



Luciana Andréa Proença e Silva Chaves

TÍTULO

**Ortorexia Nervosa – Do empoderamento ao
aprisionamento, muito além de uma escolha – um estudo
de caso**

Trabalho de Conclusão de Curso

Apresentado como requisito parcial para obtenção
do título de Especialista em Transtornos Alimentares
pelo Departamento de Psicologia da PUC-Rio.

Orientador: Prof. Izidoro de Hiroki Flumignan
Co-orientador: Profa. Márcia Maria dos Anjos Azevedo

Dedico este trabalho a minha família nuclear, em especial aos meus queridos filhos Gabriel e Raquel pelo carinho, compreensão e total apoio num momento tão complexo que estamos vivendo e às minhas companheiras de turma pela imensa parceria.

Agradecimentos

A Jesus Cristo autor da minha fé e dono de todos os meus dias.

Aos meus familiares: marido e filhos que me ofertaram todo apoio que precisei do início ao fim do curso, independente das múltiplas adversidades.

Ao meu orientador Izidoro Flumignan e co-orientadora Marcia Maria pela acolhida comigo desde o primeiro contato que estabeleci, à professora Carla Leitão em me auxiliar com todo carinho e disponibilidade na construção deste projeto e profa. Dirce por toda força sem medir esforços.

A Dra Julia Gugliotta que sempre me socorreu muito além das minhas necessidades, além das nossas distâncias.

Às amigas que fiz na pós-graduação, agradeço o carinho e companheirismo que estabelecemos seja de forma presencial ou mesmo virtual durante o transcorrer do curso.

Resumo

Chaves, Luciana Andrea Proença e Silva. **Ortorexia Nervosa – Do empoderamento ao aprisionamento, muito além de uma escolha – um estudo de caso**, Rio de Janeiro, 2020. 46 p. Trabalho de Conclusão de Curso - Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

A Ortorexia Nervosa é definida pelo comportamento de alto grau de seletividade e nível de exigência em relação à qualidade dos alimentos desde o seu tipo de produção até a sua chegada ao consumo. Foi realizada uma breve revisão de literatura onde os estudos citam que a Organização Mundial da Saúde ainda não classifica o quadro como transtorno alimentar. Este trabalho está focado na apresentação de um caso clínico infantil de alteração do comportamento alimentar, marcado pela intensa rigidez psíquica da paciente na relação com o alimento. O tratamento aconteceu através da terapia familiar e da clínica da psicanálise com um desfecho terapêutico satisfatório.

Palavras-chave

Ortorexia Nervosa, rigidez psíquica; transtorno alimentar, terapia familiar; psicanálise infantil.

Abstract

Chaves, Luciana Andrea Proença e Silva. **Orthorexia Nervosa – From empowerment to imprisonment, far beyond a choice – a case study**. Rio de Janeiro, 2020. 46 p. Course Conclusion Paper - Department of Psychology, Pontifical Catholic University of Rio de Janeiro.

Orthorexia Nervosa is defined by the behavior of a high degree of selectivity and level of demand in relation to the quality of food from its type of production to its arrival at consumption. A brief literature review was carried out, where studies mentioned that the World Health Organization still does not classify the condition as an eating disorder. This work is focused on presenting a clinical case of a child with altered eating behavior, marked by the patient's intense psychic rigidity in relation to food. The treatment took place through family therapy and the psychoanalysis clinic with a satisfactory therapeutic outcome.

Key words

Orthorexia Nervosa; psychic rigidity; eating disorder; family therapy; child psychoanalysis

Sumário

Introdução.....	7
1 Comportamento alimentar – história, dimensões e perturbações.....	10
1.1. Revisão de Literatura.....	15
2 Caso Clínico.....	20
2.1. Genograma familiar.....	23
2.2. Aspectos da transmissão psíquica geracional.....	26
3 Clínica da psicanálise.....	28
4 Evolução clínica e proposta terapêutica.....	32
5 Discussão.....	35
6 Conclusão.....	38
Referências.....	41
Anexos.....	44

Os cientistas dizem que somos feitos de átomos, mas um
passarinho me diz que somos feitos de histórias”

(Eduardo Galeano)

Introdução

Em linhas gerais, na atualidade, a temática que envolve questões relacionadas aos avanços na qualidade da alimentação vem gerando amplas discussões nos mais diversos campos, pois é indiscutível que no ato de comer se implicam múltiplos valores simbólicos, cercado de registros de emoção e lembranças.

Nesta ideia, não está reconhecido apenas o ato de comer, mas a necessidade cada vez mais frequente em selecionar alimentos mais puros e saudáveis e o que essa escolha pode estar falando sobre nós mesmos enquanto consumidores e principalmente enquanto pessoas. Do bebê ao idoso, estar se alimentando é uma prática que realmente nos acompanha desde o nascimento até a nossa morte.

Em sala de aula, ao dividir um relato profissional, fui incentivada pelo professor Dr. Izidoro a construir meu projeto partindo do tema Ortorexia Nervosa, utilizando como ilustração prática, uma experiência clínica que eu havia atendido há anos atrás.

Trazer um caso clínico como um disparador analítico dentro deste trabalho foi bastante interessante. Investigar como a sintomatologia percebida na vida da menina diagnosticada com o quadro clínico de ON por volta dos seus 11 anos de idade e sua provável relação com uma história familiar, apresenta este trabalho singularmente.

Já no início textual, o capítulo sobre o conceito de comportamento alimentar e suas dimensões; surge de forma bem introdutória, apresentando às dimensões históricas sobre a relação do homem com o alimento, desde a descoberta do fogo até as experiências mais difíceis geradas pela fome e o que isso repercute em cada um de nós.

Os fatores subjetivos que nos apontam sobre a forma como estamos implicados neste ato de comer a partir das nossas aprendizagens, adaptações e sobretudo o que pode surgir a partir das informações sociais, familiares e pessoais construídas em nossas vidas, fala exatamente sobre o caráter biopsicossocial que envolve a relação da pessoa com o alimento, nas mais diversas culturas.

De uma maneira geral, a presença de uma revisão de literatura nos aponta para a possibilidade de apresentar do ponto de vista científico, como é inquietante esta questão e como tem sido os percursos das pesquisas sobre esta temática. Da etiologia até as propostas de tratamento; às barreiras diante das pesquisas realizadas até aqui e principalmente, à necessidade de se seguir nesta linha de pesquisa.

Sempre ressaltado em todas as revisões que acessei, com bastante frequência, os pesquisadores reforçavam que: se tratando dos transtornos alimentares ou mesmo das alterações do comportamento alimentar, não é possível, atribuir apenas um único nexos causal seja no aparecimento dos primeiros sintomas até a instalação do quadro clínico em si.

De forma reforçadora, às observações quantitativas e qualitativas obtidas pelos pesquisadores, imprimiram um parecer quase unânime com relação ao caráter multifatorial da patologia e sua íntima relação sintomática com o transtorno obsessivo compulsivo.

A perspectiva de pesquisar as hipóteses clínicas começaram através da leitura do genograma familiar da paciente, partindo dos estudos das autoras Carter e McGoldrick, e o que estava em jogo nas três gerações apresentadas ali.

Dentro de uma perspectiva bem ampla, pensar no aparecimento de um quadro de extrema seletividade alimentar, caracterizado pela preocupação obsessiva com a obtenção da saúde através da via da seleção pela “pureza” do alimento e o que isso estaria representando dentro de um cenário traumático tão complexo.

No decorrer do trabalho, a partir desta história familiar a ideia foi sustentar uma valiosa conjugação teórica entre as contribuições apresentadas pela terapia sistêmica familiar e principalmente, pela riqueza conceitual oriunda da clínica da psicanálise.

Mesmo com a possibilidade de gerar uma ambivalência de conceitos, a flexibilidade nas leituras e a organização teórica trazida pelas diferentes concepções agregaram muito na estruturação geral do trabalho como um todo.

No primeiro momento, construiu-se a apresentação contextual dentro da terapia sistêmica familiar, através da escola estrutural de S. Minuchin e sua definição de família como uma estrutura que se movimenta através de seus padrões peculiares de funcionamento.

Analisar vínculos construídos; papéis exercidos; estruturas de desigualdades e legados que surgiram atendendo às próprias demandas do grupo familiar e às primeiras inquietações clínicas diante do exposto, fizeram parte de todo o trabalho.

Ainda dentro desta perspectiva, continuar a pesquisa sobre como um potente sintoma oriundo de um profundo sofrimento psíquico intrafamiliar e transgeracional pode estar sendo dimensionado dentro do contexto clínico de uma paciente ainda na infância e sua relação com o aparecimento desta patologia

Em sequência, trabalhei com a clínica da psicanálise, à prática psicanalítica com crianças representada pela psicanálise das relações objetais, teoria desenvolvida pelo pediatra e psicanalista infantil, D. Winnicott e sua relação teórica vinculada à concepção clínica de M.Klein.

Dois conceitos surgem como elementares na psicanálise principalmente na relação com o ato de comer, que são os conceitos de introjeção e incorporação. Ambos já nos falam bastante pelas suas próprias definições.

Seguindo dentro do mesmo cenário, a presença de Rene Kaes em considerar a influência da psicanálise dos grupos e os processos de transmissão psíquica entre as gerações complementam totalmente uma avaliação mais macro sobre o caso.

Finalmente, sem deixar de privilegiar sua rica essência em pesquisa clínica, surge a psicanálise do sensível da autoria da psicanalista Ivanise Fontes que nos apresenta sua teoria sustentada na relação do corpo com o universo psíquico; o momento do trauma, o que fica registrado no corpo e como acionar o conteúdo traumático através do campo analítico ativado através do processo de transferência.

1 Comportamento alimentar – história, dimensões e perturbações

A compreensão de se entender as mudanças ocorridas no comportamento alimentar deve ter como ponto de partida, a história da alimentação. Considerando que o homem, na pré-história, alimentava-se de vegetais e animais de pequeno porte, isso, ocorreu aproximadamente entre 200.000 – 40.000 a.C.

Com o domínio do fogo, uma gigantesca mudança na forma de comer, seguida da agricultura e pecuária se localizando neste fato na história, em torno de 5.500 a.C, nascendo neste momento as bases de nossa alimentação: cultivo de cereais, criação de carneiros, cabras, bois e porcos. Surgem, no Oriente Médio, às primeiras civilizações, às margens dos rios Eufrates, Nilo e Tigre.

Neste contexto, a alimentação começa a representar uma função social. Em torno da mesa estão momentos importantes para tomada de decisões. Em prosseguimento, a própria história nos revela, que o tipo de acesso à alimentação tem uma importante função de indicador social.

