

# Vínculo terapêutico: desafios de uma equipe multidisciplinar especializada em transtornos alimentares

Bruna Bortolozzi Maia<sup>1</sup>, Érika Arantes de Oliveira-Cardoso<sup>2</sup>, Rosane Pilot Pessa<sup>2</sup>,  
Marina Garcia Manochio Pina<sup>3</sup>, Manoel Antônio dos Santos<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

<sup>2</sup> Universidade de São Paulo (USP), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil

<sup>3</sup> Universidade de Franca, Franca, SP, Brasil

**Submissão:** 18 maio 2023.

**Aceite:** 31 jul. 2024.

**Editor de seção:** Daniel Kveller.

## Nota dos autores

Bruna B. Maia  <https://orcid.org/0000-0001-7792-0663>

Érika A. Oliveira-Cardoso  <https://orcid.org/0000-0002-5129-4227>

Rosane P. Pessa  <https://orcid.org/0000-0002-6301-6830>

Marina G. M. Pina  <https://orcid.org/0000-0001-9761-2238>

Manoel A. dos Santos  <https://orcid.org/0000-0001-8214-7767>

Financiamento: Este estudo foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), Programa de Demanda Social, N. 88887.666863/2022-00, e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Bolsa de Produtividade em Pesquisa, PQ-1A.

Correspondências referentes a este artigo devem ser enviadas a Bruna Bortolozzi Maia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, Campus Universitário, Ribeirão Preto, SP, Brasil. CEP 14090901. Email: [bruna.b.maia@usp.br](mailto:bruna.b.maia@usp.br)

**Conflito de interesses:** Nada a declarar.

### Resumo

Estabelecer uma boa aliança terapêutica é requisito essencial no tratamento de pessoas com anorexia e bulimia nervosas. No entanto, a sustentação do vínculo profissional-paciente é percebida pela equipe como uma tarefa desafiadora, uma vez que muitas(os) pacientes não reconhecem seu sofrimento e, conseqüentemente, a necessidade de ajuda profissional. O objetivo deste estudo foi compreender os significados atribuídos por uma equipe especializada em transtornos alimentares (TAs) ao vínculo profissional-paciente. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, que utilizou o Método Clínico-Qualitativo e teve como referencial teórico a Psicanálise Vincular. Participaram 23 profissionais que integram a equipe de um ambulatório especializado em TAs localizado em um hospital-escola. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semidirigidas aplicadas *on-line*. Os dados foram submetidos à Análise Temática Reflexiva e organizados em três categorias: (1) Centralidade do vínculo terapêutico e como potencializá-lo em benefício do tratamento; (2) Dificuldade em sustentar o vínculo profissional-paciente: um exercício exaustivo e exigente; (3) Respondendo aos desafios do vínculo terapêutico: perseverança e tolerância à frustração. Os participantes valorizam o vínculo como eixo estruturante do cuidado e fator determinante para o sucesso do processo terapêutico, embora reconheçam dificuldades na sua manutenção. A empatia aparece como vetor catalisador da relação terapêutica e os profissionais sentem que também são transformados no curso do tratamento. Diante dos desafios vivenciados, os membros da equipe necessitam aprimorar seus recursos para fortalecer o potencial terapêutico do vínculo.

**Palavras-chave:** transtornos da alimentação e da ingestão de alimentos, pessoal de saúde, equipe de assistência ao paciente, aliança terapêutica, relações profissional-paciente

### THERAPEUTIC BOND: CHALLENGES OF A MULTIDISCIPLINARY TEAM SPECIALIZED IN EATING DISORDERS

#### Abstract

Establishing a good therapeutic alliance is an essential requirement in the treatment of people with anorexia and bulimia nervosa. However, sustaining the professional-patient bond is perceived by the healthcare providers as a challenging task, since many patients do not recognize their illness and, consequently, the need for professional help. The aim of this study was to understand the meanings attributed by a team specialized in eating disorders (ED) to the professional-patient bond. This is a descriptive-exploratory study, which used the Clinical-Qualitative Method and had the Linking Psychoanalysis as theoretical approach. Twenty-three professionals from a healthcare team at a specialized ED outpatient clinic located at a teaching hospital participated. Data collection was performed through semi-directed interviews applied online. Data were submitted to Reflective Thematic Analysis and organized into three categories: (1) Centrality of the therapeutic bond and how to enhance it for the benefit of treatment; (2) Difficulty in sustaining the professional-patient bond: an exhaustive and demanding exercise; (3) Responding to the challenges of the therapeutic bond: perseverance and tolerance to frustration. Participants value the bond as a structuring axis of care and a determining factor for the success of the therapeutic process, although they recognize difficulties in maintaining it. Empathy appears as a catalyzing vector of the therapeutic relationship, and the professionals perceived that they are also transformed in the patient's treatment journey. Given the challenges experienced, healthcare providers need to enhance their resources to strengthen the therapeutic potential of the bond.

**Keywords:** feeding and eating disorders, health personnel, patient care team, therapeutic alliance, professional-patient relations

### VÍNCULO TERAPÊUTICO: DESAFÍOS DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO ESPECIALIZADO EN TRASTORNOS ALIMENTARIOS

#### Resumen

Establecer una buena alianza terapéutica es un requisito esencial en el tratamiento de personas con anorexia y bulimia nerviosas. Sin embargo, la sustentación del vínculo profesional-paciente es percibida por el equipo como una tarea desafiante, una vez que muchas pacientes no reconocen su sufrimiento y, conseqüentemente, la necesidad de ayuda profesional. El objetivo de este estudio fue comprender los

significados atribuidos por un equipo especializado en trastornos alimentarios (TA) al vínculo profesional-paciente. Se trata de un estudio descriptivo-exploratorio, que utilizó el Método Clínico-Cualitativo y tuvo como referencial teórico el Psicoanálisis Vincular. Participaron 23 profesionales que integran el equipo de un ambulatorio especializado en TA ubicado en un hospital-escuela. La recolección de datos fue realizada por medio de entrevistas semidirigidas aplicadas online. Los datos fueron sometidos al Análisis Temático Reflexivo y organizados en tres categorías: (1) Centralidad del vínculo terapéutico y cómo potenciarlo en beneficio del tratamiento; (2) Dificultad en sostener el vínculo profesional-paciente: un ejercicio exhaustivo y exigente; (3) Respondiendo a los desafíos del vínculo terapéutico: perseverancia y tolerancia a la frustración. Los participantes valoran el vínculo como eje estructurador de la atención y factor determinante para el éxito del proceso terapéutico, aunque reconocen dificultades para su mantenimiento. La empatía aparece como vector catalizador de la relación terapéutica y los profesionales también se transforman en el transcurso del tratamiento. Frente a los retos experimentados en el trabajo, los miembros del equipo necesitan mejorar sus recursos para fortalecer el potencial terapéutico del vínculo.

*Palabras clave:* trastornos de alimentación y de la ingestión de alimentos, personal de salud, grupo de atención al paciente, alianza terapéutica, relaciones profesional-paciente

Anorexia nervosa (AN) e bulimia nervosa (BN) são transtornos do comportamento alimentar (TAs) reconhecidos pela tenacidade com que as(os) pacientes mantêm seus sintomas ativos, e os agravos à saúde comumente cursam com graves prejuízos físicos, psíquicos e sociais (American Psychiatric Association – APA, 2014; Leonidas & Santos, 2020a, 2020b). Enquanto na AN prevalecem comportamentos alimentares rígidos e restritivos, na BN é mais proeminente a compulsão alimentar seguida de condutas compensatórias, tais como vômito autoinduzido, exercícios físicos extenuantes e uso de laxantes com finalidade purgativa (APA, 2014). Apesar das especificidades, em ambas as condições se observam alguns sintomas semelhantes, como a distorção crítica da imagem corporal, baixa autoestima e dificuldades no manejo de vínculos afetivos e sociais (Leonidas & Santos, 2020a, 2020b).

TAs são condições crônicas de saúde não transmissíveis, cuja prevalência tende a ser crescente devido às transformações sociais, culturais, demográficas e no estilo de vida da população. Por terem curso crônico, o tratamento tende a ser prolongado e exige a conjugação de ações e saberes de uma equipe multiprofissional reunida em serviço de saúde especializado (Santos & Pessa, 2022). O vínculo profissional-paciente é considerado um elemento central no cuidado. Um vínculo bem estabelecido é recurso fundamental para o bom andamento do plano terapêutico, que deve ser individualizado, elaborado de forma negociada e gerenciado por toda a equipe (Graves et al., 2017; Weeb et al., 2022; Werz et al., 2022).

A literatura aponta que os profissionais da saúde tendem a enfrentar dificuldades no estabelecimento e na manutenção do vínculo terapêutico com pacientes diagnosticadas(os) com AN/BN e, com frequência, se queixam de fadiga e sentimentos de desesperança em face das resistências à mudança apresentadas por essas pessoas. De fato, estudos indicam que pacientes acometidas(os) por TAs comumente se mostram refratárias(os) ao tratamento (Fleming et al., 2021; Graham et al., 2020; Thompson-Brenner et al., 2012). As equipes alegam que, além de terem condutas autodestrutivas, tanto pacientes com AN como BN mostram-se desconfiadas(os), relutantes ou ambivalentes em relação ao tratamento (Manochio et al., 2018).

A não consciência e/ou não aceitação do transtorno é uma razão frequentemente associada pela literatura ao ceticismo e ambivalência que pacientes com AN/BN mostram em relação ao tratamento (Souza et al., 2019). A tendência de as pessoas com TAs se mostrarem relutantes e até mesmo refratárias ao tratamento, devido à falta de *insight* sobre a gravidade do transtorno, também tem sido associada ao modo peculiar como elas se relacionam com seus conflitos emocionais. Elas são acometidas por sintomas egossintônicos, o que significa que, frequentemente, não reconhecem seu padrão perturbado de comportamento alimentar como um problema, o que resulta em baixa motivação para se engajarem no processo de mudança (Treasure et al., 2020; Santos & Pessa, 2022; Souza et al., 2019). Fatores de personalidade, tais como imaturidade, rigidez e inflexibilidade, além de um padrão de pensamento do tipo “tudo ou nada”, têm sido identificados como favorecedores da negação do adoecimento (Oliveira-Cardoso & Santos, 2019). Se não houver manejo apropriado dessas vicissitudes, as dificuldades de adesão ao plano terapêutico podem se acentuar, resultando em elevados índices de descontinuidade e abandono

do tratamento (Graves et al., 2017; Manochio et al., 2018; McDonald et al., 2021; Souza & Santos, 2015; Souza et al., 2019). Estima-se que a taxa de não adesão ao tratamento pode chegar a mais de 70% (López-Gil et al., 2023).

