

O diálogo aberto e os desafios para sua implementação – análise a partir da revisão da literatura

Open Dialogue and the Challenges for its Implementation
– an analysis based on a review of the literature

Luciane Prado Kantorski¹
Mario Cardano²

Abstract *The Open Dialogue Method was developed in Finland in order to deal with severe psychotic crises using dialogue and social network inclusion. By means of a review of the literature on the Open Dialogue Method, this article sought to identify the principles and contributions for deinstitutionalization. Method: The PubMed (365), PsycInfo (134), Lilacs (no articles found) databases and 2 books were consulted. Thirty-four publications that fulfilled the requirements of this review were selected. The search was conducted in October 2015. The key words used were: open dialogue, crisis, first psychotic episode, schizophrenia, family therapy, need-adapted approach. Results: There were 3 reviews, 5 theoretical studies, 21 qualitative studies and 5 quantitative studies. Two of them were written in Italian, one in French and thirty-one in English. The authors were from Norway, the United States, Finland, Australia, the United Kingdom, Belgium, Canada and Poland. The publications were grouped for purposes of analysis into the following categories: Open Dialogue concepts and principles; Open Dialogue contributions; Challenges for Open Dialogue implementation in other countries, realities and contexts.*

Key words *Crisis intervention, Family, Social support, Mental health, Open dialogue*

Resumo *O Método Diálogo Aberto foi desenvolvido na Finlândia para atender crises psíquicas graves utilizando diálogo e inclusão da rede social. Este artigo pretende, através de uma revisão da literatura sobre o Método do Diálogo Aberto, identificar seus princípios e contribuições para processos de desinstitucionalização. Método: As bases utilizadas neste artigo de revisão foram: PubMed (365), PsycInfo (134) e Lilacs (nenhuma publicação encontrada), além de 2 livros, incluídos por referência cruzada. Foram selecionadas 34 publicações que atendiam ao objetivo proposto. A busca foi realizada em outubro de 2015. Os descritores selecionados foram: open dialogue, crisis, first episode psychosis, schizophrenia, therapy family, need adapted approach. Resultados: Foram encontrados 3 artigos de revisão, 5 estudos teóricos, 21 estudos qualitativos e 5 estudos quantitativos. Destes, 2 foram escritos em italiano, 1 em francês e 31 em inglês. Com relação ao país de origem dos autores temos: Noruega, Estados Unidos, Finlândia, Austrália, Reino Unido, Bélgica, Canadá e Polônia. As produções foram agrupadas para análise em: Concepções e princípios do Diálogo Aberto; Contribuições do diálogo Aberto; Desafios para implementação do Diálogo Aberto em outros países, realidades e contextos.*

Palavras-chave *Intervenção em crises, Família, Suporte social, Saúde mental, Diálogo aberto*

¹ Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas. R. Gomes Carneiro 1, Centro. 96010-610 Pelotas RS Brasil. kantorski@uol.com.br

² Dipartimento di Culture, Politica e Società, Università degli Studi di Torino. Torino Piemonte Itália.

Introdução

O Método Diálogo Aberto foi desenvolvido a partir dos anos de 1980 no oeste da Lapônia, Finlândia, por Jaakko Seikkula e sua equipe, para atender a crise psicótica através de uma intervenção nas primeiras 24 horas, preferencialmente no domicílio do paciente, em uma reunião terapêutica com profissionais, paciente, família e membros significativos da rede social, tendo como o eixo estruturante o diálogo^{1,2}.

A prática terapêutica na Finlândia já fazia parte da saúde pública desde os anos de 1960 com o trabalho do professor Yrjö Alanen a partir da psicoterapia individual psicodinâmica, que desenvolveu o modelo “Need-Adapted approach”, que focalizava a intervenção precoce na esquizofrenia, a importância do tratamento responder à necessidade de cada paciente e sua família, o trabalho em equipe multidisciplinar, a tomada de decisões compartilhadas nas reuniões de tratamento e o diálogo. O Método do Diálogo Aberto é uma modificação originada nesta abordagem, que vai se aprimorar a partir do início dos anos de 1980 na Finlândia, que foi inspirado na visão sistêmica de rede social, focalizando a abertura do diálogo^{2,3}.

O interesse pelo Método do Diálogo Aberto no mundo cresceu a partir do estudo de resultados sobre o mesmo, do forte questionamento sobre a predominância de um modelo de tratamento centrado nos psicofármacos e suas consequências. O interesse cresceu também com a divulgação feita por pesquisadores da Noruega, Estados Unidos, Bélgica, Austrália, Reino Unido, Polônia, Canadá, através do relato da experiência positiva vivenciada por aqueles que acompanharam a equipe da Lapônia e do relato de pesquisadores que desenvolveram produções científicas sobre o método⁴⁻²¹.

Alguns estudos de avaliação de resultados da aplicação do Método Diálogo Aberto²²⁻²⁶ e de revisões de literatura¹¹⁻¹³ também valorizam este enfoque e destacam a eficácia do tratamento com o Diálogo Aberto no contexto da Lapônia. O estudo mais recente²² relacionando à estabilidade de pessoas tratadas com o Diálogo Aberto engloba indivíduos em primeira crise psicótica, em três períodos, de 2 anos cada, compreendidos entre 1992 e 2005 (1992-1993, n=34; 1994-1997, n=46; 2003-2005, n=18). Foi observado que o uso de neurolépticos de modo continuado não se fez necessário em 85% dos casos no primeiro período, 89% no segundo período e 72% no terceiro período. Em média, 88% das pessoas voltaram a estudar ou trabalhar em tempo integral ao longo dos três períodos²². Estes dados sugerem que a ajuda

imediate, a inserção da rede social no tratamento, a polifonia das vozes, o diálogo e a tolerância à incerteza contribuem para o acolhimento da experiência dessas pessoas. Os resultados endossam a relevância das práticas de tratamento com o Diálogo Aberto e de seu estudo para o nosso contexto.