A diferenciação entre as classes era denunciada em Roma. A plebe, camponeses e soldados, ingeriam os alimentos crus, frios e sem variedades; os nobres, produziam alimentos cozidos, quentes e se possível gordos, o que os definiam socialmente, como aqueles que tinham uma alimentação “fina”.

Com o avançar dos séculos, depois das duas grandes fomes que assolaram a Europa, a primeira em 1005-1006 e a segunda em 1032-1033, a população cresceu e chegou a triplicar nos países como França, Alemanha e Inglaterra. É possível imaginar como às pessoas podem reagir a nível emocional, afetivo e principalmente comportamental com a comida, depois de passarem por uma fome desta amplitude.

O fato se repete no século XIV. Em 1315-1317 e em 1346-1347, outro novo período de fome acomete populações inteiras fazendo destas vítimas fatais. Episódio com esta gravidade, provavelmente marcam fortemente o comportamento alimentar daqueles que conseguiram sobreviver. (SONATI, VILARTA, AFFONSO – 2011)

Segundo Queiroz, Melo, Leitão, Lemos (2020) na atualidade, a temática que envolve questões relacionadas à alimentação e ao comportamento alimentar, vem gerando discussões, abrangendo as demandas biológicas, culturais, sociais e psicológicas.

Muito além da necessidade fisiológica por comida, o que nos leva a comer, é uma gama enorme de fatores que formam a base da maioria das nossas decisões alimentares, incluindo desde o nosso estado de humor, estímulos sensoriais e principalmente, diversas influências sociais, psicológicas e familiares.

O ato de alimentar-se é um ato biopsicosociocultural e fundamental para a manutenção da vida; o comer está além do conceito de nutrir-se. Considera-se que durante o ato de comer, existe para cada indivíduo, uma relação muito particular que implica um valor simbólico, cercado de emoções, recordações e sentido.

Em linhas gerais, a experiência pessoal de cada um reflete o quanto é verdadeiramente possível viver e estar em paz com a comida.

Pensar no comportamento alimentar isoladamente pode parecer uma coisa muito simplória, mas é um fenômeno humano bem complexo e de grande importância nas sociedades humanas. Segundo Bernard e Trouvé (1976), o comportamento alimentar reúne algumas dimensões básicas: Dimensão fisiológico-nutritiva, dimensão social e cultural e dimensão afetiva e relacional. (DALGALARRONDO, 2019)

Neste sentido, o presente trabalho será basicamente desenvolvido no âmbito afetiva/relacional.

Nesta dimensão, a fome e a alimentação estão vinculadas à satisfação e ao prazer. Para uma mãe, o poder alimentar seu filho é muito mais do que uma tarefa fisiológica; tem um sentido afetivo especial, podendo expressar sentimentos e participar da construção de um dos vínculos humanos mais importantes.

Segundo a psicanálise, o prazer alimentar oral tem uma conotação libidinal. A zona bucal e a amamentação são os mediadores da primeira relação interpessoal fundamental das nossas vidas: a relação mãe – bebê.

Na apresentação deste caso clínico e principalmente na clínica da psicanálise, capítulos que seguem no presente trabalho, serão reforçadas a

relevância desta experiência e sua correlação com o ato de comer. (DALGALARRONDO, 2019)

A prática do comer de forma saudável tem sido uma preocupação bastante frequente nos nossos dias e nas mais diversas sociedades ao longo das últimas décadas. Existem inúmeros grupos que vem trazendo e implantando grandes orientações nutricionais, que muitas vezes partem das descobertas científicas, na maioria das vezes, oriundas das pesquisas realizadas no campo médico.

Alguns inclusive são profissionais que atuam na área da saúde ou mesmo, influenciadores que trazem esta ideia de comer cada vez mais alimentos saudáveis, como um tema de total importância para nossas vidas e indiscutível em nossos dias. (ALVARENGA, MARTINS, TAKEDA, 2020)

Estudar as manifestações e alterações do comportamento alimentar é um tema bastante relevante e complexo considerando a experiência subjetiva dos múltiplos grupos, nas diversas culturas.

Haveria uma única resposta para o questionamento sobre qual seria a melhor forma de se alimentar?

Haveria uma dieta certa, indicada para a total obtenção da saúde?

Há uma linha tênue que dividi estas duas perspectivas entre o comer saudável e o modo de comer “patologicamente saudável”. Entretanto, ainda hoje, 2020, a ON, não é classificada pela APA (Associação Americana de Psicologia), através da última edição do DSM-V, um Transtorno alimentar (TA), e sim uma alteração do comportamento alimentar, talvez por isso, ainda hoje, o assunto ainda seja pouco explorado na literatura científica e com certa dificuldade técnica para o diagnóstico. (ALVARENGA, MARTINS, TAKEDA, 2020)

Neste campo, o médico americano Steven Bratman em 1997, observando a intensa conduta obsessiva na relação com a escolha, aquisição e preparo do alimento, cria o conceito de ON (também chamado de ortorexia nervosa), sendo um neologismo do grego *orthos* (correto) e *orexis* (apetite), descrito como um comportamento caracterizado pela fixação por saúde alimentar, pureza dos alimentos e máxima qualidade na dieta.

Se considerarmos uma linha histórica entre o humano e os alimentos, sua definição sobre esta alteração do comportamento alimentar, foi originalmente descrita como uma fixação pela saúde alimentar caracterizada por uma obsessão

patológica com o alimento biologicamente puro, ocasionando muitas restrições alimentares importantes.

Afirmou também, que o comportamento ortoréxico, poderia ser iniciado com uma intenção de curar ou mesmo de prevenir doenças crônicas e colaborar no quadro geral de saúde, mas exigindo uma considerável autodisciplina e autocontrole para cumprir tal dieta, que difere totalmente dos hábitos alimentares convencionais ou tradicionais e que evoluiria para excluir totalmente o que seria “artificial e tóxico”, transformando o assunto da alimentação em uma preocupação central do dia-a-dia de tais pacientes. (ALVARENGA, MARTINS, TAKEDA, 2020)

Bratman, já em 2017, relembra que esta descrição inicialmente estava apoiada na observação do mundo das mais variadas subculturas de alimentação alternativa, onde a qualidade na ingesta seria a principal forma de contribuir para um bom funcionamento do organismo com a ideia de que se “libertassem o corpo e a mente de impurezas”, seria alcançado um corpo saudável e com maior qualidade de vida (Bratman e Knight,2000).

Diante da intensa rotina estabelecida, o alto grau de seletividade e sobretudo o alto nível de exigência com relação à qualidade e pureza dos alimentos, torna o componente econômico também um fator bastante limitante.

Além dos altos custos econômicos gerados na possibilidade de aquisição deste tipo de produtos, há outro aspecto também afetado.

O impacto social da ON pode também gerar um afastamento dos outros, uma vez que os indivíduos se sentem na obrigação de esclarecer, elucidar e convencer familiares e amigos acerca dos seus novos hábitos alimentares, podendo gerar conflitos, dificuldades de relacionamento e finalmente levar ao isolamento social (Martins et al., 2011, p.87)

Ao se deparar com o isolamento social, gerado pela conduta muito obsessiva em estar com a atenção voltada fundamentalmente para cumprir estas exigências nutricionais impostas pela própria rotina, pacientes com o quadro de ON podem experimentar importantes abalos do ponto de vista da saúde mental.

Um aspecto que fica bem demarcado na dinâmica de vida das pessoas que desenvolvem este comportamento é a refutação de refeições fora do ambiente da própria casa, exatamente para não ter que se sentir muitas vezes, com a sensação de culpa, tristeza ou arrependimento em consumir algum tipo de alimento fora da própria dieta estabelecida para si mesmo.

Segundo Flandrin e Montanari, 2015, de modo geral, é muito comum que se prefira fazer refeições com pessoas e grupos por quem se tem particular afeição. Os mais importantes momentos da vida pessoal e social são demarcados por encontros nos quais a alimentação é ponto central, como jantares de formatura, noivado, almoços de família, aniversários e em outras sociedades, mesmo nos funerais são marcados por refeições cerimoniais.

Torna-se bem limitante, para as pessoas que desenvolvem tais comportamentos, estarem em pequenos, médios ou em grandes grupos, pois inevitavelmente, ocorrerá em algum momento, à possibilidade de realizarem refeições em grupo, o que levaria tais indivíduos a um profundo sentimento de exclusão ou mesmo incompreensão diante de suas exigências frente ao tipo de alimento apresentado para todos.

1.1. Revisão de Literatura

Dentro da perspectiva de se compreender a importância do estudo sobre a ON, torna-se obrigatória uma revisão de literatura dentro do presente trabalho. Previsivelmente, pelo fato da definição ser algo relativamente recente, surgiu em 1997, ainda hoje não encontramos um volume significativo de pesquisas acadêmicas referentes a este assunto.

O conceito e definição sobre o nome ortorexia, citado anteriormente pelo Dr. Steven Bratman, médico que realmente definiu o termo, começou a partir do seu despertar pessoal para os seus próprios comportamentos diante da sua relação com os alimentos e sua exigência na qualidade para consumo.

Diante dos seus próprios olhos, algo parecia sair de seu “controle” o que o lançou para sua importante descoberta, através da sua própria dificuldade em se alimentar sem estes tipos de exageros.

Esta pesquisa seguiu através da consulta às fontes: Google acadêmico, SciELO e PubMed, onde visitei vários artigos e separei 15 onde a palavra-chave era ON. Foram identificados: monografia de mestrado, monografias de graduação e artigos científicos sobre o tema. Todo o material coletado dentro deste assunto foi publicado entre junho de 2004 até a presente data.

Como ponto inicial, localizei o primeiro artigo científico publicado sobre o assunto por Domini et. al (2004), editado dentro da Eating Weight Disord, em seu volume 9, dentro da 2ª edição.

Dentro deste estudo precursor, os autores realizaram a primeira pesquisa de caráter científico sobre o tema, pois segundo eles, antes desta publicação, o que existia era um material em sueco; um estudo apenas, sem resumo e de difícil acessibilidade.

A grande maioria do material que consultei, tinha como objetivo avaliar os resultados a partir de uma pesquisa de campo, através da investigação da presença de sintomas de ON. Os resultados obtidos nas conclusões que selecionamos, revelaram um perfil comportamental quase padronizado nos pacientes que apresentaram o ponto de corte para o quadro.

Uma ressalva bastante importante é que segundo a revisão do último DSM-V, referência presente em todos os trabalhos consultados, a ON não foi classificada dentro dos transtornos alimentares e sim, como uma alteração do comportamento alimentar.

Segundo Alvarenga (2010), os países que mais desenvolveram artigos originais sobre esse assunto foram os países na Europa: Turquia, Itália, Áustria, Suécia e Alemanha.