Mais recentemente, no cenário contemporâneo da assistência aos TAs, dificuldades de adesão ao tratamento têm sido pensadas a partir do modelo de formação de vínculos, especialmente na perspectiva da teoria das relações objetais e da teoria do apego (Leonidas & Santos, 2020b). O modelo psicanalítico enfatiza a importância de abordar as dificuldades atuais experimentadas no vínculo terapêutico de pacientes com TAs a partir da compreensão emocional das vicissitudes de seus primeiros vínculos significativos. Esse pressuposto sugere que as(os) pacientes padecem de falhas precoces no desenvolvimento do *self*, entendido como matriz da capacidade de se relacionar (Bruch, 1978; Ferreira et al., 2021; Leonidas & Santos, 2020b).

A psicoterapia cria um ambiente de regressão controlada que permite acessar os afetos represados nas vivências precoces, atualizando-os na cena analítica pela via da transferência, uma espécie de “palco” no qual os elementos ideativos e afetivos podem ser manejados pelo psicoterapeuta até que possam ganhar representação simbólica (Santos et al., 2020b). O pressuposto subjacente é o de que as experiências afetivas arcaicas, que ainda não adquiriram inscrição psíquica, podem interferir na formação e manutenção dos vínculos no período ulterior de crescimento e desenvolvimento emocional. Perturbações psíquicas graves, como aquelas que se apresentam nas manifestações sintomáticas da anorexia e bulimia, são compreendidas como distorções severas no processo de amadurecimento, que impedem a conquista da saúde emocional (Granieri & Schimmenti, 2014; Leonidas & Santos, 2020a).

Este estudo é ancorado pelo referencial teórico-conceitual da Psicanálise Vincular (Berenstein & Puget, 2008), que compreende o vínculo como um laço estabelecido entre sujeitos do inconsciente (Levisky, 2021; Maia et al., 2023b; Santos et al., 2020a). Na perspectiva da Psicanálise Vincular, o vínculo é constitutivo do espaço intersubjetivo, que abrange a trama tecida entre duas ou mais subjetividades em presença, bem como os mecanismos psíquicos que as mantêm conectadas (Berenstein & Puget, 2008). O vínculo pode ser definido como o laço que abarca a representação de uma distância-proximidade entre dois ou mais sujeitos em presença, bem como os mecanismos que mantêm a articulação entre eles, ou seja, um conector que sustenta um laço relativamente estável no tempo; trata-se, assim, do espaço intermediário entre um sujeito e outro, o qual demarca as fronteiras da dimensão intersubjetiva (Puget, 2003; Berenstein & Puget, 2008). Para esses autores, os mecanismos que mantêm o vínculo coeso constituem o “trabalho do vínculo”.

A presença é definida como a condição de estar diante de alguém reconhecido como não eu, o que reafirma a imprescindibilidade do encontro com o outro para a constituição da trama vincular (Maia et al., 2023b; Santos et al., 2020b). Por conseguinte, o conceito de presença pressupõe a existência de uma diferença, que caminha com uma outra diferença, radical e irredutível, que Puget (2003) denomina *ajenidad*, situada fora do campo simbólico. Ou seja, trata-se de uma diferença para a qual não há representação acessível no psiquismo. Por conseguinte,

*ajenidad* é um requisito diferenciador do par eu-outro e, conseqüentemente, o marco fundante das fronteiras do eu. É sobre essa diferença inescapável e inassimilável que o “trabalho do vínculo” se processa, de modo que o laço estabelecido entre dois sujeitos do inconsciente possa se manter vivo e operante. Assim, a partir do modo como vivencia e simboliza a alteridade como diferença radical (*ajenidad*), cada sujeito constitui uma trama vincular própria ao longo da vida (Puget, 2003; Maia et al., 2023b; Santos et al., 2020b).

A noção psicanalítica de vínculo pode ser transposta para o contexto profissional-paciente com diagnóstico de AN/BN, em que se configura um tipo específico de laço denominado vínculo terapêutico, que sustenta a transferência e baliza os rumos do tratamento (Oliveira-Cardoso et al., 2018; Ramos & Pedrão, 2013). Esse construto tem sido comumente definido como um dispositivo que permite manter um laço de intimidade psíquica, que se estabelece entre profissional de saúde e paciente. Admite-se que a qualidade e o tipo de vínculo são determinantes para a efetividade da intervenção, pois quanto mais confortável e compreendida(o) a(o) paciente se sentir nos dispositivos de cuidado, mais receptiva(o) e acessível se torna ao trabalho com seus pensamentos, emoções e comportamentos (Santos & Pessa, 2022). Nesse modelo de trabalho em saúde, que se sustenta na ligação entre sujeitos do inconsciente, a conquista de um bom vínculo terapêutico é associada a maior probabilidade de melhora dos sintomas e melhor aproveitamento das potencialidades do encontro analítico.

Um elemento fundamental para consolidar um vínculo terapêutico sólido é a aliança de trabalho, também referida na literatura como aliança terapêutica. A aliança terapêutica é definida como uma relação que se estabelece entre profissional e paciente em prol do progresso do processo terapêutico, assentando-se nas funções egoicas, mas também remetendo à organização das relações objetais infantis (Zetzel, 1956). A aliança terapêutica é entendida como o primeiro passo dado em direção ao estabelecimento da neurose de transferência (Peres, 2009), que funcionará como mola propulsora da dinâmica do tratamento. É quando o paciente inclui o profissional como figura fantasmática com a qual irá reencenar seus vínculos primários com as figuras parentais, usando a função terapêutica para expressar conflitos inconscientes e, assim, reconectar-se com conteúdos ideativos e afetivos recalcados. Desse modo, os vínculos estabelecidos pelas(os) pacientes com os profissionais de saúde e o tratamento podem ser vistos como veículos catalisadores e impulsionadores de mudança e um caso particular de estabelecimento do laço social. Como todo laço, os vínculos remontam às gratificações e frustrações vivenciadas nas relações primárias estabelecidas com as figuras parentais durante a infância, especialmente com a figura materna (Leonidas & Santos, 2020a). A particularidade da intervenção psicanalítica consiste em instrumentalizar o vínculo, fixando-o como espinha dorsal do tratamento (Peres, 2009), fazendo com que opere a serviço do amadurecimento emocional da(o) paciente.

Se o contato com a *ajenidad* puder ser suportado, dentro de uma atmosfera emocional permissiva, o vínculo que a(o) paciente estabelece com o psicoterapeuta ganha potência e pode ser trabalhado de forma a se materializar em uma aliança terapêutica. A qualidade desse

vínculo vai depender dos recursos de personalidade que cada indivíduo foi capaz de desenvolver ao longo de seu desenvolvimento, incluindo o grau de amadurecimento de seus mecanismos de defesa do ego. Desse modo, a capacidade vincular de cada indivíduo depende do modo peculiar como ele é capaz de se relacionar consigo mesmo e com o próprio corpo, na incessante busca de gratificação de suas necessidades básicas, que se acoplam nas experiências pulsionais e são reeditadas na transferência (Ferreira et al., 2021; Leonidas & Santos, 2020b).

Uma questão que raramente é considerada nessa compreensão dos pesquisadores da área é que o tratamento implica vínculo e que o vínculo envolve a participação de outros atores (profissionais de saúde), que podem ser determinantes nas questões da baixa adesão ao tratamento nos TAs. Partindo de investigação anterior, na qual se argumenta que os TAs são psicopatologias que têm uma etiologia complexa e multifatorial, ligada a um déficit primário e multifacetado no desenvolvimento precoce do aparelho psíquico, e que esse déficit tem reflexos na capacidade de se vincular (Leonidas & Santos, 2020a), os profissionais da saúde que cuidam dessa população devem estar preparados e conscientes da necessidade de examinar em profundidade a maneira como se relacionam com seus pacientes durante os atendimentos.

O tratamento solicita uma postura flexível e acolhedora do profissional e deve se dar *com* e *pelo* vínculo. Como são pacientes com notória facilidade de apresentar regressões em seus padrões de relacionamento (Leonidas & Santos, 2020a), um olhar atento para o modo como os vínculos se desenvolvem e evoluem torna-se recurso imprescindível no arsenal terapêutico. Na clínica dos TAs, a qualidade do vínculo estabelecido influencia diretamente o bom andamento do trabalho, especialmente no manejo dos casos crônicos (Ramos & Pedrão, 2013; Souza & Santos, 2013a, 2015; Weeb et al., 2022; Werz et al., 2022).

Na perspectiva psicanalítica, a aliança terapêutica, tal como compreendida por Zetzel (1956), não só constitui um pivô central no processo terapêutico, como também é fator preditivo de sua evolução (Peres, 2009). Além disso, a disponibilidade do profissional para cuidar do vínculo mostrou-se, em pesquisas internacionais, um fator facilitador da aliança de trabalho, uma vez que favorece a confiança e estimula a abertura emocional e a franqueza das(os) pacientes, fortalecendo a adesão ao tratamento (Johns et al., 2019; Sibeoni et al., 2017).

Entretanto, a literatura tem mostrado que os profissionais da saúde que cuidam de pacientes com anorexia e bulimia tendem a percebê-las como resistentes ao tratamento e com inclinação à cronificação dos sintomas (Seah et al., 2017). Estudos de revisão de literatura (Graham et al., 2020; Graves et al., 2017; Seah et al., 2017) sublinharam que os clínicos comumente experimentam reações negativas ao cuidarem de pacientes com TAs, nomeadamente frustração, desesperança, sentimento de incompetência para gerenciar o cuidado e preocupações com a má evolução clínica. Isso porque é comum que tais pacientes mantenham um quadro clínico inalterado por meses ou anos, alternados com breves períodos de estabilidade. A remissão completa dos sintomas é uma ocorrência relativamente rara (Manochio et al., 2018). A gama de emoções mobilizadas nos atendimentos é comumente associada pelos profissionais a peculiaridades do funcionamento psicológico das pessoas atendidas, como a tendência ao *acting out*, as dificuldades

de comunicação e os desafios enfrentados para a estabilização do vínculo e do *setting* terapêutico (Fleming et al., 2021; LaMarre & Rice, 2021).

Voltando o foco para os profissionais de saúde, uma revisão sistemática da literatura seguida de metassíntese (Maia et al., 2023a) mostrou que alguns fatores auxiliam os profissionais da saúde a manejar as dificuldades encontradas na assistência. São eles: buscar profissionais mais experientes para receber orientação, recorrer aos pares da equipe multiprofissional e dedicar-se aos estudos, embora ainda persistam dificuldades com a interprofissionalidade. Esses resultados denotam a relevância de eleger os profissionais de saúde como fonte primária de pesquisa, considerando que são sujeitos envolvidos em extensa e complexa rede vincular. Os profissionais têm histórias de vida e itinerários formativos específicos, estão comprometidos com equipes e variados *settings* de saúde nas instituições nas quais trabalham, e esses laços, dependendo da qualidade dos vínculos, tanto podem auxiliar como tornar mais estressante o trabalho clínico (Ynomoto et al., 2022). São, portanto, atores e protagonistas de cenários da saúde que merecem escuta e espaço para compartilharem suas experiências de atendimento.

