

# CONTRIBUIÇÕES DO DIÁLOGO ABERTO À CONSULTA CONJUNTA: REFLEXÕES A PARTIR DE UM ATENDIMENTO FAMILIAR

CONTRIBUCIONES DEL DIÁLOGO ABIERTO A LA CONSULTA CONJUNTA:  
REFLEXIONES DESDE UNA SESIÓN DE TERAPIA FAMILIAR

CONTRIBUTIONS OF OPEN DIALOGUE TO JOINT CONSULTATION: REFLECTIONS  
FROM A FAMILY THERAPY SESSION

**RESUMO:** A consulta conjunta é um recurso terapêutico presente no contexto da clínica ampliada, permitindo a profissionais da saúde de diferentes especialidades ou campos de atuação somarem suas ferramentas em prol da assistência de casos complexos. No entanto, muitos desafios se impõem ao trabalho multiprofissional conduzido em conjunto. Neste trabalho, partimos do tratamento de um adolescente e sua família, conduzido à duas mãos por diferentes especialistas, para discutir contribuições do Diálogo Aberto a esse tipo de atendimento. Essa abordagem, desenvolvida na saúde pública finlandesa, oferece contribuições valiosas para a comunicação entre os profissionais na sessão e entre paciente, familiares e sua rede social significativa, dentre outros recursos para a escuta e a tomada de decisões compartilhada. Destacamos a importância de formulações como a mente encarnada [*embodied mind*], os diálogos reflexivos, a aliança terapêutica com a família e a flexibilidade e tolerância à incerteza como contribuições fundamentais para o dispositivo da consulta conjunta.

**Palavras-chave:** Diálogo Aberto; consulta conjunta; terapia familiar.

**RESUMEN:** La consulta conjunta es un recurso terapéutico presente en el contexto de la práctica clínica ampliada, que permite a los profesionales de la salud de distintas especialidades o áreas de actuación combinar sus herramientas para abordar casos complejos. Sin embargo, el trabajo multidisciplinario colaborativo plantea numerosos desafíos. En este trabajo, partimos del tratamiento de un adolescente y su familia, realizado conjuntamente por diferentes especialistas, para analizar las contribuciones del Diálogo Abierto a este tipo de atención. Este enfoque, desarrollado en el sistema de salud pública finlandés, aporta valiosas contribuciones a la comunicación entre profesionales en la sesión y entre paciente, familiares y su red social significativa, además de ofrecer recursos para la escucha activa y la toma de decisiones compartida. Destacamos la importancia de formulaciones como la mente encarnada [*embodied mind*], los diálogos reflexivos, la alianza terapéutica con la familia y la flexibilidad y tolerancia a la incertidumbre como contribuciones fundamentales al dispositivo de la consulta conjunta.

**Palabras clave:** Diálogo Abierto; consulta conjunta; terapia familiar.

**ABSTRACT:** Joint consultation is a therapeutic resource present in the context of expanded clinical practice, allowing healthcare professionals from different specialties or fields of expertise to combine their tools in order to assist complex cases. However, many challenges arise in multidisciplinary work conducted collaboratively. In this paper, we start from the treatment of an adolescent and his family, conducted jointly by different specialists, to discuss the contributions of Open Dialogue to this type of care. This approach, developed in Finnish public health system, offers valuable contributions to communication between professionals in the session and between patient, family members and their significant social network, among other resources for listening and shared decision-making. We highlight the importance of formulations such as the embodied mind, reflective dialogues, the therapeutic alliance with the family, and flexibility and tolerance to uncertainty as fundamental contributions to the joint consultation approach.

**Keywords:** Open Dialogue; joint consultation; family therapy.

BRUNO ESPOSITO <sup>1</sup>

CAROLINA GALVÃO  
DE OLIVEIRA <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Instituto Sedes  
Sapientiae/IP-USP, São  
Paulo, São Paulo, Brasil

<sup>2</sup> Núcleo Procreate/  
Hospital São Luiz - Itaim,  
São Paulo, São Paulo,  
Brasil

Recebido em: 19/03/2025  
Aceito em: 01/10/2025

<https://www.doi.org/10.38034/nps.v34i83.848>



## INTRODUÇÃO

O presente trabalho discute contribuições da abordagem do Diálogo Aberto (*Open Dialogue*) para consultas conjuntas de profissionais de diferentes escopos a pacientes e seus familiares. A consulta conjunta é um dos dispositivos na assistência à saúde presentes no contexto da clínica ampliada.

A clínica ampliada, ou clínica do sujeito (Campos, 2003), institui um campo de reflexões e práticas em saúde que buscam superar as limitações presentes nas denominadas clínica oficial e clínica degradada. O modelo biomédico teria centrado sua atenção quase exclusivamente à doença orgânica e suas regularidades (clínica oficial), desconsiderando a importância do sujeito doente – com sua história, vivências, saberes, contextos de vida – e culminando na organização de serviços e práticas dos profissionais de saúde baseados em queixa-conduta (clínica degradada). Nessa conjuntura, é frequente identificar uma assistência em saúde baseada em protocolos dirigidos à doença, pouco escutando o sujeito e o contexto, “recortando” o paciente de acordo com a especialidade do profissional e promovendo encaminhamentos desimplicados para outras especialidades, sem diálogo e construção conjunta do caso clínico e seu tratamento.

Na clínica ampliada, propõe-se reorganizar a assistência em saúde para compor o entendimento dos processos de adoecimento com a singularidade de cada caso clínico e seu tratamento em função do contexto e do próprio sujeito considerado em sua complexidade. Para tanto, diferentes arranjos e dispositivos podem servir aos profissionais de saúde no enfrentamento dos desafios cotidianos, como por exemplo a prática da consulta conjunta.

Na consulta conjunta, profissionais de diferentes escopos ou especialidades podem atender conjuntamente o paciente (e eventualmente sua família), complexificando e enriquecendo o olhar clínico, tanto em termos de leitura diagnóstica como de formulação de um projeto terapêutico, além de trabalhar o vínculo do paciente (e familiares) com a equipe e a instituição. A consulta conjunta ocorre com frequência no Apoio Matricial (Vieira & Castanho, 2022), quando por exemplo um profissional especialista em saúde mental dá suporte aos profissionais generalistas da atenção primária no contexto da saúde pública brasileira. Pode-se decidir atender em conjunto diante de situações emperradas ou desafiadoras, com o profissional generalista trazendo um conhecimento encarnado do paciente no território ao longo do tempo, enquanto o especialista contribui com um conhecimento e manejo mais aprofundado em saúde mental. Esses atendimentos em conjunto teriam também uma função pedagógica, de transmissão de saberes entre os profissionais (Silva, 2021).