A mesma autora ressalta, que a maioria dos estudos apresentados desde então, eram estudos transversais, ou seja, um modelo de estudo, baseado numa pesquisa observacional, que analisa os dados coletados num determinado período e também em uma população amostral ou em um subconjunto predefinido.

Uma citação bastante comum em quase todos os trabalhos que consultamos, foi à possibilidade do uso de testes psicométricos durante a realização das pesquisas como uma valiosa ferramenta para comensurar respostas e poder apresentá-los estatisticamente.

Dentro das pesquisas, os resultados quantitativos obtidos com o uso dos testes, são bem relevantes para o pesquisador na demonstração dos resultados. Até o presente momento, existem seis instrumentos, testes empregados nos estudos sobre ON e são eles: BOT (Bratman's orthorexia test), criado pelo médico Dr. Steven Bratman em 1997 (EUA); ORTO-15 elaborado em 2005 por Domini et al (ITALIA); DOS elaborado em 2015 por Barthels et al (ALEMANHA), EHQ elaborado em 2013 por Gleaves et al. (EUA); BOS elaborado em 2018 por Bauer et al.(ESPANHA); TOS elaborado em 2018 por Barrada e Roncero (ESPANHA). Os testes estão apresentados em anexo.

Para realizar o “diagnóstico” de ON empregaram um questionário de hábitos alimentares e avaliaram a presença de traços de personalidade obsessivo-compulsivo. A partir do ano seguinte, com o desenvolvimento do ORTO-15 pelos mesmos autores (Domini et al., 2005), vários estudos reportaram a “prevalência” de ON na população geral, em estudantes e em diferentes grupos utilizando o BOT, várias traduções e versões do ORTO-15 e outros instrumentos posteriormente desenvolvidos (Alvarenga, 2020, p.128)

Um aspecto populacional que foi bastante investigado nas pesquisas e que chamou atenção era a hipóteses de haver uma prevalência dos quadros de ON entre os profissionais das áreas da saúde: médicos, nutricionista, estudantes de nutrição e áreas afins.

Em algumas pesquisas às hipóteses eram confirmadas e em outras não, ou seja, ainda não há um consenso fechado sobre a real possibilidade deste tipo de público ser realmente mais acometido por este tipo de demanda clínica (PENAFORTE et al. 2017).

Outro aspecto populacional importante que a ON traz e que difere substancialmente dos Transtornos alimentares como a anorexia nervosa e a bulimia nervosa é a predominância do aparecimento da patologia em mulheres.

Nos estudos sobre ON, o quadro estatístico comparativo entre os gêneros é bastante equilibrado e em alguns casos, dentro da população pesquisada, o número de homens que apresentaram o quadro foi até superior ao número de mulheres pesquisadas. (BELMONTE et al. 2016)

Um aspecto psicológico importante percebido foi que diferentemente dos pacientes que sofrem anorexia e bulimia é que o paciente ortoréxico não esconde seu comportamento, ao contrário, faz questão de divulgar e fazer novos adeptos a sua difícil dieta.

Outra reação psicológica observada pelo público que apresenta a ON é o aspecto de autocrítica. Normalmente, as pesquisas falam que os pacientes que apresentam ON se sentem superiores aos demais por se considerarem um possuidor de um conhecimento acima do demais. Esse aspecto nas interações sociais, leva os pacientes a um profundo isolamento nas relações gerando outros reflexos importantes.

Nos mais diversos grupos pesquisados, outro ponto observado é que o grupo que normalmente apresenta comportamento ortoréxico são pessoas com uma estrutura de personalidade mais meticulosa, organizada e criteriosa. A autoestima e a satisfação pessoal ficam excessivamente dependentes da adesão à prática constante da dieta restritamente saudável.

Como a doença leva a restrições cada vez maiores e vão aumentando progressivamente ao longo do tempo, há sempre uma expectativa sobre o aumento da angústia em poder não conseguir dar “conta” das múltiplas exigências exercidas pelo seu próprio intrapsíquico.

Um único aspecto que apareceu em quase unanimidade nos trabalhos, foi à correlação entre a ON e o TOC - transtorno obsessivo compulsivo. Em toda produção acadêmica que tive acesso, um aspecto que não diverge em nenhum

pesquisador ao contrário sempre convergia era o padrão bastante obsessivo que aparece na totalidade dos casos, gerando perdas comportamentais.

Os principais prejuízos vão desde o aspecto temporal, aspecto social e principalmente nutricional, devido ao baixo equilíbrio nutricional entre aquilo que o corpo realmente necessita e aquilo que o paciente ortoréxico se autoriza consumir. (DOMINI et.al, 2004)

Material acadêmicos pesquisados			
Título	Tipo do trabalho	Ano	Conclusão
ON em estudantes de nutrição: Hipercorreção incorporada ao habitus profissional	Revisão de bibliografia+pesquisa de campo com alunos técnicos de nutrição	2012	83% apresentaram característica de ON no curso de TND
Transtornos alimentares modernos: Uma comparação entre ortorexia e vigorexia	Artigo	2015	A insatisfação com a imagem social e media social em ambos comportamentos
Ortorexia nervosa: Um desafio para o nutrólogo	Revisão de artigos (43 ao todo)	2016	Sem prevalência de genero, difícil diagnóstico de ON
Avaliação da prevalência de Ortorexia e vigorexia em desportistas recreacionais	Revisão de bibliografia + pesquisa de campo com 50 universitários	2016	Prevalência entre homens
Ortorexia nervosa em nutricionistas e estudantes de nutrição (MONOGRAFIA)	Revisão de bibliografia	2017	Estudantes de nutrição apresentam maior prevalencia de ON
Ortorexia nervosa - caracterização	Tese de mestrado em Medicina (Pesquisa de campo e revisão de bibliografía)	2017	Do total pesquisado 56,3% que preencheram critérios eram do sexo masculino e 48.7% eram do sexo feminino
As problemáticas de Ortorexia: uma revisão crítica de literatura	Monografia de graduação em nutrição	2018	Prevalência entre homens
Ortorexia nervosa: Comportamento alimentar e social	Monografia de graduação em nutrição	2018	Profissionais de saúde e alimentação com a maior prevalência
A influência das redes sociais na transmissão do estilo de vida voltado as práticas de saúde	Revisão de bibliografia	2019	Prejuizos gerados pela ortorexia e outros transtornos alimentares

Materiais acadêmicos pesquisados			
Título	Público pesquisado	Ano	Conclusão
Comportamento de ON em mulheres jovens	Estudantes de nutrição, farmácia e enfermagem (faculdade privada)	2009	Não houve prevalência, houve um equilíbrio nos estudantes pesquisados
Ortorexia nervosa: Reflexões sobre um novo conceito	Estudantes de medicina, médicos, nutricionistas, sintomas de ansiedade e TOC	2011	Ligeira prevalência no sexo masculino
Comportamento de risco em estudantes de nutrição	Estudantes de nutrição e profissionais de saúde	2014	88,7% risco de ON
ON em estudantes de nutrição: associação c/nutricional, satisfação corporal	Estudantes de nutrição e profissionais de saúde (141 participantes)	2017	Os estudantes de nutrição é a população que apresenta maior risco ON
Risco de desenvolvimento de ON e o comportamento alimentar em estudantes.	Estudantes de educação física (40)	2017	82,5% risco de ON
Avaliação de risco p/desenvolvimento de ON em alunos de 2(duas) academias de Minas Gerais	Pesquisa de campo com alunos de 2(duas) academias de 20 a 60 anos	2018	Fatores sócios-econômicos e satisfação da imagem corporal podem contribuir para o desenvolvimento de ON

Entretanto, um alerta que aparece poderia ser feito são os programas de prevenção ao aparecimento de sintomas de ON por meio da psicoeducação, visto ser um transtorno alimentar ainda não classificado pela APA.

A pouca quantidade de material produzido sobre o tema até hoje, é um fator importante para darmos uma atenção ainda maior sobre as pesquisas dentro desta temática tão relevante.

Um questionamento realizado por dois médicos do AMBULIM- Programa de Transtornos Alimentares do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – HCFMUSP, foi levantado dentro da definição do TARE transtorno alimentar restritivo evitativo. Seria a ON uma variação deste transtorno num cenário adulto? (ARATANGY, BUONFIGLIO, 2017)

A definição de TARE nasceu na última revisão da APA em 2013, juntamente com o DSM-V, antes, a definição era Transtorno Alimentar Seletivo. Com essa nova definição, pode-se pensar que as crianças e adolescentes que apresentam um quadro de TARE seriam mais propensas ao aparecimento na idade adulta de um quadro de ON.

2 Caso Clínico

D. F. G, 39 anos, vem acompanhando sua filha E. C, 11 anos, nitidamente envergonhada e constrangida. Ambas, desde a chegada na recepção do consultório, refletiam uma forte necessidade de ajuda ainda não conhecida por mim.

Sua busca pelo atendimento clínico para a filha, era para tratar de um quadro bem restritivo e limitante em sua alimentação que era a mania obsessiva em não admitir comer nenhum outro alimento, cuja origem não fosse comprovadamente pura, saudável e de alta qualidade na sua procedência.

Mãe e filha se apresentavam numa cena que chamava atenção pelo abatimento físico e emocional. A mãe foi ouvida individualmente. De modo geral, a convocação para a entrevista inicial é sempre para os dois juntos (pais), exceto em casos de separação ou outras impossibilidades.

Tratava-se de uma família religiosa, evangélica. A família nuclear era formada pelos seus respectivos membros: pai, mãe, filho mais velho e a filha que é a paciente identificada. Já nos primeiros minutos deste encontro, a mãe justificaria a razão do pai não poder estar ali presente.

O pai havia sido preso há alguns meses. Ele esteve envolvido juntamente com outros personagens em um quadro criminal que gerou a condenação penal dele juntamente com os outros envolvidos num episódio de grande repercussão nacional, gerando uma sentença judicial de 28 anos de reclusão em sistema fechado.

Se já não fosse pouco o contexto adoecido vivido por toda família, um momento tornou-se bem marcante. A filha presenciou o pai saindo algemado da própria casa direto para o sistema prisional, no mesmo instante em que ela entrava no transporte escolar em direção a sua escola.

No cenário social e principalmente na vizinhança, os amigos da escola, todos tomaram conhecimento do ocorrido, já que o fato tinha sido transmitido pelos meios de comunicação. Segundo relato da mãe, até aquele momento, os dois

filhos não haviam mais visto o pai e nem sabiam ao certo, quando isso seria possível novamente.