O interesse pelo método do Diálogo Aberto cresceu em razão da difusão da consciência acerca das características iatrogênicas, sobretudo a médio e longo prazo, do consumo de psicofármacos. Em 2010, Robert Whitaker²⁷ lançou nos Estados Unidos o livro *Anatomy of an epidemic: magic bullets, psychiatric drugs, and the astonishing rise of mental illness in America*, que recebeu premiação como jornalismo investigativo e se tornou um *best seller*. No livro, o autor denuncia que o uso intenso e indiscriminado de psicofármacos naquele país trouxe graves consequências para a saúde, com a perda de anos de vida das pessoas e, para o Estado, acarretou um importante aumento no número de pessoas dependentes de auxílio por incapacidade. Nos capítulos finais do livro, entre as experiências exitosas que se propõem a trabalhar reduzindo o consumo de neurolépticos, o autor cita o Diálogo Aberto, apoiado em alguns estudos de avaliação e conta sua experiência de acompanhar a equipe de Seikkula nas reuniões de tratamento, dando destaque para a eficácia do método e instigando o questionamento acerca de sua replicabilidade²⁷.

Neste sentido, este artigo de revisão se propõe a apresentar os princípios do Diálogo Aberto e suas principais contribuições para processos de desinstitucionalização do usuário/paciente com sofrimento psíquico, visando responder à seguinte questão: Quais os princípios orientadores das práticas de Diálogo Aberto que podem contribuir para potencializar o cuidado de saúde mental comunitário nos processos de desinstitucionalização em outros contextos?

Objetivo: Identificar concepções, princípios e práticas de Diálogo Aberto que possam contribuir para processos de desinstitucionalização.

Metodologia

Este consiste num artigo de revisão de literatura. A busca ocorreu em outubro de 2015 e rastreou estudos publicados sobre a abordagem do Diálogo Aberto.

As bases de dados utilizadas foram PubMed (Publish Medline), PsycInfo/APA (American Psychological Association) e Lilacs (Literatura

Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). O descritor principal utilizado para a busca foi open dialogue (utilizado individualmente e seguido do operador booleano AND e dos descritores que seguem), crisis, first episode psychosis, schizophrenia, therapy family, need adapted. Os filtros considerados nas buscas foram os estudos publicados em língua portuguesa, espanhola, italiana, francesa e inglesa.

Os critérios de inclusão foram: estudos teóricos, de revisão e de pesquisa quantitativos e qualitativos que tratassem do Diálogo Aberto, de seus princípios, concepções, abordagem, experiência, método, tratamento e de seus resultados. Os critérios de exclusão foram: estudos fora da temática, com foco nos transtornos psiquiátricos e em outras abordagens e tratamentos psicoterapêuticos que não o Diálogo Aberto; estudos publicados em finlandês, chinês e japonês.

Os aspectos éticos pertinentes a autorias e citações encontram-se atendidos e respeitados no artigo.

Resultados

Um total de 501 artigos foram rastreados através da busca nas bases de dados, sendo encontrados 365 na PubMed, 134 na PsycInfo, nenhum estudo na Lilacs. Foram incluídos também 2 livros de autoria de Jaakko Seikkula por referência cruzada. Dos artigos encontrados, 423 foram descartados por encontrarem-se fora da temática, alguns tratavam da esquizofrenia, ou do tratamento da primeira crise em pessoas com diagnóstico de psicose ou, ainda, da terapia familiar utilizando-se de outros métodos e abordagens. Outros 23 estudos foram descartados por serem duplicados, restando assim 55 textos que foram lidos na íntegra. Destes, 21 foram descartados por não abordarem diretamente o tema do Diálogo Aberto. Apesar de discutirem a importância do diálogo para a comunicação terapêutica, não se utilizavam dos princípios, bases epistemológicas e teóricas que delinearão este escopo teórico-prático que se constituiu a partir da experiência finlandesa. Assim, restaram 34 estudos que foram analisados e discutidos nesta revisão.

Das 34 produções científicas, 3 eram artigos de revisão, 5 estudos teóricos, 21 estudos qualitativos e 5 estudos quantitativos. Com relação à língua, 2 eram escritos em italiano, 1 em francês e 31 em inglês. Em 21 artigos e 2 livros, Jaakko Seikkula é um dos autores. Com relação ao país de origem dos autores, temos: Noruega, Estados

Unidos, Finlândia, Austrália, Reino Unido, Bélgica, Canadá e Polônia. Com relação ao período em que foram publicados, onze artigos são do período entre 2001-2005, cinco entre 2006-2010, enquanto que dezesseis artigos e os dois livros foram publicados a partir de 2011.