Considerando o panorama traçado, destaca-se a necessidade de suprir a lacuna de conhecimento sobre fatores que podem contribuir para fortalecer o vínculo terapêutico, especialmente com novos estudos que contemplem a perspectiva dos trabalhadores da saúde. Os profissionais que atuam nos cuidados de pessoas com TAs podem estar submetidos a uma rotina de trabalho árduo e com baixa resolubilidade, e possivelmente têm de lidar com situações física e emocionalmente complexas e desgastantes, o que eleva os riscos de adoecimento (Fleming et al., 2021; Souza & Santos, 2013b; Ynomoto, 2022). Estudo de revisão conduzido por Brolese et al. (2017) identificou várias adversidades relacionadas à atividade laboral dos profissionais, como carga elevada de trabalho e percepção de insuficiência de recursos pessoais, bem como a falta de formação específica para atuar na área dos TAs. Esses fatores contribuem para potencializar os estressores relacionados ao cuidado, gerando potenciais prejuízos no vínculo terapêutico.

Para além da questão da saúde mental dos trabalhadores da saúde, o tema exige novos investimentos na agenda de pesquisa, já que há praticamente um consenso na literatura de que a qualidade do vínculo terapêutico pode ter repercussões diretas na eficácia dos cuidados dedicados às pessoas com AN/BN (Souza & Santos, 2013b, 2014; Weeb et al., 2022; Werz et al., 2022). Diante desse desafio, foi formulada a seguinte questão de pesquisa: “Como os membros de uma equipe de saúde especializada em TAs significam suas experiências de vincularidade com pacientes com AN/BN?” Para responder a tal indagação, foi desenvolvido este estudo, cujo objetivo é analisar os significados atribuídos por uma equipe especializada em TAs ao vínculo profissional-paciente.

## Método

### Desenho do estudo

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa (Flick, 2019). A pesquisa adotou como referencial metodológico o Método Clínico-Qualitativo – MCQ

(Turato, 2013) e como marco teórico a Psicanálise Vincular (Berenstein & Puget, 2008). Essa vertente teórico-clínica da psicanálise, de herança franco-argentina, propõe uma reorientação da compreensão do inconsciente, voltando-se para sua dimensão social (espaço transsubjetivo) e vincular (espaço intersubjetivo).

A pesquisa qualitativa é uma perspectiva metodológica que se pauta na compreensão de percepções, motivações, crenças e representações, partindo do ponto de vista das pessoas participantes do estudo (Flick, 2019). O MCQ foi escolhido por ser apropriado para abordar problemas de pesquisa que partem diretamente dos desafios vivenciados nas práticas sociais em saúde. Esse referencial tem como pilar epistemológico uma aproximação com posturas e conceitos existencialistas, clínicos e psicanalíticos. Com base nesses três alicerces, o MCQ busca oferecer interpretações dos significados que participantes de pesquisas na área da saúde elaboram de suas experiências com o processo saúde-adoecimento-cuidado (Turato, 2013).

A pesquisa foi conduzida em um ambulatório localizado em uma instituição pública de saúde, reconhecido pelo pioneirismo nacional no seguimento clínico de pacientes adolescentes e adultos com diagnóstico de AN/BN. O serviço foi escolhido por ser referência para atendimento especializado em TAs. No momento em que foi realizado o estudo, a grande maioria de usuários era constituída por mulheres cisgênero adultas, entre 18 e 35 anos. A equipe inclui profissionais, pós-graduandos, residentes e estagiários nas áreas de Psicologia, Psiquiatria, Nutrição, Nutrologia e Terapia Ocupacional. O serviço funciona às sextas-feiras e em nível ambulatorial, mediante agendamento de consultas individuais de pacientes e seus acompanhantes familiares, sendo as internações reservadas apenas aos casos considerados muito graves e de alto risco. As consultas individuais são complementadas pelo atendimento na modalidade grupal, oferecido pelas equipes da Psicologia, Nutrição e Terapia Ocupacional. Os retornos são agendados conforme a necessidade de cada paciente em acompanhamento, com intervalo máximo de um por mês.

Antecedendo o início da coleta de dados, a pesquisadora inseriu-se no campo por um período de oito meses, quando participou das reuniões semanais de discussão de casos e planejamento das estratégias de atendimento da equipe multiprofissional. Essa imersão no campo é uma recomendação do MCQ, visando assegurar a familiaridade com o contexto investigado (Turato, 2013).

### **Participantes**

A amostra intencional foi composta pela quase totalidade dos membros da equipe de saúde ( $n = 23$ ), com a única exceção de uma psiquiatra, que declinou do convite. Foram estabelecidos os seguintes critérios de elegibilidade dos participantes: ser membro da equipe há, no mínimo, um ano e ter tido engajamento contínuo nas atividades assistenciais em todo o período no qual esteve vinculado ao serviço. O serviço foi escolhido por sua longa tradição no campo assistencial dos TAs, sendo reconhecido como referência nacional na área, articulando as dimensões que compõem o tripé constituído por ensino, produção científica e extensão universitária. Optou-se por incluir, na amostra, além dos profissionais e residentes de diferentes áreas profissionais,

graduandos que recebiam treinamento em estágio profissional curricular, considerando que esses participantes ofereceram regularmente atendimento clínico no serviço, mediante supervisão, em programas intensivos de formação com duração de 12 meses.

Como referido, os participantes do estudo constituem a quase totalidade da equipe multiprofissional que atuava no ambulatório especializado no momento da coleta de dados, sendo: 12 membros da equipe da Psicologia, com três profissionais inseridos em programas de pós-graduação, uma profissional supervisora e oito estagiários; três profissionais da equipe da Nutrologia, sendo dois residentes e uma supervisora; dois profissionais residentes da equipe da Psiquiatria; quatro participantes da equipe da Nutrição, entre as quais três eram profissionais cursando pós-graduação e uma supervisora; e, por fim, duas profissionais da equipe de Terapia Ocupacional, sendo uma residente e uma supervisora. O tempo médio de experiência profissional dos participantes foi de oito anos.

### **Instrumentos**

Foi utilizado um formulário de dados sociodemográficos para a caracterização dos participantes, composto por informações como: idade, gênero, profissão e tempo de inserção na equipe. Também foi aplicado um roteiro de entrevista semidirigida, que incluía questões acerca da experiência de estabelecimento de vínculos com pacientes, como o vínculo pode contribuir para o bom andamento do tratamento, aspectos valorizados no vínculo, concepções sobre o cuidado e objetivos pretendidos com as intervenções oferecidas, impactos emocionais da relação estabelecida com as pacientes, fontes de satisfação e insatisfação no trabalho realizado.

### **Procedimento**

O percurso da investigação compreendeu uma fase preparatória, quando se deu a imersão no campo de pesquisa para familiarização com a rotina do serviço, seguida da coleta de dados para caracterização do perfil sociodemográfico e aplicação da entrevista semidirigida.

Na condução das entrevistas, adotou-se a atitude clínica preconizada pelo MCQ, que recomenda preservar a atenção flutuante e privilegiar a compreensão existencial do sofrimento que atravessa os interlocutores da pesquisa, com o propósito de fomentar a produção de narrativas singulares que valorizem suas inquietações pessoais, expressas nos relatos produzidos (Turato, 2013).

As entrevistas individuais foram realizadas ao longo do mês de agosto de 2022, pela pesquisadora responsável pelo estudo, e mediadas pelo uso de uma plataforma digital, com média de duração de 30 minutos. A opção pela entrevista no formato remoto se deu em observância aos protocolos de segurança estabelecidos pela instituição de saúde no contexto da pandemia de Covid-19 (Fiocruz, 2021; Maia et al., 2023c; Santos et al., 2023).

As entrevistas foram transcritas integralmente pelos pesquisadores de campo. Para resguardar o sigilo e preservar o anonimato, foram atribuídos códigos para identificar cada participante. A criação dos códigos se deu a partir da abreviação da nomenclatura de cada grupo

profissional, acrescido de uma ordem numérica crescente. Assim, entrevistados da Psicologia foram identificados como Psi, da Psiquiatria como Psiq, da Nutrição como Nutri, da Nutrologia como Nutro e da Terapia Ocupacional como TO.

O processamento dos dados foi realizado por meio da Análise Temática Reflexiva. Esse procedimento proposto por Braun e Clarke (2013) possibilita categorizar narrativas textuais de acordo com os significados elaborados pelos interlocutores de pesquisas qualitativas, independentemente do referencial teórico adotado. O percurso de análise percorreu os seis passos metodológicos estabelecidos pelas autoras. Dois integrantes da equipe de pesquisa trabalharam de forma independente em todas as etapas de análise. Em primeiro lugar, empreenderam uma leitura flutuante do material textual. Em seguida, desenvolveram a codificação inicial dos relatos, organizados com amparo do *software* Atlas-Ti. Uma das vantagens do uso dessa ferramenta é que ela facilita a identificação de códigos que respondem à questão de pesquisa.

Nesta investigação foram destacados os códigos relacionados ao vínculo profissional-paciente, em conformidade com o objetivo proposto. As listas organizadas pelos dois revisores foram comparadas e as codificações preliminares foram discutidas uma a uma. Os códigos que convergiam foram mantidos e as classificações divergentes foram decididas com a ajuda de um terceiro revisor, com extensa *expertise* em análise temática, de modo que permaneceram na lista final as categorias de consenso.

No terceiro passo da Análise Temática Reflexiva, os códigos elaborados na etapa anterior foram agrupados em temas mais amplos, seguidos de seus respectivos subtemas, buscando preservar a conexão com o contexto geral. O quarto passo da análise temática consistiu em revisar todos os temas, com o propósito de verificar se os dados obtidos eram suficientes para apoiá-los. No quinto passo da análise foi produzido um mapa temático dos dados, com o qual se buscou organizar os conteúdos em um todo coerente e consistente com o objetivo do estudo.

Finalizando a análise, a última fase foi dedicada à elaboração do relatório de pesquisa. Para tal, foram selecionados segmentos de falas dos participantes considerados emblemáticos para ilustrar os temas. Ao final, conforme preconiza a Análise Temática Reflexiva, foi produzida uma narrativa analítica fundamentada no marco teórico adotado e que transcende o nível meramente descrito dos temas encontrados. Essa narrativa foi apresentada aos participantes em uma das reuniões de equipe, quando os achados foram discutidos. Os participantes contribuíram com sugestões para calibrar e incrementar as interpretações. Essa atividade forneceu subsídios para a validação dos resultados com os interlocutores da pesquisa, conforme recomendado pelo MCQ.