A consulta conjunta pode ser realizada em muitos outros contextos; por exemplo, na experiência pregressa dos autores deste trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), voltado ao atendimento de casos graves em saúde mental, atendia-se pontualmente casos e famílias conjuntamente, quer seja profissionais do mesmo núcleo profissional (psicólogo-psicólogo) como de distintos núcleos (psicólogo-psiquiatra, psicólogo-terapeuta ocupacional etc.) para fortalecer vínculos, dar robustez aos tratamentos, enriquecer os olhares e ampliar possibilidades de ação terapêutica. Hoje em dia, a prática da consulta conjunta transcende o contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), inspirando estratégias de enfrentamento de contextos difíceis, como por exemplo no trabalho de organizações não-governamentais em situações sociais críticas, no âmbito do Judiciário, hospitais privados e consultórios particulares – como no caso clínico conduzido pelos autores, do qual falaremos um pouco adiante.

Evidentemente, as contribuições a partir da prática da consulta conjunta vêm acompanhadas de novos desafios e dificuldades a serem enfrentadas. Não são todos os

profissionais, menos ainda diante de situações difíceis, que se sentem confortáveis em expor e compartilhar sua condução clínica; por vezes, profissionais podem se sentir ameaçados quanto ao seu próprio saber e intensificar certezas prévias. O paciente e/ou sua família podem sentir efeitos variados acerca dessa situação com mais de um profissional – embora geralmente sintam-se acolhidos e cuidados, podem vivenciar a situação como excessiva, sobrecarregada de olhares, avaliações e exposição. Dessa forma, compreendemos que alguns pressupostos teóricos e metodológicos da abordagem do Diálogo Aberto contribuem significativamente na condução da consulta conjunta, estabelecendo um clima terapêutico favorável dentre os participantes, favorecendo o vínculo e a exposição de conteúdos difíceis, assim como uma troca produtiva entre os profissionais, dando espaço para a contribuição de cada um com sua especialidade e para a construção de um caminho singular e inédito para cada caso.

Nosso objetivo neste trabalho é, através de breves vinhetas das situações clínicas vivenciadas ao longo do tratamento de um adolescente e sua genitora, refletir sobre aspectos teóricos e metodológicos do Diálogo Aberto que contribuem com a prática da consulta conjunta, favorecendo a interação entre profissionais e para com o paciente e a família. Para tanto, faremos uma breve contextualização da abordagem do Diálogo Aberto com a intenção de que o leitor que não a conhece se familiarize com seu contexto de origem e seus pressupostos básicos, seguida de um breve resumo do percurso de tratamento dessa família, conduzido pelos autores deste trabalho. Discutiremos, em seguida, alguns pontos da abordagem que se presentificaram em pequenas passagens ao longo do tratamento e que compreendemos terem contribuído com o seu desenrolar.

## A ABORDAGEM DO DIÁLOGO ABERTO

O Diálogo Aberto (*Open Dialogue*) tem sua origem na Finlândia, mais especificamente em Tornio (Lapônia Ocidental). Desenvolve-se a partir dos anos 1980, dentro de um contexto nacional de pesquisa e qualificação das práticas hospitalares com pacientes psicóticos; mais especificamente, deriva-se da experiência de Turku, ao sul do país, onde se desenvolveu a partir dos anos 1970 o chamado Tratamento Adaptado às Necessidades (*Need-Adapted Treatment*) (Alanen, 2009). Naquele contexto, buscava-se incluir os familiares logo no início do tratamento, percebendo sua influência positiva no prognóstico dos casos, aliando-se a uma atitude terapêutica e compreensiva que perpassava todas as técnicas e estratégias empreendidas no caso – em contraposição a um modelo de internação que toma a doença como um fato biológico que desumaniza o tratamento que dela decorre. A equipe no hospital de Turku tinha influências da terapia familiar sistêmica e da abordagem psicoterapêutica psicodinâmica, conduzida individualmente com os pacientes. O “pulo do gato” que posteriormente influenciou o Diálogo Aberto de maneira decisiva foi passar a discutir com o próprio paciente e a família o projeto terapêutico a ser empreendido, visto que, quando esse processo era conduzido pela equipe a portas fechadas, desconectava-se das reais necessidades do caso e caía-se frequentemente em batalhas teóricas de acordo com a visão e formação de cada profissional – risco que também poderia dificultar nossas consultas conjuntas no contexto brasileiro, como mencionamos acima.

O Diálogo Aberto é, a um só tempo, uma forma de organizar a assistência à saúde mental no território adscrito e uma modalidade terapêutica que enfatiza a forma de se relacionar, dialogar e coconstruir o tratamento com o paciente, seus familiares e sua rede social significativa. Baseia-se em sete princípios (Florence, 2018; Olson et al., 2014) que enunciaremos a seguir muito resumidamente; são eles: 1) ajuda imediata

(quando se der o contato com a equipe de saúde mental, deve-se designar dois ou mais terapeutas para conformar em até 24 horas o primeiro encontro assistencial, preferencialmente na própria residência do paciente); 2) perspectiva de rede social (inclusão da família na sessão e pessoas relevantes do círculo social, como amigos próximos, vizinhos, colegas de trabalho); 3) flexibilidade e mobilidade (adaptar as estratégias terapêuticas às necessidades do paciente); 4) responsabilidade (profissional contatado inicialmente busca garantir a assistência no tempo justo, incluindo quem fez o chamado se necessário, e constituir e manter envolvida a equipe responsável); 5) continuidade psicológica (equipe inicial mantém-se à cargo da condução do caso pelo tempo que for necessário); 6) tolerância à incerteza (na situação de crise, não tomar decisões imperativas e prematuras, não “fechar” diagnóstico nem buscar respostas definidoras das situações problemáticas emergentes), e 7) diálogo e polifonia (promover diálogos abertos, que favoreçam a coexistência de diferentes vozes, possibilitando maior senso de agência sobre a própria vida e compreensões inéditas acerca da crise e das situações geradoras de sofrimento).