Discussão

O material selecionado foi agrupado para análise em temas, que foram definidos a priori, a partir dos objetivos propostos. Os temas são:

- *Concepções e princípios do Diálogo Aberto*: São 5 estudos teóricos^{2,15,18,28,29} que abordam os fundamentos do método (Quadro 1);

- *Contribuições do Diálogo Aberto para a melhoria da condição de saúde mental e inserção social da pessoa*: 5 pesquisas quantitativas²²⁻²⁶ e 3¹¹⁻¹³ estudos de revisão de literatura demonstram que o tratamento com o Diálogo Aberto diminui as hospitalizações, as recaídas, os sintomas residuais e o uso de neurolépticos pelo usuário/paciente, aumentando sua inserção do através do estudo e trabalho em tempo integral (Quadro 2);

- *Desafios para implementação do Diálogo Aberto em outros países, realidades e contextos*: Foram analisados 21 estudos qualitativos^{1,3-10,14,16,17,19-21,30-35} que aprofundam as discussões sobre a aplicação do método em casos simples ou múltiplos e contextos específicos. Esta análise possibilita a reflexão sobre potenciais impasses mediante a exigência de mudanças de concepções, organizações, saberes e práticas de cuidado em saúde mental comunitária no contexto da desinstitucionalização (Quadro 3).

Concepções e princípios do Diálogo Aberto

Entre os textos analisados, artigos^{15,18,28} e dois livros^{2,29} (Quadro 1) mantiveram um enfoque teórico do Diálogo Aberto e abordaram dados históricos, concepções, princípios e elementos-chave elencados enquanto critérios de fidelidade.

Seikkula² apresenta uma linha guia com sete princípios fundamentais do Método do Diálogo Aberto, que são: Ajuda imediata (a organização da primeira reunião de tratamento com o paciente, sua família e sua rede social deve ocorrer dentro de 24 horas após o primeiro contato com o serviço); Perspectiva da rede social do paciente (mobilizar as pessoas próximas ao paciente e envolvidas no problema); Flexibilidade e mobilidade (o plano de tratamento deve estar adequado às necessidades do paciente; as reuniões de

Quadro 1. Estudos revisados sobre concepções e princípios do diálogo aberto.

Autor/Local/ Ano	Tipo de Publicação/ Periódico	Tipo de Estudo	Metodologia	Síntese
Seikkula ² , J. Finlândia. 2014	Livro Giovani Fioriti Editore/Roma. Itália.	Livro técnico que trata do Diálogo Aberto	Livro técnico que trata de dados histó- ricos, conceitos, deta- lhamento do método e exemplifica com ca- sos o Diálogo Aberto e sua aplicação.	O autor reúne um conjunto de tex- tos de fundamentação teórica sobre o Método do Diálogo Aberto, sobre a natureza do diálogo, seu apoio nas teorias de Vygotsky e Bakhtin; res- gata ainda estudos de resultados da aplicação do método que demons- tram sua eficácia.
Kłapcinski ¹⁵ ,M. Wojtynska,R; Rymaszewska, J. Polónia. 2015.	Artigo – ensaio teórico Journal of Schizophrenia Research.	Estudo teórico	Discussão teórica so- bre as bases teóricas e evidências do Di- álogo Aberto como abordagem na crise psicótica.	Apresenta o diálogo aberto enquan- to abordagem alternativa ao uso de neurolépticos ou complementar ao tratamento usual psicossocial.
Olson ¹⁸ ,M. Seikkula,J., Ziedonis, D. Estados Unidos Finlândia. 2014.	Artigo – ensaio teórico Disponível Home Page*	Estudo teórico (define 12 elementos do Diálogo Aberto)	Discussão teórica a partir de elementos da prática do Diálogo Aberto, utiliza-se de exemplos de casos clí- nicos para elaboração teórica.	Este artigo centrou-se na definição da prática dialógica, identificando e descrevendo doze elementos-chave desta prática. * http://umassmed.edu/psychiatry/ globalinitiatives/opendialogue/
Seikkula ²⁸ , J. Finlândia. 2002.	Artigo – ensaio teórico Journal of Marital and Family Therapy	Estudo teórico	Discussão teórica so- bre as bases da prática dialógica a partir das necessidades do pa- ciente e família.	Apresenta uma argumentação teó- rica sobre o diálogo como foco da terapia nas reuniões conjuntas, com paciente, família, rede. Discussão sobre o monólogo como a natureza do núcleo de crise.
Arnkil ²⁹ ,TE. Seikkula, J. Finlândia. 2012.	Livro Erickson, Trento. Itália	Livro técnico - trata do método dialógico no trabalho de rede	Livro técnico que ex- plora as bases teóricas da prática dialógica.	Os autores descrevem com base na sua experiência duas práticas dialó- gicas, o Diálogo Aberto e o Diálogo do Futuro (de antecipação ou ante- cipatório).

tratamento são organizadas preferencialmente no casa do paciente); Responsabilidade (o profissional que contactado é responsável por organizar a primeira reunião de tratamento, depois é organizada a equipe do caso); Continuidade psicológica (manutenção da continuidade psicológica contando com a colaboração entre o pessoal de vários setores); Tolerância à incerteza (estabelecer um sentimento de confiança para fortalecer o processo de articulação. Em crises psicóticas, um sentido de segurança adequado pressupõe encontros frequentes para restaurar uma sensação de segurança, a fim de tolerar a incerteza relacionada com a situação de crise) e Dialogismo (o foco da reunião é a promoção do diálogo a fim de promover entendimentos e soluções conjuntas). Valorizar a polifonia³⁶, a expressão de todas as vozes.