Todos os procedimentos de pesquisa, desde o convite aos participantes, coleta, análise e armazenamento dos dados, guardaram fidelidade às recomendações éticas preconizadas pela Resolução nº 466/2012, que regula a pesquisa envolvendo seres humanos. Da mesma maneira, foram rigorosamente resguardadas as diretrizes do Conselho Federal de Psicologia – CFP (Resolução nº 016/2000). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (CAAE nº 54292821.4.0000.5407).

## Resultados e discussão

Com o refinamento proporcionado pela aplicação rigorosa da Análise Temática Reflexiva, foram elaborados três eixos temáticos.

### **Eixo temático 1:** *Centralidade do vínculo terapêutico e como potencializá-lo em benefício do tratamento*

Os relatos indicam um consenso entre os participantes quanto ao protagonismo atribuído ao vínculo terapêutico como o eixo estruturante do cuidado. Além disso, os membros da equipe demonstraram sensibilidade e atenção para a necessidade de considerar as possíveis reverberações das posturas dos profissionais no vínculo terapêutico. Enfatizaram condutas e atitudes que buscam adotar para que o vínculo com as(os) pacientes promova um cuidado terapêutico efetivo. O excerto apresentado a seguir evidencia essa preocupação com a abordagem e o relacionamento com as(os) pacientes:

Principalmente nesses casos de transtornos alimentares, eu acho que a gente apoia e conduz o paciente na obtenção da própria melhora [...] e como que a gente faz isso? Assim, eu acho que o principal... o ponto principal é o vínculo (Psiq1, profissional/residente).

Outros participantes corroboraram a relevância atribuída ao vínculo, chamando a atenção para a responsabilidade do profissional em identificar os caminhos apropriados para a construção da relação terapêutica em cada caso: “Você precisa se esforçar para estabelecer um vínculo melhor e entender um pouquinho mais como é que ele funciona, então eu acho que é você estar aberto para isso” (Nutro2, profissional/residente). “Tentar entender, tentar enxergar aquela pessoa de uma forma diferente, com um olhar diferente, com um carinho a mais” (TO2, profissional/residente). “A gente precisa ter uma postura ética, responsável, olhar o outro de uma forma compreensiva e empática. Então, eu acho que a gente pode fazer diferença no tratamento, dependendo dessas nossas compreensões, atitudes e comportamentos, entendeu?” (Nutri1, profissional/pesquisadora).

Acho que, se é um profissional com abertura e um olhar humanizado para o paciente, ele já contribui. [...], por exemplo, ajuda o paciente a pensar e sentir suas angústias, e a conseguir identificar o que ele está pensando, o que está sentindo em cada momento. Eu acho que isso também passa pela condição que o profissional tem de entrar em contato com esses sentimentos, tanto do paciente quanto dele próprio (Psi7, profissional/pesquisador).

Ao refletirem sobre as estratégias que podem contribuir para o êxito do tratamento, os membros da equipe mencionaram novamente os cuidados necessários com o vínculo terapêutico, especialmente no que diz respeito à disponibilidade de ouvir as(os) pacientes a partir de uma compreensão empática durante a abordagem dos seus problemas. Essa concepção emergiu fortemente nas narrativas dos participantes, especialmente da área da Psicologia, que a relacionaram

com a atitude compreensiva e compromissada com a busca da humanização do cuidado: “[...] é você estar ali inteiro e ouvir também o que aquela pessoa tem para dizer para você, então eu acho que é estar aberto, né? É isso” (Psi11, estagiária). “Claro, o acolhimento e a escuta fazem parte do pacote do que os psicólogos costumam fazer” (Psi3, profissional/pesquisadora). “Primeiro, entender como a paciente funciona, entender qual o significado da comida para ela e buscar compreender como ela está se sentindo” (Psi2, profissional/pesquisadora).

Outros participantes também valorizaram a centralidade da escuta empática na produção do vínculo, como se pode inferir na reflexão de um profissional da Psiquiatria: “O ponto principal é o vínculo, a gente estimula o vínculo para poder ajudar o paciente a trabalhar questões que precisam ser trabalhadas” (Psiq2, profissional/residente). Uma profissional da TO afirmou: “É você estar disposta a estar genuinamente ali com o paciente” (TO1, profissional contratada). A aliança terapêutica, componente fundamental do vínculo, é percebida como recurso indutor e potencializador da melhora. “Acho que foi a aliança terapêutica que me ajudou bastante” (Psiq2, profissional/residente).

De acordo com Puget (2015), o vínculo introduz uma perspectiva de abertura para a diferença e para a identificação do novo, que pode fermentar o germe da mudança em relação ao já conhecido e estabelecido na situação psíquica. Assim, para que se possam construir e fortalecer laços, os sujeitos do vínculo devem manter-se “abertos” e “permeáveis”, como relataram os participantes deste estudo, e dispostos a se sensibilizar e se modificar com a presença do outro. Não se trata apenas de almejar que o outro mude, mas ter a disponibilidade para se modificar também, podendo acompanhá-lo no movimento rumo à mudança, aprendendo a coevoluir com ele. A presença, então, desloca e exige o trabalho vincular, e impõe que os sujeitos envolvidos no vínculo promovam um “fazer com” as diferenças que emergem no encontro, criando práticas específicas de cada dupla (Maia et al., 2023b; Puget, 2012). Essa concepção se opõe frontalmente à adoção de protocolos rígidos e modelos esquemáticos de intervenções padronizadas, entendendo que a rigidez observada no funcionamento psíquico de pessoas com transtornos mentais, como anorexia e bulimia, requer uma postura profissional baseada na flexibilidade e no acolhimento.

### **Eixo temático 2:** *Dificuldade em sustentar o vínculo profissional-paciente: um exercício exaustivo e exigente*

Alguns participantes relataram sentir cansaço quando se deparam com a tenacidade da resistência da(o) paciente à mudança, em resposta aos esforços terapêuticos para incrementar a motivação para a mudança. Uma profissional expressou seus sentimentos de desapontamento e frustração vivenciados com determinada paciente:

Eu propunha atividades e ela nunca fazia. Às vezes ela também se recusava a fazer e eu ia lá, com toda a paciência do mundo, e conversava com ela. Algumas vezes a incentivava também a fazer atividades de lazer, mas ela não fazia. Então, para mim, era um pouquinho custoso em relação a isso (TO1, profissional contratada).

Por vezes, as dificuldades de interação são atribuídas exclusivamente às(aos) pacientes, como se elas “fizessem parte” de seu modo de funcionamento no registro psicopatológico: “As próprias condições individuais de cada paciente dificultam [...] para formar vínculo com os profissionais” (Nutri2, profissional/pesquisadora). Essa visão dá relevo a supostas características intrínsecas à personalidade das pacientes, o que pode reforçar alguns preconceitos e estereótipos amplamente disseminados sobre as características de funcionamento psicológico de pessoas com anorexia e bulimia. A literatura reforça essa percepção negativa ao enfatizar que as manobras recorrentes que as(os) pacientes utilizam para emagrecer a qualquer custo são condicionadas à distorção severa da imagem corporal. Assim, reforça-se o pressuposto de que apenas as “próprias condições individuais de cada paciente” (Nutri2) seriam responsáveis por sua dificuldade de estabelecer e manter vínculos saudáveis com os membros da equipe. A favor desse argumento, os profissionais evocam sua experiência clínica e destacam que é comum que as(os) pacientes racionalizem que seus comportamentos sintomáticos são fruto de escolha pessoal consciente, supostamente relacionada à adoção de um estilo de vida próprio e que, portanto, não deveriam ser repreendidas(os) por isso (Seah et al., 2017).

Os participantes destacam que a insatisfação com a imagem corporal pode chegar ao paroxismo, a ponto de as(os) pacientes se sentirem extraordinariamente gordas(os), quando na realidade estão esqueléticas(os) e em risco iminente de morte. No entanto, observam que o problema das(os) pacientes com a balança são apenas a face visível de uma insatisfação generalizada com a vida (Santos & Pessa, 2022). Os relatos evidenciam a percepção de que há um profundo desconforto na relação com o próprio corpo, e que não é apenas o peso e a forma corporal que são repudiados pela(o) paciente. A vida de relações também é fonte de sofrimento e por isso recusada, o que leva a pessoa a cultivar o isolamento, retirando-se do convívio social.

Alguns participantes do estudo manifestaram sentir com frequência, no contato com as(os) pacientes, uma sensação persistente de aprisionamento. Esse fenômeno contratransferencial, visto sob a lente da Psicanálise Vincular, pode ser entendido como fruto de processos de identificação maciça do profissional com o ceticismo das(os) pacientes, o que pode levar a experiências imersivas de fusão e perda de limites no vínculo terapêutico.

Precisa conseguir ter a sensibilidade de entender que parece que você está preso na sessão, talvez do mesmo jeito que elas se sentem presas àquele corpo e estilo de vida, sabe? Podemos ficar, assim, presos ao próprio transtorno, e eu acho que a gente poder perceber isso é uma grande sutileza. É algo muito, muito difícil de se olhar. Muitas vezes a gente se convida a entrar também naquela armadilha: “Ah, eu não vou dar conta disso, eu não sou capaz de suportar isso”. E, de repente, você começa a se misturar com elas. Então você precisa saber voltar, né? (Psí6, estagiária).

[...] isso acontece, assim, acho que, principalmente, em serviços que atendem pacientes graves, como é o nosso caso. Acontece de você desacreditar da possibilidade de a paciente obter avanços. Precisa estar sempre consciente disso, quando você estiver em contato com elas (Psí8, estagiária).

Para lidar com seus sentimentos de frustração, os membros da equipe buscam modular as próprias expectativas quanto aos avanços do tratamento e aos resultados terapêuticos. Um participante relatou sua descrença mediante uma expressão de desalento: “Honestamente, não sei se eu sei o que eu tenho que fazer [risos], porque eu não consegui fazer isso até agora [auxiliar a paciente a alcançar a melhora dos sintomas]” (Psiq1, profissional/residente). Outra participante confidenciou sua dificuldade de reverter o quadro clínico de determinada paciente, considerado muito grave e de alto risco, e admitiu ter receio de que ela pudesse lhe dar “um xeque-mate”. Nesse caso, a dificuldade em manter uma perspectiva esperançosa e vislumbrar a possibilidade de alcançar um bom desfecho do tratamento parece ser ofuscada pelo desconforto de imaginar que, a qualquer momento, a participante poderia ser surpreendida pelo agravamento da condição clínica da paciente, o que parece favorecer o sentimento de impotência do saber biomédico diante dos quadros “refratários”. Isso pode alimentar o ceticismo e turvar a capacidade de o profissional antever saídas e criar possibilidades de transformação, o que permitiria restaurar o laço de confiança no trabalho e selar um compromisso com a mudança.