Grosso modo, a equipe designada buscará constituir um clima favorável ao diálogo com os envolvidos, permitindo-os se sentirem escutados enquanto sujeitos, com um tempo para expressarem nas palavras que forem encontradas o sofrimento emocional vivenciado. A atenção ao corpo e às manifestações não-verbais serão centrais, visto que, muitas vezes, experiências de sofrimento extremo estarão situadas no plano corporal (Seikkula, 2019; Olson, Seikkula & Ziedonis, 2014). A ideia é respeitar ao extremo as formulações próprias dos envolvidos e suas manifestações, através de uma presença atenta e acolhedora, evitando interpretações que levem a um sentido distante ao que o sujeito formula e também um enfoque sintomatológico, principalmente qualquer condução fria, diretiva e protocolar da sessão – ao estilo de uma anamnese e dos *guidelines* que hoje tanto marcam presença naquilo que mencionamos como clínica oficial e clínica degradada. É importante aclarar que reuniões de equipe e supervisões (exceto no contexto de formação dos terapeutas) são abolidas em prol de uma discussão aberta com os próprios envolvidos no problema, desde que de forma cuidadosa, generosa e sem jargões técnicos (Olson et al., 2014).

Mesmo em situações agudas, nas quais o paciente em questão apresenta-se desorganizado, com um discurso aparentemente incoerente aos ouvidos da “razão”, ou com muita dificuldade de expressar-se, a postura adotada pela equipe de terapeutas é a de inclusão, reconhecimento, legitimação. Compreende-se que as manifestações psicopatológicas são na verdade estratégias de sobrevivência diante de um sofrimento extremo (Seikkula, 2019). O Diálogo Aberto irá incentivar “a autonomia e a participação ativa da pessoa que está no centro das preocupações no processo de tomada de decisão sobre o seu tratamento” (Patrício et al., 2024, p. 18), o que possibilitaria um desvio favorável no transcurso de quadros sintomáticos complexos que costumam tender à cronicização.

Embora o Diálogo Aberto, como dissemos, tenha começado como uma abordagem voltada aos quadros psicóticos – sobretudo em sua deflagração inicial –, com o tempo expandiu-se enquanto proposta assistencial para as demais questões complexas em saúde mental, inclusive com pacientes adolescentes (Bergström et al., 2023). É importante lembrar que a abordagem não necessariamente esgota a terapêutica proposta ao paciente, mas organiza coletivamente a assunção de responsabilidades e os encaminhamentos possíveis, podendo portanto conviver com outras estratégias de atendimento (Olson et al., 2014).

Um aspecto crucial no desenvolvimento da abordagem do Diálogo Aberto diz respeito ao compromisso com a avaliação rigorosa e sistemática do modelo, aferindo sua metodologia e seus resultados desde o início da sua implementação e comparando-o com os tratamentos usualmente propostos no campo da psiquiatria hegemônica

atual. Enquanto uma perspectiva de tratamento inovadora, radicalmente humanista e ousada do ponto de vista da gestão sanitária, compreendeu-se muito rapidamente a necessidade de fundamentá-la em dados, subsidiando profissionais de saúde mental, gestores e demais pesquisadores na compreensão dos fundamentos da abordagem e nas tomadas de decisão acerca de sua implementação.

Na região da Lapônia Ocidental, onde o Diálogo Aberto configurou-se em dado período como política pública para Saúde Mental, ocorreu uma redução de custos para o Estado com o fechamento de leitos e unidades de internação (Florence, 2018), redução da demanda psiquiátrica e de sintomas residuais (Bergström et al., 2018), bem como com a diminuição na prescrição de psicofármacos. As equipes foram treinadas de forma a modificar sua condução com pacientes e com colegas de outros núcleos profissionais – uma nova perspectiva de trabalhar em consulta conjunta.

Em especial, os casos de primeiro surto psicótico tratados no âmbito do Diálogo Aberto foram acompanhados em diversas pesquisas de *follow up*, oferecendo-nos ricas informações acerca de comparação de efetividade entre tratamentos. Por exemplo, 19 anos após um primeiro episódio psicótico, os pacientes tratados com o Diálogo Aberto, em comparação com tratamentos psiquiátricos convencionais, tiveram menor mortalidade em função do adoecimento (2,8 x 9,2), menos hospitalizações por mais de 30 dias (18 x 94), menor necessidade de acompanhamento contínuo (28 x 49), menor uso de neurolépticos (36 x 81) e menos afastamento do trabalho por adoecimento (33 x 61) (Bergström et al., 2018).

Em função de sua proposta inovadora e seus bons resultados, a abordagem do Diálogo Aberto é hoje desenvolvida em outros territórios, como Bélgica, França, Itália, Portugal, Argentina, Paraguai e México (Patrício et al., 2024), com o desafio de compreender e adaptar-se aos efeitos que diferentes culturas e sistemas de saúde promovem em pacientes e terapeutas, impactando no paradigma do Diálogo Aberto. Mais recentemente, através do Instituto Noos, temos a oportunidade de aperfeiçoarmos a abordagem no contexto brasileiro, interagindo muitas vezes com figuras fundantes do Diálogo Aberto na Finlândia, como o próprio Jakko Seikkula, inspirando o surgimento de experiências práticas da abordagem em diversos cenários sociais brasileiros.

Por fim, do ponto de vista de suas bases teóricas, o Diálogo Aberto é fundamentado na perspectiva do construcionismo social, do dialogismo bakhtiniano, além de ricas contribuições das pesquisas no campo da intersubjetividade – que demonstram como, desde o início da vida, estamos ativamente em relação, constituindo-nos através da interação com outras mentes e com a atividade sensório-motora do corpo (Seikkula, Karvonen, Kykyri, Penttonen, Nyman-Salonen, 2018). Parte-se do princípio de que o mundo é constituído de diálogos que nos precedem e nos sucederão e dos quais faremos parte ao longo de nossa existência. O diálogo não é somente uma ferramenta para atingir um objetivo outro, a vida é em si mesma a experiência dialógica (Seikkula, 2011). Evidentemente, dialogar não é somente falar, e sim a complexa atividade interativa de transformar-se pelo outro e simultaneamente transformá-lo, já que a realidade é polifônica: a incontável composição de diferentes vozes, não coincidentes, que são constantemente transmitidas, introjetadas, externalizadas. No construtivismo social, compreende-se que essas vozes refletem experiências encarnadas, experiências vividas por pessoas concretas, em que sua cultura, gênero, raça, classe social e história pessoal desempenham um papel fundamental (Seikkula & Trimble, 2005).

A intersubjetividade, por sua vez, é uma teoria baseada nas evidências de que mesmo um bebê recém-nascido é coautor decisivo de seu próprio desenvolvimento, atuando responsivamente para com seu ambiente desde os primeiros instantes de vida (Seikkula et al., 2018). A atividade sensório-motora estabelece um campo de interação e influências mútuas, e o corpo de cada sujeito carrega as marcas dessas experiências

interativas prévias, além da abertura para outras novas. Isso nos ajuda a considerar para além dos conteúdos verbais enunciados em terapia, reconhecendo igualmente as sensações e outros movimentos corporais dos terapeutas, pacientes e familiares.