Além do afastamento presencial do pai, em decorrência de sua prisão, a família havia se mudado de sua própria casa em caráter de urgência com outras perdas a partir dos reflexos deste episódio. A casa que a família vivia, teve que ser vendida para suprir todos os custos gerados com os honorários dos advogados criminalistas e outras questões econômicas.

Sendo assim, a mãe, filha e um irmão, (citado muito rapidamente na entrevista), voltaram a viver dentro da casa dos avôs maternos, revelando um pouco sobre às múltiplas perdas sentidas por cada um e as fortes mudanças adaptativas que todos precisariam se ajustar.

Em sequência ao relato da dinâmica de vida da família e focando no contexto da vida da filha, a mãe revelou que houve um cuidado bem importante por conta da escola em estar atenta às múltiplas questões apresentadas pela menina dentro do grupo do qual ela estava inserida.

Existia a constatação sempre pontuada pela escola até então, que era a postura da E.C em buscar sempre o isolamento social.

Diante dos relatos situacionais trazidos sobre a família e suas próprias dificuldades pessoais em lidar com tamanha dificuldade e complexidade, expliquei que a necessidade de um tratamento para a família seria fundamental para que ambos pudessem realmente entender, o que aquela prisão verdadeiramente poderia nos apontar dentro de um contexto sistêmico da vida psíquica de cada um dentro daquela família.

De forma bem simplória, a mãe explicou que faria sim um tratamento e se colocou com total disponibilidade nos múltiplos aspectos em poder ajudar sua filha a melhorar sua condição de vida atual.

Durante a anamnese clínica, a mãe relatou que o pai tinha uma preferência visível na relação com a filha do que com o filho, o que de forma inconsciente a colocava também em posição de destaque dentro da configuração familiar.

Dentro de várias informações, houve outra revelação importante quanto à própria família. O filho tinha uma orientação sexual homoafetiva, o que não era aceito nem pelo pai e nem pela mãe.

Após a entrevista inicial muitas observações foram consideradas no relato materno sobre aquele quadro alimentar tão ameaçador e restritivo apresentado pela paciente.

E.C. apresentava a estatura de 1,49m e peso 42kg, apresentando então um IMC de 18 ou seja, a paciente estava abaixo do peso esperado segundo a medicina. Além disso, seu aspecto era de visível palidez.

Sem a possibilidade de flexibilizar minimamente sua decisão durante as refeições, esta criança parecia estar sendo fortemente marcada pela alteração do comportamento alimentar, denominada Ortorexia Nervosa.

Suas exigências eram comer apenas alimentos orgânicos; bebidas com pouca adição de açúcares e carnes que apresentavam selo de não possuírem hormônios em sua constituição; não comia lanches ou outros alimentos sem conferir bem os rótulos mesmo sem entender o que estava sendo informado. Sua lista de exigências crescia a cada semana.

Em festas e reuniões sociais, a paciente não comia praticamente nada que era apresentado nos buffets. Nem em pequenos grupos, quando se falava em comida, a paciente sempre se retirava.

A procura pela psicoterapia, já havia sido reforçada não apenas pela pediatria mas por outras especialidades médicas, inclusive a endocrinologia.

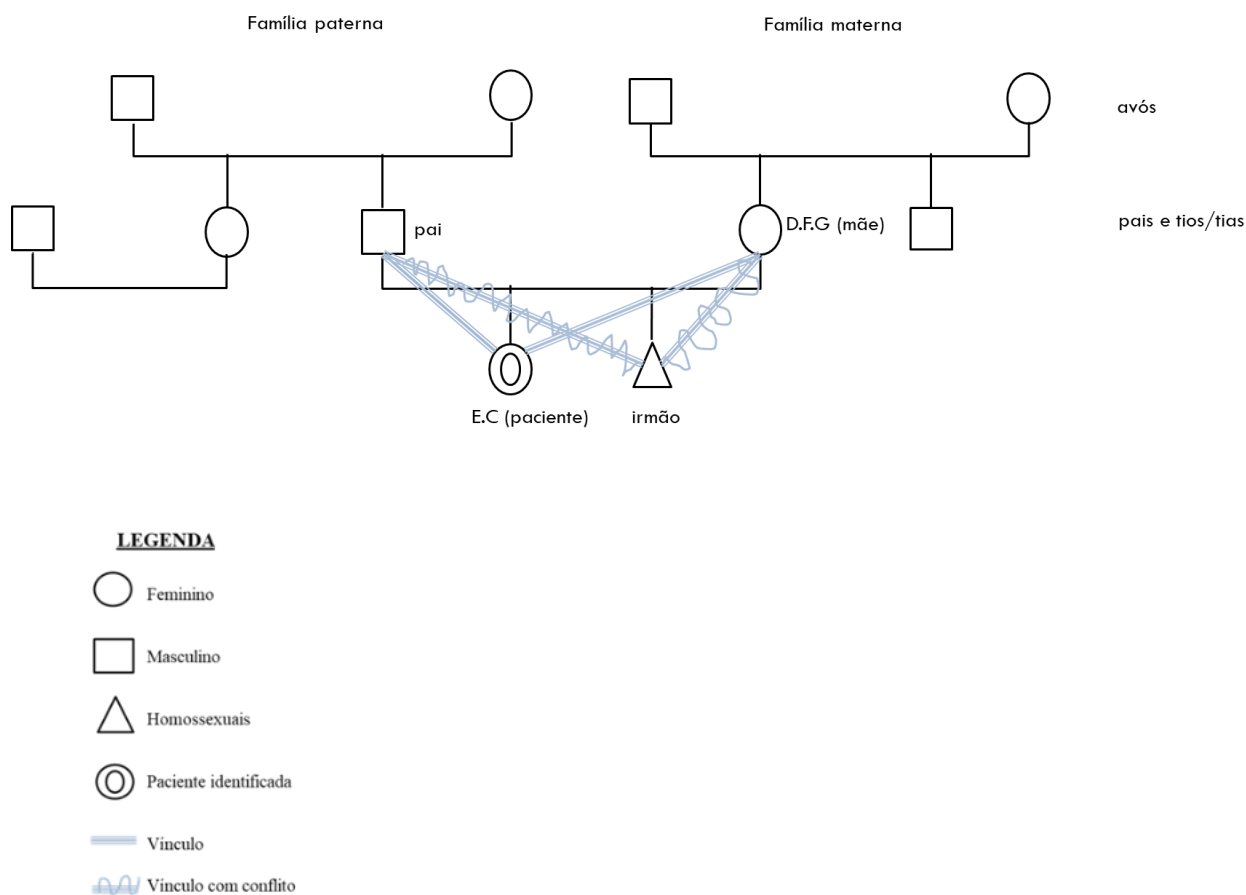
A filha possuía um nome, que fazia alusão a uma rainha na Bíblia (fato citado pela mãe) e percebi que a preocupação da mãe com a filha tinha um destaque muito grande em comparação a sua própria relação com seu filho.

A rainha na Bíblia era a rainha Ester. No antigo testamento, ela foi descrita como uma das mulheres mais importantes narrada pelos hebreus. Em discordância a uma ordem, o povo judeu se negava a reverenciar o rei da Pérsia e com isso, houve um plano para matá-los. Com sua forte influência, a rainha Ester consegue convencer o rei de cancelar a sentença de morte dos hebreus salvando o povo.

Esta filha já era aguardada por este casal, com um lugar de destaque nesta configuração. A diferença etária entre os filhos era de 12 anos, o que isso também poderia estar revelando sobre esta família.

Diante de todos os dados apresentados, existia uma relação de muito empoderamento manifesto na relação da paciente na família de origem e o que isso estaria refletindo em suas consequências atuais.

2.1. Genograma familiar



Segundo Fraguas (2009), ao pensarmos a definição de família, podemos considerar um grupo de pessoas que interagem e formam uma unidade afetiva, emocional, social e econômica, com regras, crenças e mitos compartilhados. Trata-se de nossa primeira experiência relacional e matriz de transmissão de cultura e valores do macrocosmo onde ela está inserida.

É esperado que a família, como um sistema, mantenha sua identidade através de sua história e favoreça mudanças e crescimento necessário às diferentes etapas do ciclo de vida familiar.

A base inicial para a investigação deste caso clínico, partiu do relato familiar obtido na entrevista com a mãe e através dos conteúdos obtidos na

elaboração do genograma da própria paciente identificada. A origem do instrumento está na Terapia Sistêmica Familiar e foi idealizada pelo médico psiquiatra americano Murray Bowen, aproximadamente em 1954.

Segundo Carter e McGoldrick (1995), a relevância do genograma nos estudos clínicos com famílias é fundamental. Ambas as autoras, depois da criação de Bowen, trazem o conceito de Etapas de vida do ciclo familiar, dividindo didaticamente as fases por onde passam as famílias e seus membros de modo geral.

Tal estudo gráfico nos aponta para hipóteses sobre um problema clínico que pode estar diretamente relacionado com o contexto familiar e seus desdobramentos através do tempo.

Características de como os membros da família se relacionam tanto no campo da horizontalidade: entre irmãos, marido e mulher, quanto no campo da verticalidade: transgeracional, mãe e filha e avós.

Na dinâmica familiar, a avaliação dos vínculos entre seus membros, como lidam com seus problemas e conflitos, os rituais que cultivam, a presença ou não de regras familiares, a definição de sua hierarquia e o delineamento dos papéis assumidos pelos membros da própria família.

A elaboração deste instrumento em si, não acontece de uma única vez, seu início começa desde as primeiras informações trazidas já na entrevista inicial com o paciente ou mesmo com um de seus familiares e em seguida, nos demais atendimentos com as novas informações trazidas principalmente à partir do aparecimento da queixa clínica.

Conhecer na clínica à história familiar, sua formação, composição, funções, papéis e como os membros se organizam é essencial para o psicólogo e analista que atende crianças e adolescentes.

Se tratando da clínica dos Transtornos alimentares, o genograma se apresenta como um grande instrumento principalmente para se pesquisar se existe ou já existiu algum outro membro daquela família; seja família nuclear ou família estendida, com algum outro tipo de transtorno alimentar.

Sem olhar inicialmente, para as explicações oferecidas na montagem do genograma, como terapeuta, não conseguiria entender com clareza os comportamentos que já denunciavam num primeiro momento, o padrão familiar tão comprometido apresentado por E.C.

Existiam múltiplos indicadores antes mesmo da prisão do pai da paciente que revelaram o grau de comprometimento psíquico existente dentro daquele grupo familiar.

Além disso, havia nitidamente, a presença da triangulação, ou seja, aquele forte sintoma trazido pela menina, atraiu os pais para perto dela, gerando uma potente tríade adoecida entre filha x pais, no contexto intrafamiliar, mantendo o padrão de funcionamento desligado deste grupo.