**Eixo temático 3:** *Respondendo aos desafios do vínculo terapêutico: perseverança e tolerância à frustração*

Os participantes reportaram alguns impasses vivenciados na manutenção do vínculo terapêutico sob determinadas circunstâncias que, no entendimento deles, são particularmente preocupantes porque cuidam de pacientes de risco elevado. Vivenciar diuturnamente esses impasses aumenta a suscetibilidade do profissional à fadiga e acentua a percepção de esgotamento dos recursos terapêuticos para lidar com as(os) pacientes, o que, no limite, pode estimular o desejo de desistir do trabalho, quando o cuidado se torna pouco gratificante. Entre as formas de responder a esses desafios, uma participante pondera sobre a capacidade de resiliência que o profissional deve desenvolver para não sucumbir aos desafios inerentes à clínica dos TAs:

E uma coisa que eu vejo muito na clínica do transtorno alimentar, a gente tem que ser muito saudável para poder atender essas pessoas, porque elas estão muito adoecidas, têm muitas comorbidades. Então, o transtorno de personalidade sempre está junto; logo, são pessoas destrutivas, pessoas que estão mortas por dentro. Tem muito disso, então, se você não tem saúde psíquica, se você não tem vida dentro de você, é muito difícil atender essas pacientes... porque, se você não se cuidar, você morre junto (Psi2, profissional/pesquisadora).

Essa fala aponta, de forma contundente e sem subterfúgios, para a centralidade das questões de saúde mental dos membros da equipe (“a gente tem que ser muito saudável para poder atender essas pessoas”). A ênfase na intensidade (“muito saudável”) remete à necessidade de fortalecimento pessoal, no sentido de se ter um ego integrado, equipado e coeso para poder sustentar a autoestima e o sentimento de competência pessoal, de modo a fazer um enfrentamento saudável das situações adversas: “A gente sabe que elas têm uma rigidez muito grande, mas, ao mesmo tempo, não é impossível obter pequenas mudanças” (Psi2, profissional/pesquisadora).

Todavia, nem sempre o profissional mostra-se capaz ou interessado em examinar as próprias reações emocionais para identificar suas defesas psíquicas e eventuais limitações despertadas pelo contato com as(os) pacientes (Bechelli & Santos, 2005). Os entrevistados reconhecem que o profissional necessita desenvolver seus recursos pessoais, como perseverança e tolerância à frustração, que lhe possibilitam manter a autoconfiança e a convicção íntima de que está realizando um bom trabalho, sustentando sua aposta cotidiana no potencial transformador do vínculo terapêutico: “Eu penso que a gente tem de ter muita paciência. A gente precisa ter muito, muito cuidado, sabe?” (Psi6, estagiária). “Ter paciência de entender que cada um é cada um, e que cada um tem seu próprio tempo” (TO1, profissional contratada).

Atividades como psicoterapia pessoal e supervisão com outros profissionais aparecem como estratégias valiosas para o desenvolvimento de recursos e preservação da saúde emocional dos profissionais (Bechelli & Santos, 2005). Alguns participantes também alertam que o profissional deve se disciplinar para rever e afastar os próprios preconceitos. Precisa tomar cuidado para não se deixar influenciar pelos estereótipos socialmente construídos em torno das pessoas acometidas por TAs. Um médico da área da Nutrologia compartilhou ter descoberto que precisava examinar diariamente os próprios sentimentos, preconceitos, clichês e lugares-comuns construídos pelo discurso dominante sobre pacientes com AN/BN: “Eu acho que, se a gente conseguir deixar esse preconceito de lado e tentar se abrir para o novo, a gente tende, sim, a conseguir a melhora” (Nutro2, profissional/residente). Nessa direção, outras participantes ponderaram: “[É preciso] tentar não se prender aos estereótipos que, muitas vezes, acabam ‘ficando’ nesses casos, sabe? Por exemplo: ‘Ah, essa aí não melhora’, ou: ‘Ah, essa aí só piora’” (Psi8, estagiária). “A gente precisa ter muito cuidado e conseguir entender as pacientes para além dos seus sintomas” (Psi6, estagiária).

Para não se deixar capturar pela tentação das ideias prontas e visões estereotipadas, o profissional deve se apoiar no vínculo terapêutico, utilizando-o como uma bússola empática que pode orientar as intervenções de apoio e a psicoterapia: “O trato com um paciente, o jeito de conversar, de estar disponível, de tratar com ética e ter respeito por aquela pessoa, e entender que ali existe, antes de qualquer coisa, um ser humano” (Psi7, profissional/pesquisador).

Esses resultados expressam o anseio dos membros da equipe de quebrar os estereótipos que estigmatizam pacientes com anorexia e bulimia, e que muitas vezes aparecem difundidos na literatura e naturalizados no discurso biomédico. Na construção social de representações estereotipadas de pessoas com TAs aparece uma visão ainda muito disseminada de que elas seriam “resistentes” e “refratárias ao tratamento”, “rebeldes”, “indóceis”, “intratáveis”, “obstinadas”, “não confiáveis”, “pouco afeitas à mudança”, “autodestrutivas”, “pessoas que levam a vida sempre no limite” (Santos & Pessa, 2022). Essas concepções, se endossadas de forma acrítica, contribuem para distanciar ainda mais o profissional do núcleo do sofrimento das(os) pacientes, fixando essas pessoas em um lugar de vulnerabilidade em vez de reconhecer suas fortalezas e potencialidades. Isso permite pensar na importância de perceber que, juntamente com a possibilidade de construir laços de empatia, é preciso posicioná-las como detentoras de recursos e

agentes da própria mudança (Bechelli & Santos, 2002), características que podem ser identificadas e canalizadas no sentido de fortalecer um pacto pelo (auto)cuidado, no sentido da busca de um viver criativo e pleno de sentido.

A valorização desse olhar sintonizado com o conceito ampliado de saúde também ficou evidenciada em algumas falas de participantes que consideraram que o profissional pode contribuir para o progresso do tratamento ao investir no potencial transformador do vínculo (Maia et al., 2023b), mantendo ativa a confiança de que a equipe pode realizar um trabalho suficientemente bom ao oferecer espaços de acolhimento e sustentação da mudança. “É fazendo bem o nosso trabalho, sabe?” (Psi3, profissional/pesquisadora). “Se a gente não esperasse, a gente não faria o que a gente faz. A gente não tentaria. Então, a gente espera que eles melhorem” (Psiq2, profissional/residente).

É nunca desistir, né? Eu acho que eu vivi muito isso com a X [paciente com diagnóstico de BN]. Por muitas vezes eu quis desistir do atendimento com ela porque era muito difícil, muito desgastante. Foram muitos anos ali de persistência. Mas aí, depois eu olhava para trás e falava assim: ‘Nossa, mas já mudou muita coisa’, né? Transformou muita coisa no decorrer do tempo” (TO1, profissional contratada).

Vários membros da equipe ressaltaram a importância de se manter firmes e empenhados no trabalho com as pessoas com TAs, pois descobriram, a partir da própria experiência, que a perseverança e a tolerância à frustração são ingredientes indispensáveis.

Com a compreensão dos transtornos alimentares [...] você pode entender que pode estar atuando de maneira adequada, mas, mesmo assim, nem sempre vai obter um resultado à altura de sua expectativa, ou que era do seu desejo. A gente tem que ter uma tolerância à frustração muito alta nesses casos (Nutri2, profissional/pesquisadora).

Alguns participantes relataram encontrar na equipe um lugar de conforto para compartilhar as angústias que muitas vezes experimentam diante da gravidade dos casos. Lançando mão desse recurso e estreitando os laços com os demais membros da equipe, os participantes conseguem preservar seu bem-estar e renovar a confiança no potencial do vínculo terapêutico: “Apesar de que, assim, os casos não são fáceis, mas todo mundo se envolvendo, eu acho que a gente consegue chegar no objetivo comum” (Nutro1, profissional/residente).

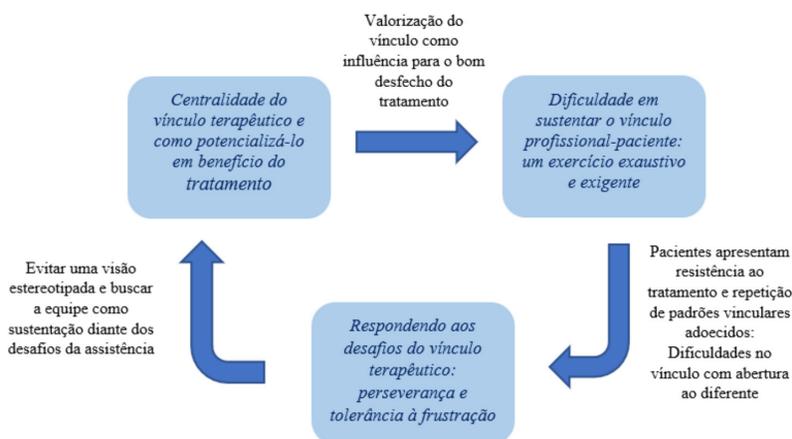
Trabalhar em grupo, em equipe multiprofissional e interdisciplinar, é fundamental nesses casos. [...] Quando nas reuniões a gente tem discussões muito ricas, é fantástico, não é mesmo? Para trazer alguma coisa nova, ou para poder refletir sobre algo que você não está conseguindo perceber (Nutri2, profissional/pesquisadora).

Ynomoto et al. (2022) mostraram que os profissionais médicos engajados no cuidado percebem que suas emoções são mobilizadas no contato com pacientes com TAs e sentem necessidade de compartilhar seus atendimentos com outros integrantes da equipe interdisciplinar, porém, não mencionaram o uso de estratégias complementares, como buscar supervisão de casos, participar de grupos de estudo e se submeter à psicoterapia pessoal, enquanto dispositivos de autocuidado e proteção de saúde mental.

Para aprofundar a análise dos dados, é conveniente articular os três eixos temáticos construídos. A Figura 1 apresenta um mapa de ideias que sintetiza os temas identificados na Fase 5 da Análise Temática Reflexiva.

**Figura 1**

*Mapa de ideias com a síntese dos temas identificados*



Nota-se que os membros da equipe que colaboraram com este estudo ressaltaram a importância do vínculo terapêutico como um recurso que os profissionais têm em mãos para manejar e contribuir para o êxito do tratamento. Essa percepção vai ao encontro da literatura, constituindo inclusive um achado que pode ser considerado recorrente nas pesquisas da área de TAs (Graves et al., 2017; Manochio et al., 2018; Ramos & Pedrão, 2013; Souza & Santos, 2015; Souza et al., 2019; Weeb et al., 2022; Werz et al., 2022).

Uma contribuição marcante deste estudo é que, apesar da importância atribuída à formação do vínculo, também foram reiteradas as dificuldades de comunicação e manutenção de uma boa aliança terapêutica com as pacientes, vistas muitas vezes como “complicadas de lidar” e insistentemente aderidas aos seus sintomas, o que corrobora os achados reunidos em revisão da literatura (Seah et al., 2017). O risco de o profissional esmorecer frente à persistência dos sintomas e ao se deparar com o baixo nível de resposta às estratégias de tratamento implementadas foi um desfecho ressaltado por diversos participantes, que manifestaram preocupação com a

obstinação que as pacientes demonstram na manutenção de seus comportamentos autodestrutivos, apesar do alto nível de sofrimento psíquico e do marcado empobrecimento de seu bem-estar e qualidade de vida.