O escopo terapêutico, nesse sentido, enfatiza a necessidade de uma escuta muito atenta, viva, corporificada, aberta à experiência singular do outro e, conseqüentemente, aberta à própria transformação a partir dos diálogos construídos. A atitude responsiva do(s) terapeuta(s) é fundamental, o que não significa responder com uma fala explicativa ou interpretativa, pelo contrário: a própria escuta pode ser responsiva, finamente sintonizada com o outro, com nossa própria polifonia interna, com as impressões e sensações que emergem do nosso próprio corpo. Diante disso poderemos dizer algo que auxilie os envolvidos na situação a produzirem novos diálogos, atribuírem novos significados às vivências de sofrimento e sentirem-se efetivamente conectados na interação terapêutica, já que, na perspectiva do filósofo Bakhtin, para a pessoa “há nada mais terrível do que a ausência de resposta” (Seikkula & Trimble, 2005, p. 466, tradução nossa), ou, nas palavras do pediatra e psicanalista Winnicott, metaforizando a brincadeira de esconde-esconde: “é uma alegria estar escondida, mas é um desastre não ser encontrada” (Winnicott, 2022, p. 238).

## O CASO CLÍNICO

A mãe de Gabriel procura um dos terapeutas em seu consultório, após algumas tentativas de tratamento em serviços de saúde públicos e privados, com o filho tendo sido atendido por psicólogos e psiquiatras. Apresentou um desenvolvimento neuropsicomotor normal, sem grandes intercorrências em sua infância, exceto pela separação dos pais; sempre gostou de jogar futebol, andar de bicicleta, videogame, brincar com cachorro e com seus amigos. Em 2020, a pandemia de COVID-19 afastou as crianças e jovens do espaço escolar, transformando as aulas em encontros virtuais enfadonhos para Gabriel e toda uma geração. Especificamente, sua família sofreu uma descapitalização e precisou remanejá-lo para uma escola pública da sua própria região, fato que ele compreendeu e aceitou inicialmente bem.

Na nova escola, começou a sofrer situações de *bullying* por parte de um grupo de três colegas. Ocorreram episódios de injúria racial, ainda que um dos agressores também fosse negro, como Gabriel. Sofreu algumas intimidações físicas e, em determinado dia, ainda nas primeiras semanas de aula, ocorreu o estopim: em uma atividade escolar em que os alunos tinham de amarrar bexigas em seus pés e tentar estourar as dos demais, Gabriel foi perseguido insistentemente enquanto alvo por aqueles colegas, até que foi empurrado por um deles, caiu e bateu a parte posterior do crânio em um banco. Foi examinado diversas vezes, sem apresentar qualquer lesão neurológica. Mas fato é que, após o acidente, passou a ter episódios de “falta de fôlego, dificuldade para respirar (*sic*)”, característicos de uma crise de ansiedade/pânico, sucedida por episódios de perda de consciência com espasmos corporais, ao estilo de uma crise dissociativa, provocando dormência sobretudo nos membros inferiores, pouco a pouco provocando a paralisação das pernas, como em uma crise conversiva. Além disso, sentia-se impossibilitado de frequentar tanto aquela escola como também outras a quais tentou vincular-se posteriormente, situando-se no limite do abandono escolar e da perda de anos letivos.

Quando da primeira consulta, Gabriel comparece em cadeira de rodas, acompanhado de sua mãe. Suas pernas já haviam perdido grande parte da sua massa muscular, pareciam dois “gravetos”, incapazes de lhe oferecer sustentação vertical. Ele aparentava estar muito no papel de “paciente”, de alguém doente, como se passivamente ofertasse seu corpo à examinação. Sua mãe toma a iniciativa de falar, contar o histórico, algo

característico dela – proativa nos cuidados com o filho –, segundo ela, por receio de que ele deflagrasse uma crise se fosse explicar seu próprio histórico – algo que já teria acontecido em outras oportunidades.

Quando Gabriel é cuidadosamente convocado a tomar a palavra, a explicar segundo sua visão e versão, percebe-se que as palavras lhe escapam frequentemente, esquece o raciocínio que estava seguindo; gagueja, ou se confunde; apresenta algo como pequenos espasmos, tiques nervosos, que contracenam com suas palavras. O corpo de Gabriel se impõe na situação clínica, junto ao sofrimento emocional da família e dele próprio. Busca-se escutar não só as queixas, mas também as propostas de tratamento vislumbradas por eles. Há um estado de abertura, de disponibilidade para receber também a visão do terapeuta.

Compreendendo as necessidades específicas do caso, propõe-se um dispositivo clínico adaptado ao contexto, de consultas conjuntas com a presença de dois psicólogos – os autores do presente trabalho –, sendo um deles da abordagem psicodinâmica, especializado no acompanhamento de adolescentes e em terapia familiar, e outra também com experiência clínica em saúde mental, mas especializada em práticas somáticas de movimento. A ideia era possibilitar um suporte à reabilitação psicomotora do paciente, enriquecer as possibilidades de olhar e intervir sobre esse corpo que tanto se impunha na situação clínica, ao mesmo tempo em que trabalharíamos toda a dimensão psicossocial desse sofrimento – suas histórias, perspectivas, traumas e recursos potenciais de enfrentamento, tanto em Gabriel como em sua família. Nesse sentido, a abordagem do Diálogo Aberto, com a qual os terapeutas tinham familiaridade e afinidade, despontava como um recurso para conduzir os encontros, incluindo a família, facilitando a composição de diferentes olhares e abordagens terapêuticas, co-construindo novos olhares sobre as situações de dor e estabelecendo coletivamente caminhos para a cura – no sentido de produzir diálogos, movimento, mudança ao invés de paralisia, e eventualmente propiciar condições para que o sofrimento se desancorasse do corpo do adolescente.

No transcorrer das sessões, Gabriel foi apresentando melhora gradual na sua marcha, reconstruindo sua força muscular e equilíbrio; trocou a cadeira de rodas por duas muletas, em seguida uma muleta, até que pôde prescindir de qualquer suporte externo. De início, percebíamos uma postura física encolhida, inclusive comprimindo seu sistema respiratório – além, evidentemente, de traduzir-se emocionalmente em uma postura “cabisbaixa”. Pouco a pouco, o paciente expandiu sua caixa torácica e desenvolveu uma postura ativa, autossustentada, e que o fazia colocar-se como um igual frente aos adultos a seu redor.