Diálogo Aberto é um sistema de tratamento baseado na comunidade, uma forma de conversa terapêutica que ocorre dentro desse sistema, especificamente dentro da reunião tratamento. Doze elementos-chave da prática dialógica no Diálogo Aberto são elencados enquanto critérios de fidelidade: participação de dois (ou mais) terapeutas nas reuniões de tratamento; envolvimento da família e rede social; usar perguntas abertas; responder às falas do paciente; enfatizar o momento; solicitar múltiplos pontos de vista; usar o foco relacional no diálogo; responder aos problemas dialógicos e comportamentais com um estilo concreto e atento aos significados; enfatizar as palavras usadas pelo paciente e sua história, não os sintomas; a conversa entre profissionais (reflexões) deve ocorrer nas reuniões de tratamento; ser transparente; tolerar a incerteza¹⁸.

Quadro 2. Estudos revisados sobre contribuições do diálogo aberto para a melhoria da condição de saúde mental e inserção social da pessoa.

Autor/Local/ Ano	Tipo de Publicação/ Periódico	Tipo de revisão de literatura	Metodologia	Síntese
Skall ¹¹ , L.; Nicole, L. Canadá. 2011.	Artigo de revisão L'Encéphale.	Estudo de revisão de literatura	Estudo de revisão que visa descrever diferentes serviços especializados em atendimento de primeiro episódio psicótico e relatar seus resultados em diferentes momentos do acompanhamento. Foram incluídas pesquisas que tiveram pelo menos um grupo de comparação e excluídos aqueles de prevenção primária da psicose ou intervenções prodrômicas entre elas o Diálogo Aberto (em específico foram analisados dois estudos ^{4,25}). As bases de dados consultadas foram PsycINFO e Medline em busca de estudos sobre a eficácia ou eficiência de programas, realizada em 15 de novembro de 2008. As palavras-chave utilizadas foram “Primeiro episódio psicótico” e “tratamento psicossocial” (ou “Tratamento” ou “terapia”) e “primeiro episódio de esquizofrenia E” tratamento psicossocial “(ou” tratamento “ou “Terapia”) e tratamento “early psicose” e “psicossocial “(Ou” tratamento “ou” terapia “). Foram analisados somente estudos publicados em Inglês.	Cinco programas, todos escandinavos, são apresentados; o projeto de pára-queda (1994 - Suécia) que em três anos, o grupo havia passado menos dias internado, um menor percentual de pacientes recebeu subsídios de invalidez e tinham uma tendência para uma maior eficiência do que os grupos de controle. O projeto esquizofrenia Danish National (1997 -Dinamarca) que no final do período de tratamento de dois anos, os pacientes tiveram significativamente menos sintomas positivos, menos sintomas negativos e melhores pontuações na escala de avaliação global do que o grupo controle. O projeto Opus (1998 - Dinamarca) os pacientes foram avaliados em cinco anos, no final da fase ativa do tratamento, os pacientes utilizavam doses mais baixas de antipsicóticos e usavam menos drogas ilícitas, em cinco anos, a única diferença foi associada ao fato no grupo em tratamento havia um maior número de pacientes que viviam de forma independente. O projeto diálogo aberto (1994- Finlândia) na avaliação de dois anos, os grupos de seguimento tiveram menos recaídas, tiveram menos dias internados, usaram menos antipsicóticos. Nos cinco anos, não havia nenhuma diferença nos resultados. O projeto Soteria Nacka (1990 - Suécia na avaliação de cinco anos, o grupo de pacientes que recebeu além da assistência ambulatorial, assistência especializada em casa apresentou utilização menos antipsicóticos e em doses mais baixas, apresentavam significativa remissão de sintomas e um maior número de pacientes trabalhava ou estudava no final dos cinco anos.
Gromer ¹² , J. Estados Unidos. 2012.	Artigo de revisão Ethical Human Psychology and Psychiatry.	Estudo de revisão sistemática narrativa	As pesquisas incluíram os seguintes bancos de dados: Web of Knowledge, PsycINFO, MEDLINE, Serviços Sociais Abstracts, CINAHL, dados Cochrane de revisões sistemáticas e Science Citation Index Expanded. Os termos de pesquisa utilizados foram: “diálogo aberto” OR “necessidade adaptado” OR “Necessita de” OR “equipes de psicose aguda” e psych. 112 artigos foram potencialmente identificados e 7 atendiam aos critérios de inclusão da revisão.	Na abordagem Necessidade Adaptado (NA) dos dois estudos com grupos de comparação indicam que os resultados são equivalentes ou melhores do que os resultados do tratamento convencional. Especificamente, NA foi associado com menos participantes que vivem da pensão por invalidez, menos dias de hospitalização, e menos sintomas. Sugerem que a NA produz melhores resultados quando utilizada com uma abordagem mínima de medicação. O Diálogo Aberto (OD) foi associado com melhor funcionamento social, mais emprego, menos dias de hospitalização, e menos sintomas para pessoas com primeiro episódio de psicose.
Lakeman ¹³ , R. Austrália. 2014.	Artigo de revisão Psychotherapy In Australia.	Estudo de revisão de literatura	As buscas incluíram as bases de dados CINAHL com texto completo, PsycInfo, Medline com texto completo e PsycArticles. Pesquisa termos utilizados foram: “diálogo aberto” ou “dialógica” ou “necessidade adaptado» e psicose ou psicótico ou de crise, limitado ao inglês e revistas científicas. O rendimento inicial foi de 100 artigos, um total de 25 artigos abordada o diálogo aberto diretamente.	Revisa os estudos sobre os resultados e documentos descritivos publicados em inglês sobre o diálogo aberto e sua utilização no enfrentamento da psicose. Os resultados indicam que, em pequenos grupos de pessoas tratadas com o método do diálogo aberto a duração da psicose sem tratamento foi reduzido, conseguem em sua maioria a recuperação funcional com o mínimo uso de medicamentos neurolépticos e têm poucos sintomas residuais

continua

Quadro 2. Estudos revisados sobre contribuições do diálogo aberto para a melhoria da condição de saúde mental e inserção social da pessoa.