De fato, a sintomatologia dos TAs involucra um sofrimento intenso, que muitas vezes mascara outros conflitos psíquicos, vividos na dimensão dos vínculos intersubjetivos e que estão relacionados aos dilemas e conflitos da sexualidade, da construção da autonomia (negociando o equilíbrio na relação entre independência-dependência, rumo a uma possível interdependência em níveis maduros) e do processo de separação-individuação em relação às figuras parentais (Leonidas & Santos, 2020a, 2020b). De modo geral, os resultados desta investigação empírica são consistentes com os pressupostos teóricos psicanalíticos, enriquecidos pela compreensão do marco teórico proposto pela Psicanálise Vincular, que defende que pacientes com essas características podem persistir nas suas condutas disfuncionais para tentar regular e manter o senso de coerência de si mesmas, com algum nível de integração psíquica. Contudo, podem resistir à mudança como resposta ao medo persistente de perder o controle de si na alimentação, na vida de relações e na autorregulação de suas emoções (Granieri & Schimmenti, 2014; Leonidas & Santos, 2020b; Souza et al., 2019).

O reconhecimento de que os profissionais vivenciam momentos desafiadores, marcados por experiências de frustração que frequentemente resultam em exaustão e desgaste físico e psíquico, é um achado a ser destacado por sua importância e pelas implicações para a sistematização do cuidado. A persistência dos sintomas e a frequente estagnação do quadro clínico podem impactar a equipe, levando ao arrefecimento de sua motivação e disposição para prosseguir acreditando e renovando a aposta nas potencialidades de mudança das(os) pacientes, o que também é reportado por outros estudos qualitativos internacionais (Fleming et al., 2021; LaMarre & Rice, 2021). De fato, esse efeito contratransferencial foi relatado com frequência pelos membros da equipe entrevistados. Um participante comentou que “trabalhar aqui é como dar murro em ponto de faca” (Psíquico, profissional/residente). Essa expressão contundente evidencia quanto é preciso dar atenção às questões laborais e, sobretudo, à saúde psíquica dos profissionais que se deparam com quadros críticos de TAs.

A despeito das dificuldades enfrentadas, o esforço devotado à sustentação do vínculo é percebido pelos profissionais como uma das principais ferramentas para renovar a confiança na melhora e sustentar a motivação contínua para o trabalho, entendidos como elementos necessários para a obtenção das micromudanças que podem sedimentar um bom ajustamento ao tratamento. No *corpus* analisado, isso emerge como uma aposta renovada na força vitalizadora do vínculo e na construção da aliança terapêutica, corroborando achados de pesquisas anteriores (Leonidas et al., 2019; Souza & Santos, 2015).

Nessa perspectiva, a compreensão do inconsciente a partir do trabalho com o vínculo, proposta por Puget (2015), permite pensar os processos de subjetivação como um *continuum*, um fenômeno em constante transformação e que permanece inacabado devido à própria natureza e dinamicidade. A psicanálise clássica compreende que os primeiros vínculos entre um bebê em

situação de desamparo absoluto e seus cuidadores são os elementos fundantes do psiquismo, construindo a base da matriz relacional que irá influenciar os padrões vinculares e as relações objetais ao longo da vida. Essa compreensão é redimensionada a partir do arcabouço teórico da Psicanálise Vincular, no qual os novos vínculos estabelecidos pelo sujeito ganham maior relevância nos processos de subjetivação, o que reforça a potência criativa do vínculo terapêutico (Maia et al., 2023b; Santos et al., 2020a).

Considerando essas premissas, pode-se conjecturar que o trabalho vincular da equipe de saúde com as pessoas usuárias do serviço pode mobilizar potencial transformador tanto para pacientes quanto para profissionais, já que a subjetivação é (des)contínua e promovida em todos os encontros vinculares. Os achados deste estudo mostram que a maioria dos integrantes da equipe de saúde acredita que o potencial mutativo pode ser mobilizado pelo trabalho vincular, mas que os profissionais também estão conscientes das limitações diante da resistência à mudança, que pode estar ancorada tanto no paciente quanto no profissional, uma vez que o vínculo é sempre uma via de mão dupla.

Compreende-se que o vínculo terapêutico envolve aspectos inconscientes que podem vir à tona ao serem catalisados pela presença do profissional de saúde. Esse fenômeno é o que possibilita ter acesso e trabalhar analiticamente com os padrões vinculares regressivos das(os) pacientes. Por outro lado, o vínculo terapêutico solicita que o próprio profissional da saúde, enquanto *ajeno* – isto é, representante da diferença radical em presença na cena analítica –, possa estabelecer um padrão vincular distinto dos modelos arcaicos introjetados pelos pacientes, permitindo assim vislumbrar novos desfechos e saídas mais saudáveis para os conflitos vivenciados. Isso porque, da perspectiva da Psicanálise Vincular, o psicoterapeuta também é sujeito do vínculo, e não apenas objeto da transferência (Levisky, 2021).

Na fala dos participantes fica clara a necessidade de o profissional ser resiliente e persistir diante dos momentos de frustração e desgaste que enfrenta em seu trabalho cotidiano. A resistência à transformação representa uma relutância a se abrir ao novo e aprender com o desconhecido, de modo a fortalecer a relação com o próprio crescimento. Em outras palavras, fechar-se ao vínculo terapêutico e à aliança de trabalho é uma maneira regressiva que as pacientes encontram de se defender da ameaça que essa abertura para o novo representa. Mudar pode ser percebido como um acontecimento ameaçador porque prenuncia o caminho rumo à diferenciação e individuação inerentes ao crescimento. Mas o profissional também precisa estar disposto a encarar o desafio de examinar as resistências à mudança que podem estar enraizadas na própria subjetividade.

A partir dos resultados deste estudo, pode-se afirmar que os membros da equipe também se veem transformados pelo vínculo profissional-paciente. Diante do encontro com a diferença e *ajenidad* das(os) pacientes, eles podem ceder à exaustão ou enclausurarem-se nas “certezas” que vêm coladas aos estereótipos, como o de que pacientes são refratárias(os) e de que não há melhora possível quando o outro “não está motivado” para encarar o ônus da mudança. Agarrar-se demasiadamente a essas ideias preconcebidas pode ser uma maneira defensiva

encontrada pelos profissionais de se fecharem para as incertezas e dificuldades inerentes ao vínculo terapêutico. O estoicismo das pacientes pode ser um dos resultados possíveis desse jogo de forças, mas esse tipo de configuração defensiva pode ter um efeito bumerangue e vulnerabilizar o profissional, expondo-o ao ceticismo e ao esgotamento laboral. Portanto, deve-se ter cautela porque o profissional pode ficar tão envolvido e absorvido com o “jogo relacional” proposto pela pessoa com anorexia ou bulimia, que pode acabar desanimado e despotencializado.

Segundo os participantes deste estudo, uma resposta potente diante dos momentos desafiadores seria dobrar a aposta no poder transformador do vínculo, esmerando-se em proporcionar uma experiência vincular diferenciada, abrindo-se para o novo (isto é, sem se deixar aprisionar por estereótipos e estigmas) e favorecendo gradualmente a mudança, além de buscar apoio e conforto no trabalho compartilhado em equipe. Dessa maneira, a equipe também pode ter a função de esteio diante dos reveses, promovendo *holding* e sustentação continuada diante das dificuldades e incertezas que permeiam o trabalho vincular com pessoas gravemente adoecidas e atravessadas por angústias primitivas.

A partir das ideias de Berenstein e Puget (2008), compreende-se que, diante das dúvidas e ambiguidades provocadas pela diferença despertada pelo encontro com o outro, é necessário que o grupo de pertencimento esteja apto a oferecer amparo ao sujeito, uma vez que a incerteza só pode ser suportada pelo indivíduo até certo limiar. É a partir dessa garantia imaginária conferida pelo sentimento de pertencimento ao grupo que se confere certa estabilidade. Isso permite manter-se aberto às vicissitudes do trabalho vincular, que impõe desafios e transformações (Oliveira-Cardoso et al., 2018; Santos et al., 2020b).

No contexto desta investigação, observou-se que, a partir do senso de pertencimento e do apoio sensível conferido pela equipe interdisciplinar, os participantes conseguem manter a coesão do vínculo terapêutico, a despeito das dificuldades vivenciadas no contexto do cuidado. A valorização da escuta por parte dos membros que compõem esse grupo heterogêneo que constitui a equipe multiprofissional emerge, na fala dos participantes, como acolhimento e amparo, servindo de antídoto contra o sentimento de desamparo que algumas vezes ameaça tomar conta do cenário assistencial diante das frustrações provocadas pela persistência dos sintomas. Nesse contexto, pode-se postular que as dificuldades experimentadas no vínculo terapêutico funcionam como uma *ajenidad* que, se bem tolerada, é capaz de impulsionar o trabalho dos profissionais. Segundo Puget (2003), a presença impõe o encontro com uma alteridade, que pode ser representável (como a diferença sexual ou entre gerações) ou, por outro lado, com uma *ajenidad*, isto é, uma diferença irreduzível, radical, que não se deixa representar. É com base na *ajenidad* que o trabalho do vínculo acontece.

Silva e Miranda (2022) ressaltam que o diálogo sobre as dificuldades e o estabelecimento de objetivos comuns possibilita fortalecer o espírito colaborativo entre os profissionais. Diante da radicalidade dos sintomas e de sua durabilidade e persistência, é preciso responder com paciência e perseverança redobradas, usando o espaço potencial grupal proporcionado pelas reuniões e discussões de equipe.

### Considerações finais

Em síntese, este estudo alcançou seu objetivo de oferecer uma compreensão dos significados atribuídos por uma equipe de um serviço especializado em TAs às experiências que envolvem o vínculo profissional-paciente. A partir dos dados colhidos por meio de entrevistas semi-dirigidas, seguindo as diretrizes do MCQ, foi possível constatar que, no serviço em questão, os integrantes da equipe interdisciplinar valorizam a aposta no vínculo terapêutico como eixo estruturante do cuidado e fator determinante para o sucesso do processo de mudança.