As sessões transitavam por experiências sensoriais, propostas de movimento e diálogos nos quais buscávamos deixar presentificarem-se intensamente as narrativas tanto de Gabriel como de sua mãe, frente às quais fazíamos novas perguntas e procurávamos novas aberturas a partir de impressões tecidas pelos terapeutas frente àquilo que ressoava. Pouco a pouco, fomos revisitando o contexto escolar traumático vivido por Gabriel anteriormente, além de acompanhar o cotidiano do retorno à escolarização, que exigiu paciência e flexibilidade por parte de todos. Compreendemos que, frente ao trauma que Gabriel sofrera, sentindo-se passivo, pouco testemunhado – foi negligenciado pela coordenação da escola, por exemplo – e sem agência frente à situação em que foi colocado, seu reencontro com a vida escolar e com a vida de um adolescente plenamente “funcional” deveria ser a seu modo, que ele pudesse ativamente e singularmente construir.

Importante frisar que, na dinâmica das próprias sessões, identificou-se a importância de serem feitos encontros em separado com o genitor, algo que buscamos acolher. Gabriel pôde encontrar um caminho de reencontro com o espaço escolar que

evocava os melhores tempos do passado – um novo colégio, no qual estudavam hoje os amigos de sua escola de antes da chegada da pandemia, que produzira as marcas mais prazerosas em sua vivência como estudante; começou a vislumbrar também um horizonte e uma primeira inserção profissional. O caminho todo dessa terapia construída a várias mãos foi interposto com algumas crises do paciente e cheio de repactuações construídas coletivamente, mas chegou a um bom lugar.

### “ISSO NÃO É COISA DA SUA CABEÇA”

No início do tratamento, quando Gabriel adotava a postura apassivada que mencionamos, deitava-se no divã/*chaise* que está disposto na sala de atendimento. Era a primeira vez que tentavam nos contar com mais detalhes a sucessão de eventos escolares que culminaram em sua experiência traumática. Sua mãe protagonizava a fala e ele, ao ser convocado, completava o discurso com dificuldades. Acabamos ficando marcados e sentindo a necessidade de frisar a importância da acolhida não-consistente por parte do profissional responsável da escola, como se transmitisse a Gabriel a percepção de que sua vivência não era tão importante assim, portanto não cumprindo uma função de *testemunho* (Kupermann, 2019), uma postura de *hospitalidade* (De Haene & Rober, 2016), que seriam tão fundamentais para ressignificar o trauma sofrido.

Após algumas rodadas de falas em torno deste tema, da problemática em que Gabriel se situava e inevitavelmente abarcava seu núcleo familiar, um dos terapeutas pergunta, no sentido de gerar abertura para a construção coletiva do tratamento: “*bom, diante disso tudo... Qual vocês entendem que pode ser um caminho bom para trabalharmos, para melhorarmos as coisas?*”. Após uma pausa reflexiva, a mãe toma a palavra e fala com base no que ouvia de tratamentos progressos: “*acho que o Gabriel precisa mudar alguma coisa na cabeça dele, no jeito que ele pensa e sente as coisas... Foi o que outros profissionais disseram também*”. Em seguida, Gabriel fala na mesma linha, porém não parecia uma fala de corpo inteiro, somente algo para não contradizer o entorno: “*é, acho que tem alguma coisa que é da minha cabeça*”. Um dos terapeutas escuta, acolhe, respira fundo e propõe a seguinte reflexão: “*olha, acho que isso não é coisa da sua cabeça, Gabriel... Ou melhor, antes de ser uma coisa da sua cabeça, alguma coisa te aconteceu de fato. Alguma coisa muito séria, você traz relatos de ter sido mal tratado, perseguido, hostilizado na escola... E depois você foi agredido. Então isso não é da sua cabeça, me parece, antes de tudo, que fizeram algo com você de fato*”. Instantaneamente, Gabriel reage de corpo inteiro, aviva-se, seu olhar se transforma, sai da posição horizontal e vai para a posição vertical: senta-se e começa a narrar intensamente situações sofridas e não-intervenções por parte da instituição escolar. A partir daquele momento, Gabriel nunca mais se deitou passivamente no contexto dos atendimentos.

### “EMBODIED PERSONS” E SUAS HISTÓRIAS

O Diálogo Aberto, através de seu paradigma socioconstrutivista, auxilia os terapeutas a descentrar a ênfase sintomatológica e a investigação estritamente diagnóstica em prol de uma escuta atenta aos sentimentos, memórias, impressões pessoais, às histórias vividas por cada um (Olson et al., 2014). Os sujeitos são concebidos a partir de todas suas interações progressas com o mundo, e isso se dá numa experiência profundamente “encorpada” (*embodied*): atributos físicos, raça, territórios e instituições pelas quais esse corpo foi atravessado – e as experiências que o marcam

– pedem escuta, uma compreensão profunda e ressonante por parte dos terapeutas, que devem escapar às tentações de perpetuar uma relação de poder ao traduzir as experiências dos sujeitos segundo seus próprios vieses. O ponto de partida de uma experiência dialógica com Gabriel passou necessariamente pela conexão com seu vivido traumático – o testemunho, ainda que tardio –, e não apressadamente enfatizar possíveis dificuldades de sua “cabeça” em lidar com suas emoções – o que poderia acabar inclusive tendo sobre Gabriel um efeito de culpabilização.

Pensando especificamente no contexto da consulta conjunta balizada pela abordagem do Diálogo Aberto, é fundamental estar sensível aos corpos na situação terapêutica pois sobretudo as situações mais traumáticas não se formulam em palavras em um primeiro momento e, por sua sobrecarga emocional, alojam-se no corpo: “sintomas severos podem ser entendidos enquanto corporificações [*embodying*] de dilemas inexpressáveis ou indizíveis. Eles são enraizados em terríveis experiências, frequentemente traumáticas, que resistem à linguagem ordinária” (Olson et al., 2014, p. 23, tradução nossa). É necessário escutar de forma ampla, possibilitando-nos afetar e acompanhar movimentos corporais, gestuais, enfim, expressões não-verbais variadas, pois essas são as reações da mente relacional e encorpada [*embodied and relational mind*] ao sofrimento extremo (Seikkula, 2019).