Outro marcador importante que o genograma mostrou, foi à superproteção exercida pela mãe e o total empoderamento exercido pela filha.

Desde a escolha do seu nome, sua própria identidade estava vinculada a uma realeza bíblica e sua mãe reforçava isso em tentar atender as inúmeras exigências trazidas pela filha, principalmente no âmbito alimentar, na escolha do tipo de alimento, diante das limitações econômicas e o que este fato paradoxal poderia nos explicar.

Em última instância e o mais forte dos marcadores, a rigidez no funcionamento familiar principalmente dentro dos papéis exercidos por cada um, como característica peculiar era reforçada pela paciente no comportamento alimentar em sua extrema obsessividade em não poder abrir mão em consumir outros tipos de alimentos fora de seu padrão escolhido.

Existia um manejo inconsciente na filha em exercer a rigidez através da relação com o alimento. Diante de uma família com uma estrutura tão engessada, a forma da filha em se manter identificada com seu grupo familiar, era se manter numa estrutura rígida, se sustentando numa fidelidade ao modelo familiar pela via do rigor absoluto na relação alimentar.

2.2. Aspectos da transmissão psíquica geracional

Nessa perspectiva de se compreender o conceito de transmissão psíquica, começaremos pela compreensão inicial trazida pelo Freud. Segundo ele, a transmissão psíquica aparece em quatro territórios: a transmissão intrapsíquica, a transmissão intersubjetiva, transmissão transpsíquica e a questão da formação do próprio ego. Em cada um destes territórios, existem questões importantes ligadas ao campo das neuroses. (KAES, 2001)

Na *transmissão intrapsíquica*, considera-se o texto sobre a Interpretação dos sonhos, como um texto de referência. O ponto neste campo, é saber sobre o que se transmite ou o que se transfere, no sentido de transporte ou translação. O que seria visto nesta passagem entre a vigília e o sonho, do inconsciente para o pré-consciente e do pré-consciente para o consciente, dos pensamentos latentes para o pensamento manifesto. Estas formações intermediárias estabelecem ponte e separação e cumprem funções de ligação, de deslocamento, de fixação e de condensação. (MELLO,AVRITCHIR, SOARES, 2017)

Na *transmissão intersubjetiva*, o espaço originário da intersubjetividade é o grupo familiar ou, modo geral, grupo primário, pois o mesmo precede o sujeito singular. A análise da transmissão intersubjetiva terá por objetos principais, os aspectos: as formações intersubjetivas primárias, o espaço e os vínculos que formam a realidade psíquica do conjunto intersubjetivo e o complexo de Édipo.

Na *transmissão transpsíquica* a definição trazida por Sigmund, fala sobre o que se transmite entre os sujeitos não é da mesma ordem do que se transmite “através” dele: entre os sujeitos, o objeto faz obstáculo e há a experiência da separação. Nesta transmissão, supõe a abolição dos limites e do espaço subjetivo.

Na *formação do ego* é uma instancia psíquica que está implicada nas três transmissões anteriores. Ele está solicitado nos processos e funções da transmissão psíquica em detrimento de sua posição intermediária. (MELLO,AVRITCHIR, SOARES, 2017)

Kaes (2005) nos apresenta sua teoria sobre a constituição do psiquismo. Segundo ele, sua sustentação está fundamentada em três pilares que se mantêm entrelaçados e seriam eles: vínculos intersubjetivos, sexualidade infantil e a palavra

Partindo da concepção dos vínculos subjetivos, ele viu um apoio em Freud, onde nos trouxe uma concepção politópica do inconsciente: este espaço individual que estaria em seu intrapsíquico, não estaria mais como um lugar exclusivo do inconsciente, trazendo a ideia de uma tópica descentralizada e intersubjetiva. Segundo ele, esta consideração conceitual já havia sido trazida por Freud, onde a questão da transmissão psíquica colocava-se não apenas na escala de várias gerações, mas também, em uma sincronia do sujeito, quer formasse um casal, uma família ou um grupo.

Afirmei em várias oportunidades que o sujeito do grupo não é sujeito de um único grupo: coexistem nele vários espaços psíquicos intersubjetivos, cujas formações e processos lhe são transmitidos por via psíquica e que ele herda de diversas maneiras: por apoio, identificação, incorporação, com suas exigências próprias e suas coerções de recalamento, contraditórios ou convergentes. É por intermédio desses grupos que são transmitidas e remanejadas as formações do ideal, as referências identificatórias, os enunciados míticos e ideológicos, os mecanismos de defesa, uma parte da função recalante, os ritos. (Kaes, 2001, p.14).

Um conceito importante, trazido por Kaes, dentro de sua teoria é o conceito de porta-sintoma. Através de alianças inconscientes dentro de determinado grupo, o tipo de vínculo estabelecido por cada sujeito revela um valor psíquico decisivo.

Pensando assim, o que a paciente que traz o sintoma pode nos revelar da configuração grupal ou familiar? As respostas foram sendo construídas através das manifestações das fantasias conscientes e inconscientes através do processo clínico.

Tratando-se deste caso clínico, a paciente E. C com 11 anos estava nos denunciando dentro daquele grupo familiar, muito além de um quadro individual de sua patologia com o comer restritivo. Havia ali a materialização da rigidez psíquica transmitida dentro daquele grupo familiar.

Na medida em que o próprio superego exercia tamanha rigidez dentro do grupo, no intrapsíquico individual de E.C, parecia que seus sintomas estavam gritando como forma de apelo para a diminuição dos níveis de pressão exercidos pelo grupo familiar.

3 Clínica da psicanálise

Dentro da psicanálise e sua atuação na clínica dos transtornos alimentares, a Psicanálise do Sensível, de autoria da psicanalista Ivanise Fontes e a teoria desenvolvida pelo pediatra e psicanalista D. Winnicott, foram às abordagens que mais dialogaram com a prática analítica desenvolvida neste trabalho.

A primeira autora na construção da sua teoria e na sua respectiva prática clínica foi apoiada nos autores contemporâneos da psicanálise como Didier Anzier, F. Tustin, P. Fedida, J. Kristeva e o próprio D. Winnicott.

Sua construção textual destaca do início ao fim, a valorização da sensorialidade na teoria e na técnica analítica. Diante das possíveis ameaças ao nosso espaço psíquico, a valorização da experiência sensorial e sua relação com a representação psíquica é muito importante.

A Psicanálise do Sensível teve início no livro Memória Corporal e Transferência, publicado em 2002 onde a autora formulou sua tese de doutorado, onde afirmou que as impressões sensoriais da mais tenra infância podem ser despertadas, no curso de uma análise, pelo fenômeno da transferência.

Ela nos aponta neste livro: “Como testemunha, presente em todas às circunstâncias vividas pelo indivíduo o corpo não esquece suas sensações e as mantém na memória do acontecimento.”

Dentro de seu trabalho, dois autores estão destacados como fundamentais na base de referência teórica: Freud e Ferenczi.

Freud tinha como tema central em sua teoria, escrever sobre a metapsicologia. Em 1899, ainda no século XIX, no artigo sobre Lembranças Encobridoras, nos diz:

“Não se discute o fato de que as experiências dos primeiros anos de nossa infância deixaram marcas indeléveis nas profundezas de nossas mentes. Entretanto, se procuramos averiguar em nossas lembranças quais foram destinadas a nos influenciar até o final da vida, o resultado é: ou absolutamente nada ou um número relativamente pequeno de recordações isoladas, que são frequentemente de importância duvidosa ou enigmática”. E acrescenta: “O enigmático reside no fato de que estamos sob o jugo ou efeito, durante toda a nossa vida, dessas impressões precoces. Esse efeito é o infantil que perdura em cada indivíduo”. (Fontes, 2010, p.16)

Em 1923, Sigmund em seu texto “Ego e o Id”, já identificava um lugar de destaque para o corpo na constituição do psiquismo. Não somente postulava a existência do ego corporal anterior a tudo, mas chamava atenção para a questão da superfície do corpo - a pele.

Já em 1939, seu texto “O Homem Moisés e a Religião Monoteísta”, retorna à noção das impressões precoces e afirma: “Essas experiências inaugurais produzem fortes impressões e são relativas ao corpo próprio ou as percepções sensoriais principalmente de ordem visual e auditiva”

Durante sua obra inteira, Freud traz a ideia de “eindrücke” (impressão) num considerável número de vezes em seus escritos. Esse conceito se torna essencial para designar a receptividade do dispositivo pulsional e psíquico em relação ao vivido.

Já para outro autor Ferenczi, o tema central de sua teoria era criar o que ele mesmo chamou de Bioanálise. Segundo ele, “nos momentos em que o psiquismo falha, o organismo começa a pensar”. Em realidade o corpo já estava lá onde a história se fazia. O corpo é a testemunha de todas as circunstâncias vividas pelo indivíduo. Ele afirma também: “às sensações desagradáveis continuam a vibrar em algumas partes do corpo”.

Segundo Ferenczi, ele defendia a ideia de uma tendência à regressão tanto na vida psíquica quanto na vida orgânica. A análise não chega a nada sem a regressão, segundo ele. A transferência é o “lugar” privilegiado onde isso acontece. (FONTES, 2010)

Pontalis (1999) faz considerações importantes sobre Ferenczi quanto ao conceito fundamental da psicanálise dentro dos TA que é o conceito de introjeção. O autor, traz o conceito de introjeção em 1909, que, segundo ele, seria o primeiro e único processo de psiquismo. Em 1912, o mesmo autor definiu de forma mais clara o conceito como algo relacional com mundo externo, de metabolização dos objetos externos, podemos entender também a relação com alimento.

Desta forma, a operação de introjetar, segundo o autor, é algo constitutivo do aparelho psíquico é importantíssimo no processo de simbolização. Como exemplo primário deste processo, encontramos a própria introjeção do seio materno que nos traria em simultâneo, a inclusão e a noção de prazer como um suporte de sentimentos.

Este processo intenso é o primeiro responsável pela instauração no nosso psiquismo da dualidade prazer/desprazer, instaurando a própria sexualidade através de uma ordenação e estruturação do próprio aparelho psíquico.

Já o conceito de incorporação aparece muito bem definido por Abrahan e Klein:

“processo pelo qual o sujeito, de um modo mais ou menos fantasístico, faz penetrar e conserva o objeto no interior do seu corpo. A incorporação constitui uma meta pulsional e um modo de relação de objeto característico da fase oral; numa relação privilegiada com a atividade bucal e a ingestão de alimentos, pode igualmente ser vivida em relação com outras zonas erógenas e outras funções. Constitui o protótipo corporal de introjeção e da identificação.” (Laplanche & Pontalis, 1999, p.238)

Em linhas gerais, a incorporação seria a escolha de um objeto sem elaborar o que está sendo consumido, apenas incorporando, trazendo para dentro do próprio corpo sem viver uma dinâmica relacional com o objeto, nem mesmo uma validação afetiva desse processo.