Apesar dessa valorização explícita, os participantes relataram enfrentar alguns percalços no estabelecimento do laço terapêutico ao expressarem sua exaustão diante da tenacidade com a qual as(os) pacientes permanecem aderidas(os) aos seus sintomas, um achado congruente com a literatura da área. Na compreensão psicanalítica deste fenômeno, pode-se postular, com apoio do arcabouço teórico da Psicanálise Vincular, que o encontro entre profissional e paciente guarda duas dimensões latentes: uma, que ressalta a repetição inconsciente dos padrões vinculares e sintomáticos adoecidos das pacientes, e outra, possível a partir do encontro entre as diferenças que se impõem pela presença do outro, que pode pavimentar novos caminhos rumo à transformação. É na articulação dessa dupla dimensão que repousa o potencial da mudança nos processos de subjetivação que, pela própria natureza, são (des)contínuos e não lineares, e se materializam por meio do trabalho com as resistências à emergência do novo.

Além de poder identificar o potencial de mudança do ponto de vista das(os) pacientes, é preciso ampliar a percepção para mirar as transformações que ocorrem também nos profissionais. O encontro com o outro gravemente adoecido e (muitas vezes, embora nem sempre) resistente à mudança pode suscitar também defesas por parte dos profissionais. Diante disso, os participantes deste estudo ponderaram a respeito da necessidade de se manterem esperançosos, não se prendendo a visões estereotipadas a respeito dos TAs, sobretudo diante dos momentos de dificuldades encontradas. Essa esperança pode ser encontrada e nutrida no trabalho compartilhado em equipe, que confere apoio e fortalece o senso de pertencimento, além de favorecer o encontro clínico com o outro. Adiciona-se a isso a marca da alteridade que também se materializa na diferença entre profissionais de distintas gerações e áreas de especialização que compõem a singular pluralidade da equipe. É interessante notar que não houve diferença significativa nos relatos dos participantes em função do vínculo institucional, seja como profissionais, residentes, pesquisadores ou estagiários, o que reforça a pertinência da opção por incluir, na análise dos dados, o conjunto dos atores que constituem a equipe.

É fundamental não fixar as(os) pacientes dentro de uma visão estereotipada, como se fossem destinadas(os), por escolha própria, ao sofrimento, condenando suas formas de existência por serem divergentes das normas prescritas e dos ideais de normalização que impregnam a coletividade. A valorização da empatia como vetor catalisador do vínculo ajuda a elevar as(os) pacientes à condição de dignidade. O sofrimento à primeira vista parece incompreensível, dado o estranhamento que os sintomas despertam (por exemplo, uma moça que cultua o jejum porque tem medo da comida, enquanto outra come vorazmente para poder vomitar copiosamente em

seguida). Essas expressões inusitadas e surpreendentes do sofrimento podem ganhar contornos humanos e simbólicos se puderem encontrar uma escuta sensível que permita estruturar uma narrativa permeável à transformação.

Destarte, os resultados originais reunidos neste estudo permitiram também desvelar a riqueza de significados atribuídos pelos participantes aos vínculos com pacientes com AN/BN. Além de corroborarem outros dados qualitativos obtidos por estudos nacionais e internacionais, reiterando a relevância e o protagonismo da aliança terapêutica para o desfecho do seguimento clínico, os achados contribuem com a literatura da área propondo uma compreensão a partir da vincularidade. O referencial teórico-conceitual permitiu desvelar, do ponto de vista dos membros da equipe, as vicissitudes encontradas no cenário assistencial e de que maneira é possível lidar com os desafios colocados, fazendo uso do potencial do vínculo terapêutico como tecnologia de cuidado no trabalho em saúde. É preciso sublinhar o potencial representado pela dimensão do apoio mútuo entre os integrantes no contexto das reuniões de equipe e das ações de cuidado realizadas em conjunto com outros profissionais. Os espaços de escuta criados para facilitar a elaboração dos membros da equipe mostraram ser um recurso que pode ser mobilizado enquanto elemento para o fortalecimento dos vínculos entre profissionais e usuários, colaborando para a preservação da saúde psíquica dos trabalhadores.

Embora os estudos qualitativos não pretendam ter seus resultados generalizados, podem trazer relevantes contribuições para a prática clínica, no sentido de uma visão compreensiva sobre os sentimentos paradoxais e as queixas de exaustão e desmotivação que podem acometer os profissionais. É importante que haja abertura na equipe para o acolhimento e compartilhamento desses sentimentos, promovendo sua sustentação, de modo que se possa fazer do mal-estar um instrumento de trabalho, no encontro com a diferença imposta pelo vínculo terapêutico. Do ponto de vista psicanalítico, a repetição é algo esperado em um vínculo terapêutico bem estabelecido. Essa concepção pode não ser congruente com a percepção de outras categorias profissionais, o que sugere novas possibilidades de pesquisa, focando o que cada categoria profissional considera um bom vínculo e qual seria o lugar da repetição nesse contexto.

Convergindo com as diretrizes propostas pelo MCQ, a inserção prévia da pesquisadora no serviço é uma das fortalezas deste estudo que devem ser ressaltadas, na medida em que favorece a aproximação com os participantes. Por outro lado, é importante ponderar os possíveis vieses que essa inserção pode acarretar nos dados coletados. Nesse sentido, são necessárias novas pesquisas, que incluam profissionais de outros serviços e contextos, para aprofundar a exploração das especificidades do vínculo profissional-paciente e da aliança terapêutica, inclusive investigando diferentes descrições psicopatológicas e examinando possíveis diferenças no vínculo terapêutico estabelecido entre profissionais e pacientes com AN e BN.

### Referências

- American Psychiatric Association [APA] (2014). *DSM: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5th ed.). Artmed.
- Bechelli, L. P. C., & Santos, M. A. (2002). Psicoterapia de grupo e considerações sobre o paciente como agente da própria mudança. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(3), 383-391. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692002000300012>
- Bechelli, L. P. C., & Santos, M. A. (2005). O terapeuta na psicoterapia de grupo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(2), 249-254. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000200018>
- Berenstein, I., & Puget, J. (2008). *Psychanalyse du lien: Dans différents dispositifs thérapeutiques*. Erès.
- Braun, V., Clarke, V., Hayfield, N., & Terry, G. (2019) Thematic analysis. In: P. Liamputtong (Ed.), *Handbook of research methods in health social sciences* (pp. 843-860). Springer.
- Brolese, D. F., Lessa, G., Santos, J. L. G., Mendes, J. S., Cunha, K. S., & Rodrigues, J. (2017). Resilience of the health team in caring for people with mental disorders in a psychiatric hospital. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51, e03230. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016026003230>
- Bruch, H. (1978). *The golden cage: The enigma of anorexia nervosa*. Harvard University Press.
- Ferreira, I. M. S., Souza, A. P. L., Azevedo, L. D. S., Leonidas, C., Santos, M. A., & Pessa, R. P. (2021). The influence of mothers on the development of their daughter's eating disorders: An integrative review. *Archives of Clinical Psychiatry*, 48, 168-177. <https://doi.org/10.15761/0101-60830000000300>
- Fleming, C., Le Brocque, R., & Healy, K. (2021). How are families included in the treatment of adults affected by eating disorders? A scoping review. *International Journal of Eating Disorders*, 54(3), 244-279. <https://doi.org/10.1002/eat.2344>
- Flick, U. (2019). *An introduction of qualitative research* (6th ed.). Sage.
- Fundação Oswaldo Cruz (2021). Comitê de Ética em Pesquisa. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. *Orientações sobre ética em pesquisa em ambientes virtuais*. ENSP/Fiocruz. [https://cep.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/orientacoes\\_eticapesquisa\\_ambientevirtual.pdf](https://cep.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/orientacoes_eticapesquisa_ambientevirtual.pdf)
- Graham, M. R., Tierney, S., Chisholm, A., & Fox, J. R. E. (2020). The lived experience of working with people with eating disorders: A meta-ethnography. *International Journal of Eating Disorders*, 53(3), 422-441. <https://doi.org/10.1002/eat.23215>
- Granieri, A., & Schimmenti, A. (2014). Mind-body splitting and eating disorders: A psychoanalytic perspective. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 28, 52-70. <https://doi.org/10.1080/02668734.2013.872172>
- Graves, T. A., Tabri, N., Thompson-Brenner, H., Franko, D. L., Eddy, K. T., Bourion-Bedes, S., Brown, A., Constantino, M. J., Flückiger, C., Forsberg, S., Isserlin, L., Couturier, J., Paulson Karlsson, G., Mander, J., Teufel, M., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., Prestano, C., Satir, D. A., & Thomas, J. J. (2017). A meta-analysis of the relation between therapeutic alliance and treatment outcome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 50(4), 323-340. <https://doi.org/10.1002/eat.22672>
- Johns, G., Taylor, B., John, A., & Tan, J. (2019). Current eating disorder healthcare services: the perspectives and experiences of individuals with eating disorders, their families and health professionals: Systematic review and thematic synthesis. *BJPsychiatry*, 5(4), e59. <https://doi.org/10.1192%2Fbjpo.2019.48>
- LaMarre, A., & Rice, C. (2021). Healthcare providers' engagement with eating disorder recovery narratives: Opening to complexity and diversity. *Medicine Humanity*, 47(1), 78-86. <https://doi.org/10.1136/medhum-2019-011723>
- Leonidas, C., & Santos, M. A. (2020a). Eating disorders and female sexuality: Current evidence-base and future implications. *Psico-USF*, 25(1), 101-113. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-82712020250109>
- Leonidas, C., & Santos, M. A. (2020b). Symbiotic illusion and female identity construction in eating disorders: A psychoanalytical psychosomatics' perspective. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 23(1), 84-93. <https://doi.org/10.1590/1809-44142020001010>
- Leonidas, C., Nazar, B. P., Munguía, L., & Santos, M. A. (2019). How do we target the factors that maintain anorexia nervosa? A behaviour change taxonomical analysis. *International Review of Psychiatry*, 31(4), 403-410. <https://doi.org/10.1080/09540261.2019.1624509>

