intend to delve deeper into the testimony of those who share their recovery story to find central and transversal themes (e.g., role of the family, in-person and virtual support networks). Considering my area of interest and after some research, I came across your blog 'The Recovery Club'.

Therefore, I intend, through this email, to request permission to carry out the thematic analysis of the set of testimonials on your blog. If permission is granted, we guarantee that the information will be analyzed as a whole and the examples presented will be translated into Portuguese, and slightly edited, to make direct identification impossible.

Thank you for your attention to this request and I remain at your disposal for any further clarification.

I look forward to hearing from you.

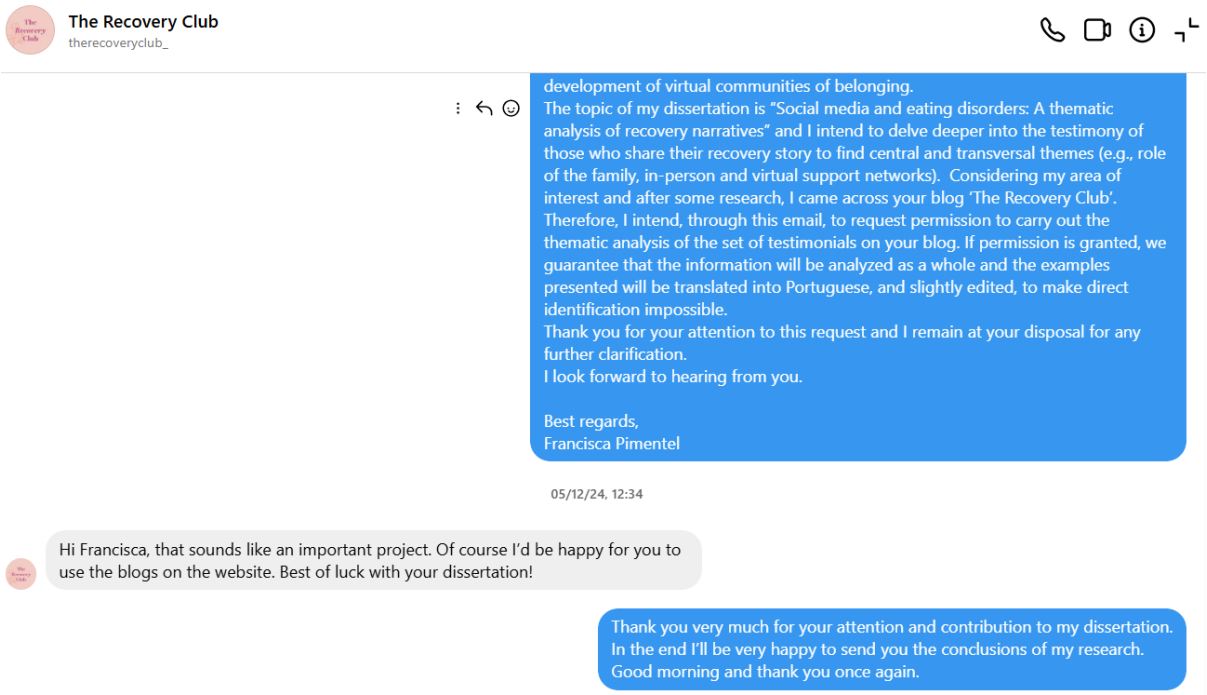
Best regards,

Francisca Pimentel

Francisca Pimentel | kikapiment@gmail.com

Francisca Pimentel | kikapiment@gmail.com

Apêndice 2 - *Autorização Concedida pela Autora*



Francisca Pimentel | kikapiment@gmail.com

Apêndice 3 - *Estrutura de Codificação Utilizada na Análise Temática*

Tabela 16

Estrutura de codificação utilizada na Análise Temática

Categorias	**Temas**
Perfil Autor (Idade)	B: Boomers (60+)
	G: Gen X (45-59)
	M: Millennials (30-44)
	Z: Gen Z (11-29)
Perfil Autor (Sexo)	M: Mulher
	H: Homem
	N: Não-Binário
	O: Outro/Não Especificado
Perfil Autor (Relação com Anorexia)	A: Anorético/a (Recuperado/a ou em Recuperação)
	F: Familiar (Pai, Mãe)
Formato de Partilhas	C: Carta
	G: Guia
	M: Mantras
	P: Poema
	T: Testemunho
Razão para Interagir	D: Dar Conselho/Opinião
	E: Ensinar / Aprendizagem
	P: Partilhar Experiência
	Q: Colocar Questões/Dúvidas
Linguagem	A: Agressiva
	C: Crítica
	D: Cómica / Divertida
	I: Ironia / Sarcasmo
	S: Séria / Racional
	T: Técnica (Médica, Psicológica)
	E: Emotiva
Emoções	A: Alegria
	E: Esperança
	S: Satisfação (Cumprimento de Objetivos)
	C: Choque/ Surpresa/Confusão
	D: Desespero
	F: Frustração / Desilusão
	M: Medo / Ansiedade

Francisca Pimentel | kikapiment@gmail.com

		R: Raiva
		T: Tristeza
Causas (Anorexia)		A: Alterações Hormonais
		D: Fatores de Desenvolvimento
		E: Eventos Stressantes/Traumáticos
		F: Expectativas Familiares
		P: Perturbações Psicológicas Concomitantes
		I: Dimensão Interpessoal (Isolamento; Não pertença; Solidão)
		C: Crenças/Estereótipos (Pessoais; Familiares; Sociais)
		G: Predisposição Genética