Ao estarmos atentos a essa rica e complexa dimensão, oferecendo tempo e espaço para que essa *embodied and relational mind* compareça, temos uma possibilidade preciosa de intervenção pela via da consulta conjunta: diferentes profissionais, cujas formações específicas vislumbram o corpo e o sujeito como um todo de maneiras diversas, mas que principalmente enquanto terapeutas estão também disponíveis do ponto de vista corporal e relacional, de forma que, no encontro com esses sujeitos, afetam-se de diferentes formas às expressões do sujeito sintomático e sua família em sofrimento. Os pensamentos que emergem na escuta dialógica estão ancorados em sensações, percepções alocadas no próprio corpo, que podem ser debatidas cuidadosamente entre os próprios terapeutas, na presença do paciente e família, ou com eles próprios, em uma perspectiva responsiva marcada pela transparência e cuidado.

## DIÁLOGOS REFLEXIVOS

À medida em que Gabriel e sua genitora se expressavam, seja pelas vias verbais ou não-verbais, lançávamos mão de diálogos reflexivos de forma não-estruturada, espontânea, para devolver a eles como aquilo nos afetava enquanto sujeitos, contribuindo assim com seus sentimentos de estarem sendo acompanhados passo a passo, compreendidos, testemunhados. Mais do que isso, buscávamos colocarmo-nos como vozes diferentes, já que cada um sentia à sua maneira aquilo que escutava, e cada *background* profissional permite ler a realidade sob determinado prisma, acompanhado também de seus inevitáveis pontos cegos.

Falávamos entre terapeutas de forma que Gabriel e sua mãe pudessem nos acompanhar plenamente, em ritmo pausado, verificando se aquilo ressoava, em palavras e construções narrativas totalmente livre de jargões técnicos (Olson et al., 2014). Perguntávamos um ao outro o que entendeu de determinado movimento, determinado diálogo, e buscávamos responder de maneira transparente, compreensível e cuidadosa. Buscávamos também ressoar as sensações despertas em nossos próprios corpos, de acordo ao momento da sessão e o conteúdo abordado. Do nosso ponto de vista, essas atitudes favorecem, como se eles detivessem uma compreensão e um conhecimento superior e inacessível aos clientes, algo que pode levar tanto à submissão quanto à desconfiança, atravancando os diálogos.

Perguntávamo-nos sobre como vimos o corpo de Gabriel naquela sessão – “hoje percebi Gabriel com uma postura mais ativa, e também vi que ele se posicionava mais claramente, dava pra ouvi-lo melhor, parecia ter uma força maior em sua postura”, dizia um dos terapeutas, enquanto outro respondia que teve uma sensação parecida, mas que, quando se tratava de determinado assunto, “ficou um pouco mais travado, cabisbaixo”. Este pensou que era um tema difícil ainda para ele, “o que vocês acham disso, pode ter a ver ou não?”, perguntava, devolvendo à família a palavra.

Nas consultas conjuntas das quais fizemos parte em outros momentos profissionais, e observando como elas são conduzidas em geral ainda hoje em variados contextos, como o da saúde pública, observa-se que o momento de discussão entre profissionais é feito separadamente da população atendida, desperdiçando a oportunidade de refletir uma escuta cuidadosa e de construir mais democraticamente os caminhos terapêuticos. Além disso, como dizia Jakko Seikkula em um processo formativo de Diálogo Aberto do Instituto Noos: “closed doors take to bad words”, ou seja, quando a equipe terapêutica se separa dos atendidos para discutir o caso, pode tender a intensificar um tom crítico, além de enveredar para elaborações teóricas que se desconectam da experiência subjetiva dos envolvidos.

## O DESPERTAR SENSORIAL E A ASSOCIAÇÃO-LIVRE

Quando se propõe a abordagem do Diálogo Aberto como eixo condutor de uma consulta conjunta, parece-nos essencial pensar que a ação de cada núcleo profissional em específico seja condizente com os princípios de abertura, flexibilidade e tolerância à incerteza. A ideia de conduzir a sessão sem uma agenda específica e sem um protocolo fixo de atendimento, mas sim adaptando-se às situações trazidas pelos envolvidos, seguindo as trilhas espontâneas dos diálogos que se apresentam, é fundamental em uma condução baseada no Diálogo Aberto, sendo que alguma técnica muito rígida iria inevitavelmente colidir com tais princípios, possivelmente engessando o desenrolar terapêutico.

No caso clínico aqui discutido, uma terapeuta especializada na abordagem corporal aliou-se a um terapeuta psicodinâmico em um trabalho de consultas conjuntas balizadas pela abordagem do Diálogo Aberto. Compreendemos que as possibilidades de efetivação desse dispositivo têm como pré-requisito o fato de que, a partir de seus núcleos específicos, os profissionais não conduzem seu trabalho a partir de uma técnica rígida, protocolar, seguindo um passo a passo pré-determinado. Quando Freud inaugurou o dispositivo da cura pela palavra, o princípio técnico fundamental era o de que o paciente pudesse associar livremente, ou seja, falar tudo o que vem à mente sem nenhum direcionamento por parte do terapeuta (Freud, 1913/2010); dessa forma, deixa-se levar pela fala livre, para que o sentido emerja a partir daí, e não através de uma condução guiada, na qual se esperaria abordar certos tópicos e responder a determinados pré-requisitos. Com relação à abordagem corporal, dentro da nossa perspectiva, o princípio é o mesmo: não se trata de uma intervenção preestabelecida, dirigida, e sim uma proposição de estímulos que possa contribuir com um despertar sensorial, favorecendo novas relações com o corpo – no qual se instalam as vivências de sofrimento extremo, como vimos – e conseqüentemente proporcionando que novos diálogos sejam disparados.

Ao iniciarmos uma proposta sensório-motora ou um diálogo verbal, nunca sabíamos para onde íamos, em linha com as proposições do Diálogo Aberto. Se qualquer um de nós quisesse controlar a intervenção em função de um *guideline* técnico, fatalmente perturbaríamos aquilo que a consulta conjunta mais tem a contribuir, no sentido de

proporcionar aberturas e trocas cada vez mais complexas, dada a disponibilidade dos terapeutas – e da situação terapêutica como um todo – de seguir os caminhos dialógicos, de perpassar os diferentes afetos que circulam e tocam os corpos envolvidos e de atribuir diferentes sentidos a eles, visto que, ao estarmos juntos em terapia, favorecemo-nos de uma perspectiva o mais polifônica o possível, não de monólogos técnicos.

## FAMILIARES COMO ALIADOS, NÃO COMO ALVOS

Por fim, vale pensar também na delicadeza envolvida em introduzir a família no contexto da consulta conjunta. Se, por um lado, favorece a mencionada polifonia com novas vozes, novas narrativas que oferecem trilhas para ressignificarmos as situações traumáticas pela via dialógica, pode também configurar-se como uma situação de vulnerabilidade e desconfiança. Quando do estabelecimento do tratamento, o familiar (ou os familiares) encontram-se frágeis por conta da situação de sintoma e sofrimento instalada, e dentre outras coisas podem julgar-se ou sentirem-se julgados como agentes causadores do problema. Ainda mais em situações envolvendo a infância e a adolescência, em que o olhar social com alguma frequência tende a responsabilizar a família frente à problemática, pela forma em que os filhos são criados e como enfrentam a dificuldade.