- Levisky, R. B. (2021). Psicanálise Vincular. In R. Levisky, M. L., Dias, & D. L. Levisky (Orgs.), *Dicionário de psicanálise de casal e família* (pp. 439-444). Blucher.
- López-Gil, J. F., García-Hermoso, A., Smith, L., Firth, J., Trott, M., Mesas, A. E., & Victoria-Montesinos, D. (2023). Global proportion of disordered eating in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 177(3), 363-372. <https://doi.org/0.1001/jamapediatrics.2022.5848>
- Maia, B. B., Campelo, F. G., Rodrigues, E. C. G., Oliveira-Cardoso, É. A., & Santos, M. A. D. (2023a). Perceptions of health professionals in providing care for people with anorexia nervosa and bulimia nervosa: A systematic review and meta-synthesis of qualitative studies. *Cadernos de Saúde Pública*, 39, e00223122. <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN223122>
- Maia, B. B., Santos, M. A., & Okamoto, M. Y. (2023b). Memória, desmentida e traumatismo social sob a ótica da Psicanálise Vincular. *Psicologia USP*, 34, e200214. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564e200214>
- Maia, B. B., Oliveira-Cardoso, E. A., & Santos, M. A. (2023c). Eating disorders during the Covid-19 pandemic: Scoping review of psychosocial impact. *Middle East Current Psychiatry*, 30, 59. <https://doi.org/10.1186/s43045-023-00334-0>
- Manochio, M. G., Reis, P. G., Luperi, H. S., Pessa, R. P., & Sarrassini, F. B. (2018). Tratamento dos transtornos alimentares: Perfil dos pacientes e desfecho do seguimento. *Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde*, 1(1), 32-40. <https://doi.org/10.17058/rips.v1i1.11946>
- McDonald, S., Williams, A. J., Barr, P., McNamara, N., & Marriott, M. (2021). Service user and eating disorder therapist views on anorexia nervosa recovery criteria. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 94(3), 721-736. <https://doi.org/10.1111/papt.12340>
- Oliveira-Cardoso, É. A., & Santos, M. A. (2019). Avaliação psicológica no contexto dos transtornos alimentares. In S. M. Barroso, F. Scorsolini-Comin, & E. Nascimento (Orgs.), *Avaliação psicológica: Contextos de atuação, teoria e modos de fazer* (Vol. 1, pp. 165-186). Sinopsys.
- Oliveira-Cardoso, É. A., Valdanha-Ornelas, E. D., Leonidas, C., Pessa, R. P., Santos, J. E., & Santos, M. A. (2018). Assistência em transtornos alimentares como parte do itinerário formativo do aluno de Psicologia: Aprendizado em equipe interdisciplinar. In: L. C. S. Elias, C. M. Corradi-Webster, E. A. Oliveira-Cardoso, S. D. Barreira, & M. A. Santos (Orgs.), *Formação profissional em Psicologia: Práticas comprometidas com a comunidade* (pp. 82-108). Coleção SBP-E-books. Sociedade Brasileira de Psicologia. Recuperado de [https://www.sbsonline.org.br/arquivos/E-book\\_CPA\\_-\\_FFCLRP\\_USP.pdf](https://www.sbsonline.org.br/arquivos/E-book_CPA_-_FFCLRP_USP.pdf)
- Peres, R. S. (2009). Aliança terapêutica em psicoterapia de orientação psicanalítica: Aspectos teóricos e manejo clínico. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 26, 383-389. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2009000300011>
- Puget J. (2002). O corpo denuncia e encobre. *Psicanálise SBPPortoAlegre*, 3(2), 397-411.
- Puget, J. (2003). Intersubjetividade: crisis de la representación. *Psicoanálisis APdeBA*, 25(1), 175-290.
- Puget, J. (2012). Efectos de la presencia, efectos de la ausencia: Diversas maneras de pensarlo. *Psicoanálisis*, 34(2), 385-399. <https://www.psicoanalisisapdeba.org/wp-content/uploads/2018/04/Puget.pdf>
- Puget, J. (2015). *Subjetivación discontinua y psicoanálisis: Incertidumbre y certezas*. Lugar.
- Ramos, T. M. B., & Pedrão, L. J. (2013). Acolhimento e vínculo em um serviço de assistência a portadores de transtornos alimentares. *Paidéia* (Ribeirão Preto), 23(54), 113-120. <https://doi.org/10.1590/1982-43272354201313>
- Santos, M. A., & Pessa, R. P. (2022). Clínica dos transtornos alimentares: Novas evidências clínicas e científicas. In S. S. Almeida, T. M. B. Costa, & M. F. Laus (Orgs.), *Psicobiologia do comportamento alimentar* (2a ed.). Rubio.
- Santos, M. A., Ciani, T. A., & Pillon, S. C. (2020a). Clínica das configurações vinculares: do estabelecimento do vínculo terapêutico às transformações possíveis. *Vínculo*, 14(2), 45-57. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/vinculo/v14n2/v14n2a07.pdf>
- Santos, M. A., Maia, B. B., Risk, E. N., Pessa, R. P., Oliveira, W. A., & Oliveira-Cardoso, E. A. (2023). Repercussões da pandemia de Covid-19 no tratamento de pacientes com Anorexia/Bulimia: Revisão de escopo. *Interação em Psicologia*, 27(3), 314-329. <http://dx.doi.org/10.5380/riep.v27i3.86119>

- Santos, M. A., Okamoto, M. Y., Emidio, T. S., & Maia, B. B. (2020b). As tramas do trabalho vincular: Contribuições psicanalíticas para pensar os impasses e os ideais contemporâneos. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 54(4), 117-132. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0486-641X2020000400009&script=sci\\_abstract&lng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0486-641X2020000400009&script=sci_abstract&lng=es)
- Seah, X. Y., Tham, X. C., Kamaruzaman, N. R., & Yobas, P. (2017). Attitudes and challenges of healthcare professionals managing people with eating disorders: A literature review. *Archives Psychiatry Nursing*, 31(1), 125-136. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0883941716302187>
- Sibeoni, J., Orri, M., Valentin, M., Podlipski, M. A., Colin, S., Pradere, J., & Revah-Levy, A. (2017). Metasynthesis of the views about treatment of anorexia nervosa in adolescents: Perspectives of adolescents, parents, and professionals. *Plos One*, 12(1), e0169493. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169493>
- Silva, A. M., & Miranda, L. (2022). Paradoxos e limites da colaboração interprofissional: Análise de um núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica. *Trabalho, Educação e Saúde*, 20, 1-17. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs504>
- Souza, L. V., & Santos, M. A. (2013a). Proximidade afetiva no relacionamento profissional-paciente no tratamento dos transtornos alimentares. *Psicologia em Estudo* (Maringá), 18(3), 395-405. <https://www.scielo.br/j/pe/a/tgwmvRxy5zbXPjkTSRnrvms/#>
- Souza, L. V., & Santos, M. A. (2013b). Quem é o especialista? Lugares ocupados por profissionais e pacientes no tratamento dos transtornos alimentares. *Estudos de Psicologia* (Natal), 18(2), 259-267. <https://www.scielo.br/j/epsic/a/LTxpp54XmrF9zJrNMBKJ7qM/?lang=pt>
- Souza, L. V., & Santos, M. A. (2014). Transtorno alimentar e construção de si no relacionamento profissional-usuário. *Psicologia & Sociedade*, 26(2), 506-216. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822014000200026>
- Souza, L. V., & Santos, M. A. (2015). Histórias de sucesso de profissionais da saúde no tratamento dos transtornos alimentares. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(2), 528-542. <https://doi.org/10.1590/1982-370300132013>
- Souza, A. P. L., Valdanha-Ornelas, É. D., Santos, M. A., & Pessa, R. P. (2019). Significados do abandono do tratamento para pacientes com transtornos alimentares. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39, e188749. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003188749>
- Thompson-Brenner, H., Satir, D. A., Franko, D. L., & Herzog, D. B. (2012). Clinician reactions to patients with eating disorders: A review of the literature. *Psychiatric Services*, 63(1), 73-78. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100050>
- Treasure, J., Willmott, D., Ambwani, S., Cardi, V., Clark Bryan, D., Rowlands, K., & Schmidt, U. (2020). Cognitive interpersonal model for anorexia nervosa revisited: The perpetuating factors that contribute to the development of the severe and enduring illness. *Journal of Clinical Medicine*, 9(3), 1-14. <https://doi.org/10.3390/jcm9030630>
- Turato, E. R. (2013). *Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas* (6a ed.). Vozes.
- Weeb, H., Dalton, B., Irish, M., Mercado, D., McCombie, C., Peachey, G., Arcelus, J., Au, K., Himmerich, H., Louise Johnston, A., Lazarova, S., Pathan, T., Robinson, P., Treasure, J., Schmidt, U., & Lawrence, V. (2022). Clinicians' perspectives on supporting individuals with severe anorexia nervosa in specialist eating disorder intensive treatment settings. *Journal Eating Disorders*, 10(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00528-z>
- Werz, J., Voderholzer, U., & Tuschen-Caffier, B. (2022). Alliance matters: But how much? A systematic review on therapeutic alliance and outcome in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Eating Weight Disorders*, 27(4), 1279-1295. <https://doi.org/10.1007/s2Fs40519-021-01281-7>
- Ynomoto, D. I. S., Oliveira-Cardoso, E. A., Valdanha-Ornelas, E. D., Pessa, R. P., Leonidas, C., & Santos, M. A. (2022). Escolha da profissão e da especialidade por médicos de um serviço de transtornos alimentares. *Interação em Psicologia*, 26(1), 99-110. <http://dx.doi.org/10.5380/riep.v26i1.78746>
- Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 37(4-5), 369-375.

### Contribuição de cada autor na elaboração do trabalho

**Bruna Bortolozzi Maia:** Contribuiu com a conceitualização do estudo, levantamento bibliográfico, delineamento teórico-metodológico, coleta e análise dos dados, formatação, redação (revisões, edição inicial e final) do manuscrito, formatação da versão final submetida à avaliação.

**Érika Arantes de Oliveira-Cardoso:** Contribuiu com a análise e discussão dos dados e revisão final do manuscrito.

**Rosane Pilot Pessa:** Contribuiu com a coleta, análise e discussão dos dados.

**Marina Garcia Manochio Pina:** Contribuiu com a análise e discussão dos dados.

**Manoel Antônio dos Santos:** Contribuiu com a orientação do projeto de pesquisa e conceitualização do estudo, delineamento teórico-metodológico, análise dos dados, obtenção do financiamento para a pesquisa, redação (revisões, edição inicial e final) do manuscrito e aprovação da versão final submetida à avaliação.

#### EQUIPE EDITORIAL

##### Editora-chefe

Cristiane Silvestre de Paula

##### Editores associados

Alessandra Gotuzo Seabra

Ana Alexandra Caldas Osório

Luiz Renato Rodrigues Carreiro

Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira

##### Editores de seção

###### “Avaliação Psicológica”

Alexandre Luiz de Oliveira Serpa

André Luiz de Carvalho Braule Pinto

Juliana Burges Sbcigo

Natália Becker

Lisandra Borges

###### “Psicologia e Educação”

Alessandra Gotuzo Seabra

Carlo Schmidt

Regina Basso Zanon

###### “Psicologia Social e Saúde das Populações”

Enzo Banti Bissoli

Marina Xavier Carpena

Daniel Kveller

###### “Psicologia Clínica”

Ana Alexandra Caldas Osório

Carolina Andrea Ziebold Jorquera

Julia Garcia Durand

###### “Desenvolvimento Humano”

Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira

Rosane Lowenthal

###### Artigos de Revisão

Jessica Mayumi Maruyama

###### Suporte técnico

Davi Mendes

Maria Gabriela Maglió

#### PRODUÇÃO EDITORIAL

##### Coordenação editorial

Surane Chiliani Vellenich

##### Estagiária Editorial

Isabelle Callegari Lopes

##### Preparação de originais

Hebe Ester Lucas

##### Revisão

Vera Ayres

##### Diagramação

Acqua Estúdio Gráfico