Substancialmente, no caso E.C, a comida estava sendo incorporada. Sua relação com a comida estava tão comprometida dentro de uma rigidez psíquica, o que dificultaria introjetar o alimento; não havia permissão no próprio ego para percepções ou questionamentos no campo relacional afetivo durante suas refeições.

Um outro teórico de referência dentro deste trabalho é Donald Winnicott.

Para Winnicott, sua clínica foi algo que marcou inclusive a própria construção teórica de Fontes, com uma importância indescritível na psicanálise com crianças e adolescentes.

“A psicoterapia se efetua na sobreposição de duas áreas do brincar, a do paciente e a do terapeuta. A psicoterapia trata de duas pessoas que brincam juntas. Em consequência, onde o brincar não é possível, o trabalho efetuado pelo terapeuta é dirigido então no sentido de trazer o paciente de um estado em que não é capaz de brincar para um estado em que o é” (Winnicott, 1975, p.65).

Sua teoria, derivada de sua experiência clínica, nos traz vários conceitos fundamentais neste trabalho. Em 1975, no livro *O brincar e a realidade*, o autor trouxe mais fortemente o que já havia citado em 1958 no livro *Da pediatria a psicanálise*, ele relata sua compreensão da existência de três esferas da realidade. Segundo o autor, seriam elas: a realidade externa e a interna e a necessidade de se entender a terceira divisão que seria experimentação.

Ele traz uma ideia muito importante sobre influências recíprocas:

“tudo começa em casa” e “não existe nada como um bebê, já que ele não pode existir sem mais ninguém, pois já é parte de uma relação. Considera que o laço original entre pais e bebê é fonte de todas as ligações subsequentes e também do desenvolvimento do sentimento de si mesmo. Por outro lado, o bebê, antes de nascer, contribui para a integração do casal e já tem lugar em seu imaginário. (Levisky et.al, p.122)

Segundo Winnicott, esta definição mais primária na relação mãe x bebê é algo construído na base da relação vincular entre ambos.

Para o autor, no livro da Pediatria a Psicanálise 1958, não existe uma linha divisória nítida entre as correlações e exemplos de momentos críticos dentro dos distúrbios do apetite, porém ele cita seis situações que geram impacto em nossa história relacional com o comer: 1º o nascimento de um novo bebê; 2º perda da primeira pessoa que amamenta o bebê; 3º afastamento de casa; 4º primeira refeição com ambos os pais; 5º tentativas de induzir a criança a comer sozinha; 6º. Introdução do alimento sólido ou simplesmente mais consistente, reações ansiosas a mordida no bico do seio.

Estes episódios trazem impactos em nossa vida e devem ser considerados sempre na psicanálise com crianças.

Outras definições da função materna que são extremamente importantes na relação mãe e bebê, principalmente dentro deste presente trabalho: **holding** e **handling**.

O conceito de **holding** tem um sentido de “sustentação”, ou seja, a mãe instaura uma rotina constante de cuidados cotidianos que vão sustentar, não somente corporal, mas psiquicamente, a criança. Desse modo, às informações externas do bebê se tornam simplificadas, com “contorno” facilitando sua integração no tempo e no espaço.

Já o conceito de **handling**, é conhecido também como “personalização”. Trata-se da função de “manipulação” do bebê enquanto ele é cuidado. É uma função que harmoniza a vida psíquica com o corpo.

Nesta finalização, percebe-se claramente que o **holding** era insuficiente não somente na vida da própria paciente E.C., mas sobretudo, no contexto da própria família nuclear.

4 Evolução clínica e proposta terapêutica

Partindo da etiologia e indo ao encontro do diagnóstico e chegando ao próprio tratamento clínico, no presente caso apresentado, a evolução clínica foi vinculada ao tratamento da paciente em análise individual e em terapia familiar.

Nesta família, havia uma simetria importante entre filha e pai empoderados e mãe e filho desconsiderados. As cartas haviam chegado em seus destinatários.

Tornava-se urgente construir com aquela família, este aspecto de continentalidade, principalmente a partir da nova configuração monoparental, um novo “contorno” entre eles mesmos, levando em conta esta nova dinâmica relacional familiar, com todos estes abalos.

Outro cenário urgente que sempre aparecia durante o tratamento, era a memória sensorial registrada no corpo, oriunda do processo traumático despertado pelo pai diante do crime cometido, não apenas na vida da paciente identificada, mas em toda sua família nuclear.

Diferentemente, em muitos casos, algumas famílias assumem posturas que para tentar minimizar os reflexos da própria dor, aplicam estratégias de negação, ou até mesmo tentativas de desmentir o que realmente está acontecendo e sendo denunciado, o que aumentam ainda mais os impactos traumáticos no intrapsíquico de seus sobreviventes.

Um dos aspectos que foi percebido exatamente no decorrer do tratamento no campo da evolução clínica, foi inicialmente a tentativa da mãe em minimizar o fato da implicação real do marido num crime bárbaro, tentando negar o reflexo desta dor para a própria filha e sua relação com o que estava sendo apresentado.

No decorrer dos atendimentos, essa postura egóica defensiva da mãe foi se abrindo, permitindo que ela mesma pudesse entrar em contato com a sua própria dor e entendendo a amplitude do impacto do trauma para toda a família cada um com o seu sofrimento.

É expressamente importante, o uso de ferramentas na clínica objetivando sempre abrir canais no campo transferencial, através de jogos e técnicas projetivas como, por exemplo, o HTP casa-árvore-pessoa, criado em 1948.

O uso desta técnica projetiva e entre outros recursos, fizeram parte do tratamento exatamente para acompanhar a paciente durante o período em que a mesma estava sendo atendida dentro de sua evolução clínica.

Já na proposta terapêutica, dois aspectos entram como foco no processo analítico principalmente considerando a história apresentada e seu respectivo sintoma apresentado pela paciente E. são elas: o conceito de Narcisismo e Complexo de Édipo.

Em uma família, em que um de seus membros manifesta um comportamento dentro da clínica dos transtornos alimentares, um aspecto que deve ser investigado é o poder. O que aquele sintoma pode estar representando como a manifestação patológica de um traço narcísico através da doença.

Se tratando de uma menina que já era marcada pelo empoderamento atribuído pelos próprios pais até mesmo na origem do significado de seu próprio nome, inserir a família para o tratamento e não focar apenas na paciente diante desta informação foi à base terapêutica neste trabalho.

As inúmeras exigências dentro do grupo familiar, o rigor nas escolhas e um padrão quase inalcançável na seleção do tipo de alimentos escolhidos para consumo pela paciente, reforçavam firmemente esta hipótese.

O fator econômico era outro ponto bastante comprometedor, que colocava também a paciente numa posição de destaque e importância já que ninguém, além dela mesma, ingeria alimentos tão “nobres” como os que ela argumentava como necessários para a sua vida. Crenças e obsessividades eram marcas constantes em sua fala e comportamento, e apareciam através das atividades e jogos propostos no **setting** terapêutico.

Desde o pensar em querer participar até o interagir, dependia exclusivamente de sua ilustre disponibilidade.

O isolamento social também era outro marcador muito frequente e também uma questão clínica. Nenhum grupo seria satisfatório ou atrativo para sua integração; estaria em jogo uma autoimagem muito comprometida ao ponto de não participar de nada que não fosse dentro de um “nível”, que atendesse totalmente suas expectativas.

Nessa perspectiva, perceber o que tal patologia, gerava na vida dela e gera na vida da maioria dos pacientes com ON e outros transtornos alimentares, um *aprisionamento* muitas vezes originado num *empoderamento*. Lembrando que tal

alteração do comportamento alimentar aconteceu logo após a prisão do seu pai, o que este sentido de aprisionamento estava nos revelando, tornou-se claro.

Existia uma vinculação importante para se considerar neste fato, entre o aprisionamento físico do pai junto ao sistema penitenciário e o aprisionamento alimentar da filha, a partir do extremo rigor de suas exigências.

Estava nítido a relação inconsciente estabelecida no contexto edípico entre filha e pai neste aspecto.

Outras figuras, que de forma secundária também se apresentavam “aprimonasdas” eram a própria mãe e o irmão, sendo que cada um dentro de outro aspecto intrafamiliar. A mãe aprimonasda numa relação conjugal de muita subjugação e o filho aprimonasdo na rejeição originada na primeira infância e reforçada no aspecto da não aceitação familiar de sua orientação sexual e consequente abandono.

5 Discussão

A partir da década de 70, através do estudo das patologias dentro da clínica dos Transtornos alimentares, não se tratando diretamente da ON, mas de outra patologia, que foi a anorexia nervosa (AN), o terapeuta familiar Salvador Minuchin, médico pediatra, argentino e psicanalista de formação, traz um modelo onde preconiza, que características do modo do funcionamento familiar influenciam no aparecimento de determinadas patologias.

Nitidamente, percebe-se, que Minuchin foi fortemente influenciado pelas contribuições teóricas e analíticas de Winnicott.

Ele, S. Minuchin definiu o conceito de famílias psicossomáticas, a partir das seguintes características: 1) presença de aliança entre as gerações na família; 2) evitação de conflitos entre todos os membros; 3) repertório familiar não flexível e com pouca capacidade de resolução de problemas.

Para o terapeuta de família, porém, o paciente identificado é somente o portador de um sintoma; a causa do problema são as transações disfuncionais da família; e o processo de cura envolverá mudanças destas transações disfuncionais. A flutuação terá que ser ampliada para mover o sistema familiar para uma forma mais complexa de organização- que permita enfrentar melhor as circunstâncias atuais da família (Minuchin, 2003, p. 37).

Minuchin, se apresenta como o representante da terapia familiar estrutural, nos mostrando que a patologia que muitas vezes nos é apresentada pelo paciente, não está apenas dentro do indivíduo, mas sobretudo na sua família. Sua compreensão sobre a dinâmica do adoecimento psíquico de um paciente e a interrelação com o sistema familiar é imperioso.

Segundo ele, existem dois elementos fundamentais dentro do seu conceito de estrutura: o conceito de subsistemas e o outro é o conceito de fronteiras. No conceito de subsistema está a compreensão de territórios, campo territorial entre os pais, território dos filhos e território do casal.

Já o conceito de fronteiras, fala sobre os limites que existem entre um território e outro; são os comandos que falam sobre quem vai participar e como irá participar de um subsistema.