Autor/Local/ Ano	Tipo de Publicação/ Periódico	Tipo de Estudo	Metodologia	Síntese
Seikkula ²³ , J., Alakare, B., Aaltonen, J. Finlândia. 2011.	Artigo Original de Pesquisa Psychosis.	Estudo multicêntrico quantitativo, follow up de 10 anos	Foram utilizados para comparação três períodos de inclusão de pacientes em primeiro episódio psicótico com diagnóstico de esquizofrenia, entre 16 e 50 anos. Um período de dois anos de follow-up de dois períodos consecutivos durante a década de 1990 (1992-1993-n=36; 1994-1997-n=46) e o terceiro período de inclusão, abrangendo 2003-2005 (n=18), foi organizado para determinar se os resultados foram consistentes 10 anos após o período preliminar. Utilizado análise estatística Pearson, Qui quadrado, e teste de variância Anova.	Foram utilizados para comparação três períodos de inclusão de pacientes em primeiro episódio psicótico. Um período de dois anos de follow-up, dois períodos consecutivos durante a década de 1990 e o terceiro período de inclusão, abrangendo 2003-2005, foi organizado para determinar se o os resultados foram consistentes 10 anos após o período preliminar. A duração dos casos de psicose sem tratamento reduziu para três semanas e os resultados permaneceram bons como nos primeiros dois períodos.
Aaltonen ²³ , J., Seikkula, J., Lehtinen, K. Finlândia. 2011.	Artigo Original de Pesquisa Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches.	Estudo quantitativo de incidência	Os dados foram obtidos a partir do registro de todos os pacientes das cidades de Kemi e Tornio com idade entre 15-44 anos, que, pela primeira vez procuraram os serviços de ambulatório ou hospitalar na área psiquiátrica entre 1985 e 1994, exceto doença cerebral orgânica e retardo mental grave, considerando o período de cinco anos, antes e após a implantação do Diálogo Aberto. Do total, 1.918 pacientes psiquiátricos, 250 casos foram definidos como psicose funcional não-afetiva, de acordo com o DSM-III ou apresentaram sintomas prodromáticos para a esquizofrenia. Utilizada análise estatística, teste Qui quadrado.	De um total de 1.918 pacientes psiquiátricos, 250 casos foram definidos como psicose funcional não-afetiva, de acordo com o DSM-III ou apresentaram sintomas prodromáticos para a esquizofrenia. A incidência anual média da esquizofrenia diminuiu no período (de 30,3 para 17,1).
Seikkula ²⁴ , J.; Alakare, B.; Aaltonen, J.; Holma, J.; Rasinkangas, A.; Lehtinen, V. Finlândia. 2003.	Artigo Original de Pesquisa Ethical and Human Sciences and Services.	Estudo multicêntrico quantitativo, follow up de 2 anos	Três comparações foram feitas: 1) pacientes fase inicial de OD (API grupo, n = 22) foram comparados com pacientes historicamente tratados a mais tempo em Diálogo Aberto (grupo ODAP, Diálogo Aberto em aguda psicose, N = 23). 2 e 3) API (N = 22) e ODAP (N = 23), ambos os grupos do oeste da Lapônia foram comparados separadamente com pacientes esquizofrênicos (grupo de comparação, N = 14) de outro API centro de pesquisa que foram hospitalizados e receberam o tratamento convencional. O período de coleta de dados foi de 1992 a 1993 e de 1994 a 1997). A análise estatística foi utilizado Pearson, Qui quadrado e análise de variância (ANOVA).	Compara pacientes psicóticos em fase inicial de tratamento com o Diálogo Aberto, pacientes tratados por mais tempo e pacientes tratados no método tradicional. O Diálogo Aberto parece produzir melhores resultados do que o tratamento convencional, dada a diminuição do uso de neurolepticos.

continua

Quadro 2. Estudos revisados sobre contribuições do diálogo aberto para a melhoria da condição de saúde mental e inserção social da pessoa.