O Diálogo Aberto contribui com esse distensionamento, ao compreender que as respostas rígidas, repetitivas, ou eventualmente pouco produtivas acerca do problema por parte dos familiares diz respeito ao sofrimento, às dificuldades que essa rede familiar compartilha, e não à sua responsabilidade enquanto (mal) cuidadores. Tendo sido influenciado significativamente pela terapia sistêmica, mas também repensando essas heranças teóricas, o Diálogo Aberto pensa que problemas criam sistemas, e não sistemas (familiares) criam problemas (Seikkula et al., 2018). Dessa forma, busca-se incluir a família no tratamento na perspectiva da aliança terapêutica, contribuintes para a exploração das situações complexas, não como um alvo primordial de intervenção vislumbrando a solução do problema.

É claro que, no transcurso do tratamento de Gabriel, sua família repensou condutas, modos de relação estabelecidos com ele, especialmente frente à situação problemática estabelecida. No entanto, isso se deu de modo espontâneo, como um puro desdobramento dos diálogos abertos, e inclusive pensamos que a potencialidade das mudanças se dá justamente por um certo clima que envolvia as sessões: sem julgamento, sem qualquer preconceção (mesmo que implícita) acerca da responsabilização familiar. Com o Diálogo Aberto, entendemos que certos padrões familiares, como a já mencionada proatividade excessiva da mãe, como se o lugar e espaço do filho fosse dele expropriado em alguma medida, configuravam-se de certo modo como reações, intensificações que respondiam às angústias envolvidas com o problema do filho.

## CONCLUSÃO

Neste trabalho, partimos de uma experiência vivenciada através de um atendimento de família conduzido conjuntamente no contexto do consultório particular por dois terapeutas de especializações distintas, mas que compreendiam que a abordagem do Diálogo Aberto poderia contribuir com o processo terapêutico e ajudar a superar algumas dificuldades recorrentes no âmbito da consulta conjunta. A consulta conjunta é um recurso presente originalmente no campo da saúde, que busca somar esforços provindos de diferentes especialidades e/ou pontos de contato com o(s) paciente(s), complexificando e qualificando a escuta terapêutica, e subsequentemente visa a aprimorar os desfechos

dos tratamentos. Situa-se no campo da clínica ampliada, que busca superar limitações e ineficácias detectadas na clínica oficial e degradada (Campos, 2003). Apesar de suas potencialidades, impõem-se desafios quanto à prática da consulta conjunta, como conjugar diferentes saberes e personalidades dos profissionais que conduzem o atendimento, assim como comunicar e deliberar decisões na sessão e manejar os efeitos que a situação de mais de um profissional instiga, como a apreensão e desconfiança que podem emergir no paciente e na família, em função do “excesso de olhares” e assimetrias de saber-poder.

A abordagem do Diálogo Aberto surge no contexto da saúde pública finlandesa, influenciada pelos paradigmas do socioconstrutivismo, do dialogismo, da intersubjetividade. Seus sete princípios apontam para uma assistência eficiente e coletivizada, considerando o sujeito sintomático, sua família e até sua rede social como protagonistas ao longo do processo terapêutico. Nesse paradigma, é fundamental que os terapeutas configurem um campo no qual os envolvidos sintam-se escutados, compreendidos e participem de todos os processos decisórios envolvendo o caso. Compreende-se que vivências de sofrimento extremo – que na maior parte das vezes se dão concretamente na vida das pessoas, são vivências encarnadas ao longo de suas existências – podem atravancar os processos dialógicos necessários à vida, enrijecendo narrativas, fixando-se nos corpos e provocando sintomas. A abordagem do Diálogo Aberto submeteu-se desde o princípio a processos de avaliação, demonstrando desfechos superiores do que tratamentos usualmente propostos, sobretudo nos casos de crises psicóticas iniciais (Bergström et al., 2018). Hoje, a abordagem é utilizada em alguns territórios como recurso interventivo para quaisquer questões de saúde mental e expande-se para outros países, dado o interesse em sua prática humanizada e com resultados promissores.

Discutimos neste trabalho como certas influências teóricas e diversos elementos da técnica do Diálogo Aberto contribuíram com o desfecho favorável no caso de um adolescente, atendimento conduzido em consulta conjunta, também com a participação da mãe do paciente. Abordamos a importância de conceber os sujeitos a partir de suas marcas territoriais, culturais, raciais, físicas, e de pensar que em última instância o sujeito é atravessado por uma sucessão de atividades relacionais. Sujeitos encarnados (*embodied*) contrastam com concepções psicopatológicas que definem categorias *apesar* dos corpos e de seus percursos existenciais singulares. Nesse sentido, foi fundamental acompanhar em seus detalhes o transcurso do desenvolvimento de Gabriel, partindo de uma escola que era vivenciada como um espaço de confiança, segurança, prazer e boas relações, sucedida pela ruptura pandêmica e posteriormente uma exposição traumática, no contexto do *bullying* e agressão física sofridos em uma nova escola, sem que se sentisse testemunhado frente aos ocorridos.

Pensamos que uma consulta conjunta, mediada pela abordagem do Diálogo Aberto, favorece-se fundamentalmente de profissionais que partam de formações e técnicas prévias que não sejam baseadas em protocolos. Caso algum dos profissionais procure impor uma atividade dirigida, rígida, inevitavelmente conflitará com os princípios e o próprio ritmo de condução de uma sessão dialógica. Em nosso caso, entendemos que nossas formações tanto no campo psicoterapêutico quanto na abordagem corporal tem o princípio de, ao propor estímulos, seguir as associações, manifestações, trilhas dos próprios sujeitos em atendimento, deixando-nos levar sem nunca saber exatamente como terminará uma sessão que foi iniciada, em sintonia com a flexibilidade e tolerância à incerteza do Diálogo Aberto.