De acordo com sua formulação teórica, os principais problemas encontrados na clínica estão relacionados com a dinâmica da compreensão sobre as fronteiras e entre os subsistemas. Dentro deste modelo estrutural, Minuchin define as famílias em dois padrões comuns de funcionamento: famílias emaranhadas (fronteiras inexistentes) e outras desligadas (fronteiras muito rígidas). Nos dois estilos de funcionamento, os pacientes são alvos do processo de adoecimento que parte de um padrão adoecido de interação familiar.

Alvarenga, Figueiredo, Timerman 2015 e Stroebe, Van Koningsbruggen, 2103, explicam que a sinalização interna de fome e saciedade possui uma regulação multideterminada e bastante complexa, principalmente pela subjetividade que vai estar atrelada ao reconhecimento e a validação emocional dessas sensações.

Quero pensar nesta discussão, os impactos da velocidade de informação dentro das famílias em dias atuais.

Trazendo uma informação obtida nos últimos 4 anos, dentro dos meios de comunicação, de acordo com a Pesquisa Brasileira de Mídia 2016 (Brasil, 2016), naquele momento, a televisão seguia como o veículo mais utilizado, apontada pelo percentual de 63% dos pesquisados. Entretanto, dos entrevistados, 28% também utilizavam o celular enquanto assistiam a TV.

Em segundo lugar estava à internet, mencionada por quase metade dos entrevistados como o meio para “se informar do que acontece no Brasil” muito a frente dos jornais e rádio. Outro dado que chama atenção é que na faixa etária entre 16 a 24 anos, 43% deles passam mais de 300 minutos ao dia, conectados em internet.

Considerando a força de convencimento que as fake news tem revelado neste tempo, torna-se assustadora a possibilidade de propagação e absorção de informações falsas, distorcidas e oportunistas sobre o cenário alimentar.

Se seguirmos nas análises e investigações sobre os efeitos do convencimento conquistado através das divulgações nas redes como facebook, twitter, instagran, snapchat, youtube, whatsapp e outros veículos, percebe-se que estes veículos têm um poder de alcançar e influenciar milhares de pessoas e seus familiares.

Quanta complexidade pode estar em jogo, já que um dos fatores etiológicos estudados para entendermos o aumento do surgimento de novos quadros de

transtorno alimentar é o forte poder de convencimento dos influenciadores digitais.

Do volume de pessoas que tem acesso a este tipo de conteúdo, quantas destas pessoas, chegam a se questionar sobre a veracidade do conteúdo e principalmente, quem são essas pessoas que publicam tais informações e se possuem algum tipo de formação técnica específica para ensinar tais metodologias.

Falar sobre a qualidade dos alimentos, pureza, dicas e descobertas que se apresentam como comprovadas para pacientes que já tem uma pré-disposição para desenvolverem um quadro de transtorno alimentar, é algo que nos parece bastante fácil de acontecer em nossa sociedade.

Tratando-se de um caso clínico onde a alteração do comportamento alimentar ocorreu no final da infância, pensar de forma crítica sobre a clínica nutricional na infância, também se fez necessário dentro da presente discussão.

Considera-se indispensável dentro desse novo e crescente ambiente de fácil acessibilidade às mídias digitais e redes sociais pelas crianças e adolescentes, que se desenvolvam plataformas psicoeducativas que sirvam para atrair cada vez mais o público que busca e precisa de uma ajuda esclarecedora dentro desta e de outras demandas alimentares.

6 Conclusão

A proposta de apresentar este trabalho aconteceu inicialmente com a percepção da relevância em estudar um tema tão atual dentro da clinica dos transtornos alimentares, a ON; seu aparecimento histórico, conceituação, revisão da literatura, evolução clínica e proposta terapêutica de tratamento.

Sem dúvida, à ideia de produzir um trabalho monográfico dentro desta temática foi desafiadora do início ao fim, principalmente pela complexidade do assunto por ainda não se tratar de um transtorno alimentar classificado na revisão do DSM-V, mas definido como uma alteração patológica no comportamento alimentar.

A cada dia surgem novos adeptos a partir de seus pseudo-mestres, que realmente ofereceram propostas inalcançáveis dentro de seus conceitos de qualidade de vida pela via do rigor absoluto sem flexibilidade nos estilos de consumo.

Desde 1997, data do nascimento do conceito de Ortorexia Nervosa criado por Bratman até os dias atuais, percebe-se que em todos os continentes nas mais variadas culturas, nascem novos estilos de dietas que são lançadas e amplamente difundidas.

Partindo de seus impactos nutricionais, seu aparecimento na vida do sujeito não é facilmente percebido como em outros quadros clínicos em TA, como por exemplo, na obesidade ou mesmo na anorexia. Não existe uma alteração visível no corpo o que de certa forma, dificulta ainda mais a percepção da presença deste quadro na vida das pessoas de modo geral.

Na revisão da literatura, na contextualização mais ampla sobre este assunto, foi possível trazer alguns trabalhos desenvolvidos até a presente data.

Em muitos resultados, praticamente em sua totalidade, uma característica em comum foi encontrada naqueles pacientes que apresentavam o quadro de ON; uma conduta sempre obsessiva compulsiva com o alimento, desde a forma de consumir, preparar e até mesmo, em alguns casos, na forma de ingerir.

Outra questão bem importante encontrada na revisão de literatura foi à hipótese de uma correlação, entre o TARE transtorno alimentar restritivo evitativo, definição trazida no último DSM-V, que aparece na infância e sua possível vinculação clínica com o surgimento da ON numa idade posterior.

Psicólogos, psiquiatras, endocrinologistas, nutrólogos, nutricionista e educadores físicos, em sua grande maioria reconhece a importância do uso dos instrumentos psicométricos nas pesquisas, principalmente o ORTO-15, porém identificam a importância incontestável de informações qualitativas referentes ao perfil pessoal dos pesquisados.

Não seria possível distinguir fora do setting terapêutico onde está à linha divisória entre o normal e o patológico nestas formas de se relacionar com o alimento.

Veganismo, vegetarianismo, low carb, cetogênica, dash, alimentação viva e entre outras dietas nos respondem sobre tais pacientes que vivem se fundamentando em dietas com a firme convicção e certeza de se tratarem de métodos tão absolutos e irrefutáveis.

Existe uma necessidade de desenvolvermos também, novas ferramentas de abordagem para um olhar clínico sobre estas ideias às vezes sedimentadas também por profissionais de saúde que também apresentam uma estrutura mais rígida com relação ao próprio conceito de saúde, de bem-estar e de adoecimento.

Percebe-se que a prática clínica deve estar formada por uma equipe multidisciplinar para que o paciente possa se sentir assistido pelos múltiplos olhares dentro da interdisciplinaridade indispensável no tratamento dos TA.

Com uma importante contribuição teórica; a compreensão dos processos dinâmicos vividos pelas famílias em suas etapas do ciclo de vida familiar, a terapia familiar sistêmica nos norteou em entender alguns manejos apresentados não apenas pela paciente, mas pela sua própria formação familiar.

Se tratando de um caso clínico, atendido por mim, à apresentação do quadro e seus desdobramentos diante da sintomatologia apresentada pela paciente e seu cenário familiar, me impulsionou a provocar um importante diálogo teórico entre a terapia sistêmica familiar e a terapia psicanalítica.

A compreensão sobre ambiente, o que surge no campo transferencial na clínica analítica; às fantasias infantis e sua relação com o ambiente intrapsíquico da criança, fez toda a diferença dentro do assunto.

Foi destacado dentro deste trabalho principalmente o primeiro conceito de alianças inconscientes: a identificação dos tipos de alianças como alianças estruturantes, alianças defensivas e ofensivas e neste caso estudado, as alianças alienantes e patológicas.

Além disso, foi valorizado também, o funcionamento dos contratos e pactos narcísicos, alianças com o pai e demais aspectos do cenário de grande desligamento familiar.

O caso clínico apresentado neste trabalho alcançou um desfecho importante não apenas para a paciente identificada com seu quadro alimentar, mas para toda a família.

O pai segue preso, a mãe mantém uma família monoparental e conseguiu ao longo do tratamento se dar conta de sua implicação direta no aparecimento da patologia desenvolvida por E.C e o quanto sua superproteção era um importante fator mantenedor do quadro.

Percebeu também, que havia uma aliança patológica entre ela (mãe) e o filho através de uma lealdade inconsciente por também se sentir rejeitada por sua família de origem.

Os papéis parentais seguem em movimento. O superego rígido começou a dar lugar à uma possibilidade de flexibilidade o que influenciou a todos positivamente inclusive a paciente na sua relação com a comida.

Pensando sobre uma citação de um terapeuta familiar francês, finalizo este trabalho com uma reflexão:

“Há determinações inatas a todos os seres humanos: a morte e a vida. Porém, podemos tornar estes fatos pré-determinados antes mesmo de nascermos, e como lidamos com ele, experiências novas, por meio de processos psíquicos. O que nos é imposto não significa que não podemos reescrever. Melhor dizendo, é impossível fugir da morte, mas justamente escrever a vida parece ser o melhor caminho para, inclusive, lidar com esse fato brutal. Nisso consiste, também, a liberdade em desbravar outros campos possíveis das ameaças intrínsecas do eu”.

É dessa Psicanálise que estivemos falando, uma prática analítica que neste trabalho dialogou profundamente dentro do estudo de um caso clínico com a terapia sistêmica familiar e que sempre apresentará possibilidades de novas e profundas contribuições na clínica dos Transtornos alimentares.

Referências

- ALMEIDA Carolina Carvalho . **Ortorexia Nervosa – Caracterização**, Universidade de Coimbra – PT - 2017 - https://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:KgPvEDOWi0gJ:scholar.google.com/&hl=pt-BR&as_sdt=0,5&as_vis=1&scioq=ortorexia+nervosa+caracteriza%C3%A7%C3%A3o+2017
- ALVARENGA, Marle; DUNKER, Karin; PHILIPPI, Sonia. **Transtornos Alimentares e Nutrição**. São Paulo, Manole, 2020.
- ANDOLFI, Maurizio. **A Terapia familiar multigeracional**. Belo Horizonte, Artesã, 2018.
- ARATANGY, Eduardo; BUONFIGLIO, Helena (org). **Como lidar com os transtornos alimentares**. São Paulo, Hogrefe, 2017.
- BARATA, Natália Vinhas. **Ortorexia nervosa: comportamento alimentar e social**. 2018. 14 f. Monografia (Graduação) – Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2018. <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/235/12628>
- CARTER, Betty; McGoldrick, Monica (org.). **As mudanças no ciclo familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. Porto Alegre: Artmed, 1995.
- DALGALARRONDO Paulo. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2019
- DUTRA, Luciana Mello Soares. **As problemáticas de ortorexia: uma revisão crítica de literatura**. 2018. 17 f. Artigo (Graduação) – Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília, 2018 - <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/235/12593>
- FIGUEIREDO, Luis. **A Psicanálise, caminhos no mundo em transformação**. São Paulo, Escuta, 2018.
- FONTES, Ivanise. **Memoria corporal e transferência**. São Paulo, Via Lettera, 2002.
- FONTES, Ivanise. **Psicanálise do Sensível**. São Paulo, Ideias e Letras, 2010.
- FREUD, S. (1915). **Luto e melancolia**. In: FREUD, S. (1917) **Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Imago 1990
- KAES, René; FAIMBERG, Haydé; ENRIQUEZ, Micheline; BARANES, J. Jean. **Transmissão da vida psíquica entre gerações**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2001.
- LAPLANCHE, Jean & PONTALIS. **Vocabulário de Psicanálise**. São Paulo, Martins Fontes, 1999.