Autor/Local/ Ano	Tipo de Publicação/ Periódico	Tipo de Estudo	Metodologia	Síntese
Seikkula ²⁵ , J, Aaltonen, J, Alakare, B.; Haarakangas, K; Keranen, J.; Lehtinen, K. Finlândia. 2006.	Artigo Original de Pesquisa Psychotherapy Research.	Estudo multicêntrico quantitativo, follow up de 5 anos	Foram estudados na Finlândia partindo de uma população de 80 pacientes em 2 anos de follow up e 75 pacientes em 5 anos de follow up, delimitados numa amostra de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia dois grupos em tratamento com o Diálogo Aberto: um em atendimento ainda na fase aguda (grupo API; n=33) e o outro (grupo ODAP; n=42) com tratamento completo da abordagem do Diálogo Aberto. O período foi de 1990 (1992-1993; 1994-1997). A análise estatística foi utilizado Pearson, Qui-quadrado e análise de variância (ANOVA).	Estudo de comparação histórica realizado na Lapônia, com dados de 5 anos de seguimento de dois grupos de pacientes que tiveram o seu primeiro episódio psicótico. O grupo com tratamento completo de Diálogo Aberto teve menos dias de hospitalização, não apresentaram sintomas psicóticos residuais, retomaram ao emprego e aos estudos e tiveram menos recaídas.
Seikkula ²⁶ , J; Alakare, B. Aaltonen, J. Finlândia. 2001.	Artigo Original de Pesquisa Journal of Constructivist Psychology.	Estudo misto predominante quantitativo.	Amostra de 90 novos casos na região da Lapônia que preenchem os critérios do DSM-III para esquizofrenia entre 1 de Abril de 1992 e 31 de março de 1997. Destes, 78 fizeram parte do estudo. Foram aplicadas a Brief Psychiatric Classifications Scale (BPRS), Escala de Avaliação Global da Função (GAF) e escala Strauss e Carpenter, feitas entrevistas e seguidas as reuniões de tratamento. Foram formados dois grupos: (1) um grupo desfecho pobre constituído por aqueles pacientes cuja fonte de vida era uma pensão de invalidez ou com sintomas psicóticos moderados ou graves mais residuais (classificado como 2 ou 3 na escala Strauss & Carpenter; e (2) o grupo bom resultado constituído por aqueles pacientes que estavam trabalhando, estudando ou procura de emprego, com com sintomas psicóticos residuais leves. Apresenta análise qualitativa de um estudo de caso.	Pretende identificar fatores associados à resposta favorável e desfavorável ao tratamento com o diálogo aberto. Regime de trabalho e qualidade de rede social (pobre-cária-escassa) foram as mais poderosas características pré-mórbidas relacionadas a um mau resultado. A média de duração dos sintomas psicóticos diminuiu para menos de 4 meses e se refletiu na boa situação de emprego após dois anos. Pacientes com mau resultado foram hospitalizados mais, e eles estavam mais propensos a estar usando neurolépticos. Grupos de resultados bons e maus são comparados e emergem diferenças significativas na situação de emprego e na qualidade da rede social antes da crise psicótica. Se os pacientes viviam passivamente sem ter de procurar um emprego, eles eram mais propensos a ter um mau resultado após dois anos. No início, as classificações de sintomas (GAF, BPRS) não diferiu entre os pacientes nos dois grupos. O grupo desfecho pobre teve maior probabilidade de ter uma rede social pobre, no início, durante o tratamento ou mostrar empobrecimento durante o período de dois anos.

Quadro 3. Estudos revisados sobre desafios para implementação de diálogo aberto em outros contextos.

Autor/Local/Ano	Tipo de Publicação/ Periódico	Tipo de Estudo	Metodologia	Síntese
Seikkula ¹ , J. Finlândia. 2003.	Artigo original Smith Studies in Social Work	Estudo de caso – qualitativo	Estudo qualitativo, descritivo, do tipo estudo de caso clínico. Tem como cenário a reunião de tratamento com o Diálogo Aberto com sujeito, familiares, rede social e equipe e os diálogos gerados.	Fundamenta teoricamente o diálogo aberto enfatizando princípios do método como a ajuda imediata em 24 horas; dialogismo; reunião terapêutica em rede, de preferência no domicílio. Apresenta um caso para ilustrar que o tratamento é baseado na geração de diálogo.
Seikkula ³ , J. Finlândia. 2011.	Artigo original The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy	Estudo de caso múltiplo – qualitativo	Estudo qualitativo, descritivo, do tipo estudo de caso. O cenário são as reuniões de tratamento, são utilizados dois casos ilustrativos para trabalhar o diálogo e polifonia.	Artigo traz o caso clínico para explorar teoricamente o dilema de olhar para o diálogo como um modo de vida ou um método terapêutico. Trabalha com conceitos de Bakhtin, como polifonia e diálogo.
Borg ⁴ , M.; Karlsson, B. Tondora, J. Davidson, L. Noruega, Estados Unidos. 2009.	Artigo original Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences	Estudo comparativo, qualitativo	Estudo qualitativo, descritivo que compara dois modelos de cuidado com base na literatura e na experiência dos autores.	Descreve dois modelos de cuidado de reabilitação psiquiátrica centrado na pessoa, um nos Estados Unidos e outro o Diálogo Aberto na Finlândia.
Olson ⁵ , M.; Laitila, A.; Rober, P.; Seikkula, J. Estados Unidos, Finlândia, Bélgica. 2012.	Artigo original Family Process	Estudo de caso qualitativo	Estudo qualitativo, do tipo estudo de caso. Foram gravadas em vídeo as sessões de terapia e analisada a natureza do diálogo, com base em conceitos bakhtinianos, como a polifonia ³⁰	Enfatizam a natureza e o significado da escuta e sua ligação à polifonia e desenvolvimento de entendimentos comuns. Também o papel da equipe e a utilidade dos conceitos bakhtinianos em pesquisa clínica. A possibilidade de ampliação do entendimento de diversos pontos de vista na reunião de tratamento.
Anderson ⁶ , H. Estados Unidos. 2002.	Artigo - Relato de Experiência Journal of Marital and Family Therapy	Relato de experiência – qualitativo	Relato de experiência – abordagem qualitativa, descritiva.	Traz reflexões sobre o trabalho de Seikkula a partir da experiência de seguimento do seu trabalho na Lapônia e as produções científicas consultadas, enfocando o diálogo como essência da terapia.
Seikkula ⁷ , J, Olson, M. Finlândia, Estados Unidos. 2003.	Artigo original Family Process	Estudo de caso – qualitativo	Estudo qualitativo, descritivo, do tipo estudo de caso. O cenário é a reunião de tratamento e a prática dialógica, os sujeitos os participantes. É utilizado um caso clínico para trabalhar os princípios do Diálogo Aberto.	Descreve o método do diálogo aberto e sua sustentação nos princípios dialógicos de Bakhtin na tradição Batesoniana. Realiza uma análise a partir de duas categorias: poética e micropolítica. A poética inclui os princípios da tolerância a incerteza, dialogismo e polifonia nas redes sociais e como podem operar para gerar um diálogo terapêutico na reunião de tratamento. A micropolítica são as práticas institucionais mais amplas do modelo finlandês que dão suporte a esta forma de trabalhar.

continua

Quadro 3. Estudos revisados sobre desafios para implementação de diálogo aberto em outros contextos.