Estratégias de Manutenção da Anorexia		C: Comportamentos Compulsivos/ Purgativos
		R: Restrições Alimentares/Evitar Comida (ex: Inventar Alergias)
		O: Obsessão/Contar Calorias
		E: Exercício Físico Excessivo
		S: Consumo Substâncias
		A: *Apps* de Monitorização
Sintomas/Efeitos da Anorexia	No(a) Anorético(a)	A: Ansiedade
		B: Baixa Autoestima
		D: Depressão
		E: Desnutrição
		I: Distorção da Imagem Corporal
		L: Diminuição da Libido
		M: Alterações no Ciclo Menstrual
		P: Perda de Peso Excessiva /Magreza
		S: Isolamento Social
		T: Tentativas/Pensamentos Suicidas
		F: Sofrimento (Psicológico/Físico)
		U: Automutilação
		C: Intocável/Desresponsabilização por ser Doente (Protegidos dos Desafios e de Críticas, Pressão)
		G: Problemas de Sono
		H: Episódios Psicóticos
	Nos Cuidadores	S: Sofrimento (Psicológico/Físico)
		I: Impotência
		C: Culpa
		P: Problemas de Comunicação (Ex: Silêncio/Falta de Comunicação por Medo de Magoar o Ente Querido)

Francisca Pimentel | kikapiment@gmail.com

Estratégias de *Coping* para Lidar com a Anorexia	Anorético(a)	B: Evitar a Balança C: Não Contar Calorias E: Evitar Comparações F: Focar no Prazer /Necessidade da Refeição M: Estabelecer Pequenas Metas (Para Alterar Comportamentos e Pensamentos) P: Foco Positivo no Próprio/Empoderamento (Praticar Autocompaixão, Perseverança, Autocuidado; Autoconfiança; Separar a Pessoa da Doença) R: Planeamento Alimentar (ex. Refeições Regulares) I: Exercício Físico Adequado G: Grupo Apoio A: Centrar na medição/contagem D: Medicação
	Cuidadores	E: Estar Presente/Dedicação C: Características Adaptadas da Comunicação (Ex: Não Comentar Quantidades (de comida); o Tamanho ou Peso; Falar Abertamente sobre Sentimentos/Como Ajudar) D: Distração V: Validar (Elogiar/ Empoderamento/ Aumentar a Autoestima) P: Procura de Informação/Troca de Experiências
Dimensão Relacional/Rede Suporte (+ -)		A: Amigos F: Família N: Namorado/a - Parceiro/a P: Relação entre pares S: Profissionais de saúde / sistema de saúde (rede técnica de apoio) C: Colegas de trabalho E: Animais de estimação O: Outros não especificados
Dimensão Sociocultural (+ -)		M: Media (Notícias, Imprensa) C: Cultura / Sociedade (ex. Pressão da Sociedade/Estereótipos como Negativo) R: Redes Sociais/*Internet* (ex. Fonte de Informação como Positivo e Fonte de Desinformação como Negativo)
Sentimento Geral		P: Positivo N: Negativo U: Neutro M: Misto

Francisca Pimentel | kikapiment@gmail.com