LOPES Maristela Resch, KIRSTN Vanessa Ramos, **Comportamentos de ortorexia nervosa em mulheres jovens**, *Disciplinarum Scientia. Série: Ciências da Saúde*, Santa Maria, v. 10, n. 1, p. 97-105, 2009 ISSN 1982-2111-<https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/954/897>

LUNA, Carolina & Belmonte, Terezinha. (2016). **Ortorexia nervosa: um desafio para o nutrólogo**. *International Journal of Nutrology*. 09. 128-139. 10.1055/s-0040-1705272.

https://www.researchgate.net/publication/339334796_Ortorexia_nervosa_um_desafio_para_o_nutrologo

MARTINS, Márcia Cristina Teixeira et al. **Ortorexia nervosa: reflexões sobre um novo conceito**. *Rev. Nutr.* [online]. 2011, vol.24, n.2, pp.345-357. ISSN 1415-5273. <https://doi.org/10.1590/S1415-52732011000200015>

MINUCHIN, Salvador; FISHMAN H.Charles . **Técnicas de terapia familiar**. Porto Alegre, Artmed, 2003.

NEVES, Laura , VILELA, Brunna – **Avaliação de Risco para desenvolvimento de ortorexia nervosa em alunos de duas academias MG**. 2018. <http://repositorio.unis.edu.br/handle/prefix/881>

OCTACILIO Quetsia; SOUZA Jackeline; RODRIGUES Alexandra - **Comportamento de risco para ortorexia nervosa em estudantes de nutrição- Universidade de Taubaté (Unitau) ISSN 0047-2085 – 2014 -** https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852014000300200

OSORIO, Luiz; VALLE, Maria (org). **Manual de terapia familiar**. Porto Alegre, Artmed, 2009.

PENAFORTE, Fernanda R. O.; BARROSO, Sabrina M.; ARAUJO, Maria Eduarda e JAPUR, Camila C.. **Ortorexia nervosa em estudantes de nutrição: associações com o estado nutricional, satisfação corporal** *J.bras. Psiquiatr.* [online]. 2018, vol.67, n.1 [citado 2020-12-14], pp.18-24. www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852018000100018&lng=pt&nrm=iso ISSN 1982-0208.

PETRY, Natalia; BRAGUNCI, Lydiane. **Em paz com a comida**. Belo Horizonte, IACI, 2018

PINTO, Amanda , ARANTES, Ana Claudia ; **A Influência das redes sociais na transformação do estilo de vida voltado às práticas de saúde**. 2019 - <http://lattes.cnpq.br/2181183340752599>

PONTES, Jackeline Barcelos. **Ortorexia em estudantes de nutrição: a hipercorreção incorporada ao habitus profissional?** 2012. 73 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) —Universidade de Brasília, Brasília, 2012. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/11131>

RESSAN, Maitê; PUJALS, Contanza. **Transtornos alimentares modernos: Uma comparação entre a Ortorexia e a Vigorexia**. *REVISTA UNINGÁ REVIEW*, [S.l.], v. 23, n. 3, set. 2015. ISSN 2178-2571. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1657>>.

REZENDE, Fabiane; PENAFORTE, Fernanda; MARTINS Poliana. **Comida, Corpo e Comportamento humano**. São Paulo, IACI, 2020

SOARES, Aline; SILVA, Amanda, SILVA Emerson, MESSIAS, Cristhiane **Risco para desenvolvimento de Ortorexia Nervosa e o comportamento alimentar de estudantes universitários** - Saúde e Pesquisa, Maringá (PR)

DOI:<http://dx.doi.org/10.177651/1983-1870.2017v10n1p83-89>

<https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5562/3008>

SOUZA, Jéssica - SSO79 **Ortorexia Nervosa em nutricionistas e estudantes de nutrição** - Brasília, 2017. 26 p. Monografia (Curso de Especialização em Gestão da Produção de Refeições Saudáveis) -- Universidade de Brasília, 2017. https://www.bdm.unb.br/bitstream/10483/18443/1/2017_JessicaMariaPereiradeSouza_tcc.pdf

TOCCHETTO, Betina Franceschini - **Avaliação da prevalência de ortorexia e vigorexia em desportistas recreacionais** – 2016 - UFRGS - <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/157232>

WINNICOTT W, Donald. **Da Pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro, Imago, 2000.

WINNICOTT W, Donald. **O Brincar e a realidade**. Rio de Janeiro, Imago, 1975.

ANEXOS

TESTE ORTO 15

		Sempre	Muitas vezes	Nunca	Às vezes
1	Quando você come presta atenção nas calorias dos alimentos?				
2	Quando você vai a um supermercado você se sente confuso?				
3	Você tem se preocupado com comida nos últimos três meses?				
4	As escolhas alimentares estão condicionadas pelo seu medo da saúde?				
5	Ao escolher comida, o sabor é mais importante que a qualidade?				
6	Você está disposto a gastar mais para ter uma comida mais saudável?				
7	O pensamento de comida te preocupa por mais de 3 horas por dia?				
8	Você nega alguma transgressão alimentar?				
9	Estados afetivos afetam seu comportamento alimentar?				
10	Comer apenas alimentos saudáveis aumenta sua autoestima?				
11	Comer apenas alimentos saudáveis muda seu estilo de vida (por exemplo, reduz a frequência de jantares de restaurante com amigos)				
12	Você acha que comer alimentos saudáveis melhora sua aparência?				
13	Você se sente culpado quando transgride?				
14	Você acha que em um supermercado também existem alimentos não saudáveis?				
15	Você está sozinho quando come?				

Resultado:

Sempre = 4 pontos ; muitas vezes = 3 pontos

Nunca = 2 pontos ; às vezes = 1.ponto

TESTE DE BRATMAN (BOT)

		SIM	NÃO
1	Você passa mais de 3 horas por dia refletindo sobre sua dieta?		
2	Você planeja suas refeições vários dias antes?		
3	A possibilidade de que os alimentos que você come te faça engordar é sempre mais importante do que o prazer de come-los?		
4	O estado de ansiedade em sua vida aumentou desde que você refletiu sobre sua dieta?		
5	Você se tornou mais rigoroso consigo mesmo em relação ao seu comportamento diário e alimentar?		
6	Sua autoestima aumenta quando você se alimenta corretamente?		
7	Você eliminou radicalmente vários alimentos que gostava em favor de alimentos mais saudáveis?		
8	Você acha mais difícil comer fora de casa, em restaurantes diferentes?		
9	Você se sente culpado quando não come direito?		
10	Você se sente em paz consigo mesmo e em pleno controle quando come corretamente?		

Resultados:

Resposta positiva para:

a) 3 perguntas = Normal

b) 4-8 perguntas = Ortorexia

c) 9-10 perguntas = Ortorexia Grave

Eating Habits Questionnaire (EHQ).

<https://journals.plos.org/plosone/article/file?type=supplementary&id=info:doi/10.1371/journal.pone.0143293.s003>

Barcelona Orthorexia Scale - Escala Barcelona de Ortorexia (BOS)

https://static-content.springer.com/esm/art%3A10.1007%2Fs40519-018-0556-4/MediaObjects/40519_2018_556_MOESM1_ESM.pdf

TESTE DOS		Definitivamente não me preocupa	Não aplicável em mim	Um pouco aplicável a mim	Definitivamente me preocupa
1	Alimentação saudável na comida é para mim mais importante que prazer fluindo disso				
2	"Eu tenho algumas regras nutricionais que Eu observo "				
3	Eu gosto de comer apenas alimentos considerados saudáveis				
4	Tento evitar ser convidado por amigos para jantar se eu sei que eles não prestam atenção à saúde nutricional"				
5	Eu gosto de dar mais atenção do que outros atenção à saúde nutricional"				
6	Eu me sinto mal depois de comer o que eu acredito ser pouco saudável				
7	Tenho a sensação de ser excluído do círculo de amigos por causa das minhas regras restritas nutricionais				
8	Meus pensamentos constantemente giram em torno da saúde, comida e afetam organização do meu dia				
9	É difícil para mim enfrentar minhas próprias regras nutricionais				
10	Depois de comer alimentação não saudável eu fico nervoso.				

Respostas: Definitivamente não me preocupa (1 pt);
 não aplicável em mim (2 pts); um pouco aplicável em mim (3 pts);
 definitivamente aplicável em mim (4pts)

< ou= 25 pts sem risco
 > ou = 26 até 29 pts com risco
 a partir de 30 pts ON

Teste TOS

	Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo
1. Me siento bien cuando como comida sana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Empleo gran cantidad de tiempo en comprar, planificar y/o preparar la comida para que mi alimentación sea lo más saludable posible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Considero que mi modo de alimentarme es más sano al del común de la gente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Me siento culpable cuando como algún alimento que considero no sano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mis relaciones sociales se han visto afectadas negativamente a causa de mi preocupación por comer alimentos sanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mi interés por una alimentación sana es una parte importante de mi forma de ser, de entender el mundo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Prefiero comer un alimento sano y poco sabroso que un alimento de buen sabor que no sea sano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Como principalmente alimentos que considero sanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mi preocupación por la alimentación sana me consume mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Me preocupa la posibilidad de comer alimentos poco saludables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. No me importa gastar más dinero en un alimento si lo considero más sano.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Me siento agobiado/a o triste si como alimentos que no considero sanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Prefiero comer poco, pero sano, a quedar saciado/a con comida que pueda no ser sana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Evito comer con gente que no comparte mis ideas sobre alimentación sana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Intento convencer a la gente de mi alrededor para que siga mis hábitos de alimentación saludable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Si en algún momento como algo que considero no sano, me castigo por ello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Los pensamientos sobre alimentación saludable no me dejan concentrarme en otras tareas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CORRECCIÓN:

Nada de acuerdo = 0; Algo de acuerdo = 1; Bastante de acuerdo = 2; Muy de acuerdo = 3.