Autor/Local/Ano	Tipo de Publicação/ Periódico	Tipo de Estudo	Metodologia	Síntese
Seikkula ⁸ ; Trimble, D. Finlândia, Estados Unidos. 2005.	Artigo original Family Process	Estudo de caso – qualitativo	Estudo qualitativo, descritivo, do tipo estudo de caso. O cenário é a reunião de tratamento e a prática dialógica, os sujeitos os participantes. É descrito um caso clínico.	Artigo analisa teoricamente, a partir da perspectiva bakhtiniana, o diálogo e seus elementos básicos como uma condição prévia para a mudança positiva em qualquer forma de terapia. Apresenta um caso para analisar o tratamento dialógico.
Olson ⁹ , M. Estados Unidos. 2015.	Artigo Original Family Process	Estudo auto-etnográfico – qualitativo	Estudo qualitativo, auto-etnografia.	Estudo auto-etnográfico descreve as mudanças no pensamento da autora e no trabalho clínico a partir de sua experiência na Lapônia com o método de Diálogo Aberto desde seu contato em 2001 até os dias atuais.
Holmesland ¹⁰ , L.; Seikkula, J, Nilsen, O.; Hopfenbeck, M., Arnkil, TE. Noruega, Finlândia. 2010.	Artigo original International Journal of Integrated Care	Estudo qualitativo	Estudo qualitativo realizado numa clínica no sul da Noruega com pessoas entre 14 e 25 anos de idade, explorando como as reuniões de tratamento são percebidas pelos profissionais que trabalham em vários setores. Os dados foram coletados por meio de três entrevistas realizadas com dois grupos focais, com profissionais de saúde e com profissionais dos setores sociais e educacionais.	A análise de conteúdo foi usada para criar categorias através da condensação e interpretação. As duas categorias de análise foram: papel profissional e trabalho em equipe. Os resultados indicam diferentes níveis de motivação e compreensão sobre os processos de transferência dos papéis, e apontam para a importância da colaboração transdisciplinar.
Seikkula ⁴ ; J; Laitila, A.; Robert, P. Finlândia, Bélgica. 2012.	Artigo original Journal of Marital and Family Therapy	Estudo qualitativo – proposição de método de análise do diálogo	Estudo qualitativo – autores propõem um método específico para análise de diálogos chamado <i>Dialogical Methods for Investigations of Happening of Change</i> . O método é ilustrado através de uma análise de uma sessão de terapia de casal com uma mulher deprimida e seu marido.	Integra conceitos teóricos de Bakhtin com boas práticas em pesquisa qualitativa (ferramentas dialógicas e conceitos de processos narrativos), de codificação, a fim de dar sentido aos diálogos da terapia familiar. O método permite uma classificação geral das qualidades dos diálogos responsivos em uma única sessão, e também para um foco detalhado sobre sequências particulares através de uma microanálise do específico. O foco particular é mantido nas vezes presentes nos enunciados, no posicionamento de cada falante e nos destinatários das declarações.
Trimble ¹⁶ , D. Estados Unidos. 2002.	Artigo - Relato de Experiência Journal of Marital and Family Therapy	Relato de experiência – qualitativo	Relato de experiência – abordagem qualitativa, descritiva.	Autor traz sua experiência a partir de acompanhar num congresso em Estocolmo a simulação de uma reunião terapêutica feita por Seikkula e discute a concepção de monólogo e do diálogo como múltiplas vozes que se abrem para produzir sentidos conjuntamente.

continua

Quadro 3. Estudos revisados sobre desafios para implementação de diálogo aberto em outros contextos.