A abordagem contribui ainda para pensar e manejar o lugar da família no percurso terapêutico. Em situações sintomáticas, de muito sofrimento e em que o paciente perde muito da sua funcionalidade cotidiana, inevitavelmente a família é levada a um estado de angústia, possivelmente enrijecendo-se e perdendo a dialogicidade com o entorno. Os terapeutas podem adquirir uma significação paradoxal, além da dimensão

do cuidado, e podem representar instâncias que, ao menos no plano vivencial, responsabilizam familiares pelo problema, especialmente no caso de pacientes crianças e adolescentes. A partir do Diálogo Aberto, pensamos que problemas criam sistemas, e não o contrário, favorecendo o estabelecimento de uma relação menos persecutória, pensando a família não como alvo, mas como aliados do percurso terapêutico dialógico.

Por fim, vale ressaltar a contribuição dos diálogos reflexivos à consulta conjunta. É muito frequente que, nas consultas conjuntas usualmente realizadas, os profissionais tenham um tempo à parte do paciente e da família para discutir o caso, momento de discussões que podem ganhar um revestimento teórico complexo, mas que pode se descompassar significativamente da experiência desse paciente e seu entorno. Pensamos que, ao nos compromissarmos com a clientela de fio à pavio, com eles escutando e participando das reflexões e deliberações, ganhamos uma potencialidade terapêutica muito significativa. Para isso, precisamos ser transparentes, mas nos ater cuidadosamente à dimensão do *embodied and relational mind*, da atenção às manifestações de nosso próprio corpo, aos corpos dos envolvidos na situação terapêutica e aos diálogos emergentes.

Novas investigações são necessárias, sempre apoiadas em nossos desafios clínicos, para aprofundar e qualificar aquilo em que o Diálogo Aberto pode contribuir ao âmbito das consultas conjuntas e ao campo terapêutico como um todo, visto que é recente a chegada dessa abordagem ao território brasileiro, ou mesmo sua implementação em contextos que não sejam o Diálogo Aberto finlandês *stricto sensu*. Fica o convite para seguirmos pesquisando.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alanen, Y. O.** (2009). Towards a more humanistic psychiatry: development of need-adapted treatment of schizophrenia group psychoses. *Psychosis*, 1(2), p.156-166. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/17522430902795667>>.
- Bergström, T., Seikkula, J., Alakare, B., Mäki, P., Köngäs-Saviaro, P., Taskila, J. J., Tolvanen, A., & Aaltonen, J.** (2018). The family-oriented open dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: Nineteen-year outcomes. *Psychiatry Research*, 270 (September), p.168-175. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.039>>.
- Bergström, T., Seikkula, J., Gaily-Luoma, S., Miettunen, J., & Kurtti, M.** (2023). A 5-Year Suicide Rate of Adolescents Who Enrolled to an Open Dialogue-Based Services: A Nationwide Longitudinal Register-Based Comparison. *Community Mental Health Journal*, 59(6), p.1043-1050. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s10597-023-01106-0>>.
- Campos, G. W. S.** (2003). A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: Campos, G. W. S. (Org.). *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec. p.51-67.
- De Haene, L., & Rober, P.** (2016). Looking for a home: an exploration of Jacques Derrida's notion of hospitality in family therapy practice with refugees. In: I. McCarthy, & G. Simon (Org.). *Systemic therapy as transformative practice*. Farnhill, UK: EverythingIsConnected Press. p.102-118.
- Florence, A. C.** (2018). A abordagem Open Dialogue: história, princípios e evidências. *Revista Polis e Psique*, 8(1), p.191-211. Disponível em: <<https://doi.org/10.22456/2238-152x.80427>>.
- Freud, S.** (2010). O início do tratamento [1913]. In: *Obras Completas, volume 10: observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia ("O caso Schreber"), artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913)*. São Paulo: Companhia das Letras. p.163-192.

- Kupermann, D.** (2019). *Por que Ferenczi?* São Paulo: Zagodoni.
- Olson, M., Seikkula, J., & Ziedonis, D.** (2014). The key elements of dialogic practice in Open Dialogue. *The University of Massachusetts Medical School*. Worcester, 1(1), p.1-33.
- Patrício, A., Araujo, D., Costard, R., & Polati, R.** (2024). Entrelaçando os conceitos de Diálogo Aberto, Interseccionalidade e Etnopsiquiatria para atuação em Saúde Mental. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 33(79), p.17-30.
- Seikkula, J., & Trimble, D.** (2005). Healing Elements of Therapeutic Conversation: Dialogue as an Embodiment of Love. *Family Process*, 44(4), p.461-475.
- Seikkula, J.** (2011). Becoming Dialogical: Psychotherapy or a Way of Life? *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 32(3), p.179-193. Disponível em: <<https://doi.org/10.1375/anft.32.3.179>>.
- Seikkula, J.** (2019). Psychosis Is Not Illness but a Survival Strategy in Severe Stress: A Proposal for an Addition to a Phenomenological Point of View. *Psychopathology*, 52(2), p.143-150. Disponível em: <<https://doi.org/10.1159/000500162>>.
- Seikkula, J., Karvonen, A., Kykyri, V. L., Penttonen, M., & Nyman-Salonen, P.** (2018). The Relational Mind in Couple Therapy: A Bateson-Inspired View of Human Life as an Embodied Stream. *Family Process*, 57(4), p.855-866. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/famp.12382>>.
- Silva, G. V. da.** (2021). *Duas cabeças pensam melhor do que uma?: um estudo psicanalítico sobre a consulta conjunta no âmbito da atenção primária em saúde*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Vieira, G., & Castanho, P.** (2022). Das consultas terapêuticas à consulta conjunta: contribuições de Winnicott à prática do apoio matricial. *Ciencia e Saude Coletiva*, 27(5), p.1929-1938. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.08012021>>.
- Winnicott, D. W.** (2022). Comunicação e falta de comunicação levando a um estudo de certos opostos [1963]. In: Winnicott, D. W. *Processos de amadurecimento e ambiente facilitador*. São Paulo: Ubu. p.229-247.

---

## BRUNO ESPOSITO

Mestre em Psicologia Clínica (IP-USP), Especialista em Saúde Mental e Saúde Coletiva (UNICAMP), Membro do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae. Certificado em Práticas Dialógicas e Abordagem do Diálogo Aberto (Instituto Noos)  
E-mail: [brunoespo@gmail.com](mailto:brunoespo@gmail.com)  
<https://orcid.org/0000-0002-2175-3007>

## CAROLINA GALVÃO DE OLIVEIRA

Psicóloga clínica e hospitalar pelo Programa de Transplantes do Hospital São Luiz – Itaim. Mestre em Psicologia Social (PUC-SP). Pós-Graduação em Técnica Klaus Vianna de Educação Somática (PUC-SP)  
E-mail: [cgopsico9@gmail.com](mailto:cgopsico9@gmail.com)  
<https://orcid.org/0000-0002-9339-2829>