Autor/Local/Ano	Tipo de Publicação/ Periódico	Tipo de Estudo	Metodologia	Síntese
Ulland ¹⁷ ; D; Andersen, AJ; Wlarsen, JB; Seikkula, J. Noruega, Finlândia. 2014.	Administration and Policy in Mental Health and Mental Health	Estudo qualitativo analisa a implantação de 3 programas de Diálogo Aberto	Estudo qualitativo que analisa a implementação de três programas de práticas dialógicas no Sul da Noruega entre 1998-2008: um de prática clínica apoiado no diálogo aberto, um de educação interdisciplinar e um de pesquisa visando avaliar o processo e os resultados. Para implementação dos programas foi utilizado o método da pesquisa-ação participante	Enfatiza a compreensão compartilhada e a colaboração na rede com profissionais, na escolha do Diálogo Aberto como método de tratamento tendo o diálogo como principal terapia para as pessoas em crise. Destaca a atmosfera de respeito e o reconhecimento entre os atores como fatores importantes de fortalecimento do trabalho.
Holmesland ¹⁹ AL, Seikkula, J, Hopfenbeck M. Noruega, Finlândia. 2014.	Artigo Original Journal of Interprofessional Care	Estudo qualitativo exploratório	Estudo qualitativo realizado na Noruega, através de grupos focais com profissionais da saúde e profissionais da educação, dos 40 profissionais 12 participaram dos grupos focais.	40 profissionais participaram de um projeto usando a abordagem do diálogo aberto, a fim de potencializar as reuniões da rede com os jovens que sofrem de problemas de saúde mental. Os resultados apontam para os desafios da escuta e autenticidade das reflexões dos profissionais, da capacidade de abertura e transparência dos diálogos.
Borg ²⁰ , M, Karlsson B, Kim SH. Noruega. 2010.	International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being	Estudo qualitativo, pesquisa-ação	Consiste numa pesquisa -ação aplicada numa perspectiva cooperativa de inquérito, baseada na filosofia participativa. A pesquisa se desenvolveu na Noruega Os participantes do estudo eram 12 profissionais, um psicólogo, dois assistentes sociais, e nove enfermeiras em saúde mental. Nos 4 grupos focais 10 a 12 membros da equipe participaram.	A pesquisa teve como objetivo analisar a utilização da abordagem do Diálogo Aberto nos serviços. Foram identificados temas ligados a abertura do diálogo, a tolerância a incerteza e sobre a vida cotidiana ilustradas através de situações clínicas. Constatou-se que as equipes estão em uma posição estratégica para desenvolver na prática processos que atendam às necessidades das pessoas em crise em seu domicílio focando a não somente a resolução de crise, mas contribuindo no gerenciamento da vida diária destas pessoas.
Razzaque ²¹ , R. Wood, L. Reino Unido. 2015.	Artigo original Community Mental Health	Estudo qualitativo descritivo	Foi aplicado um questionário a 77 participantes de uma conferência sobre o Diálogo Aberto. Eles eram funcionários dos National Health Service (NHS) no Reino Unido e se manifestaram sobre os princípios, a aplicabilidade do método em sua realidade e os desafios. Havia perguntas fechadas e abertas	A análise temática foi esboçada em dois temas: os potenciais desafios enfrentados na implementação do Diálogo Aberto na dinâmica de diálogo; Mudança profissional e cultural. Aponta nos resultados a necessidade de atualizar as diretrizes clínicas para garantir que o clínico se sinta seguro e protegido para funcionar de forma diferente frente aos riscos.
Seikkula ²⁰ J; Alakare, B.; Aaltonen, J. Finlândia. 2001.	Artigo original Journal of Constructivist Psychology	Estudo de caso – qualitativo	Estudo qualitativo, descritivo, do tipo estudo de caso. O cenário é a reunião de tratamento e a prática dialógica, os sujeitos os participantes. É descrito um caso clínico.	Neste artigo são esboçados os princípios e práticas que caracterizam o Diálogo Aberto, como abordagem para o tratamento de graves distúrbios psicológicos em consonância com uma perspectiva construcionista social.

continua

Quadro 3. Estudos revisados sobre desafios para implementação de diálogo aberto em outros contextos.

Autor/Local/Ano	Tipo de Publicação/ Periódico	Tipo de Estudo	Metodologia	Síntese
Seikkula ³¹ , J. Finlândia. 2008.	Artigo original Journal of Family Therapy	Estudo de caso - qualitativo	Estudo qualitativo, descritivo, do tipo estudo de caso. O cenário é a reunião de tratamento e a prática dialógica, os sujeitos os participantes. É descrito um caso clínico.	Neste trabalho três temas são abordados: primeiro, a importância do momento presente em terapia familiar; a polifonia de vozes como o principal aspecto humano e seu significado para o diálogo e para terapia familiar; terceiro, a eficácia do dialogismo no tratamento de problemas psicóticos. A discussão teórica é ilustrada com um caso clínico.
Seikkula ³² J. Finlândia. 2002.	Artigo original Journal of Marital and Family Therapy	Estudo de caso	Estudo qualitativo, descritivo, do tipo estudo de caso. Utiliza-se de alguns dados quantitativos descritivos e centra a análise qualitativa na sequência dialógica e na dominância semântica presente nos diálogos de um caso clínico.	A análise da sequência dialógica foi conduzida comparando bons e maus resultados de pacientes no primeiro episódio psicótico, em famílias com situação de violência. Em bons resultados, os clientes tinham domínio interacional e semântico, e o diálogo ocorreu em uma linguagem simbólica e numa forma dialógica, inclusive quando relatada a violência. No caso do mau resultado, reflexões do paciente sobre seus próprios atos não foram considerados.
Seikkula ³³ , J. Arnkil, T.E., Eriksson, E. Finlândia. 2003.	Artigo original Family Process	Estudo Comparativo qualitativo	Estudo qualitativo, faz uma análise comparativa de duas abordagens desenvolvidas em serviços que trabalham com situações de crise, o Diálogo Aberto – na Finlândia e o Diálogo de Antecipação – nos Estados Unidos, enfocando a capacidade de ver a natureza polifônica dos clientes e o foco do tratamento ser o diálogo.	Ambas as abordagens são dialógicas e orientadas para a rede social. Numa primeira análise são quase opostas. No diálogo de antecipação temos um método muito bem estruturado, não aberto. O facilitador conduz os diálogos. O diálogo aberto parece ser útil em situações de crises psicóticas e o diálogo de antecipação produz melhores resultados em situações de conflito e crise no território.
Borchers ³⁴ , P. Finlândia. 2014.	Caderno – Texto Issues like this have an impact. University of Jyväskylä.	Estudo de caso múltiplo qualitativo	Estudo qualitativo, do tipo estudo de caso múltiplo. Utilizou-se de 8 filmagens registradas em vídeos de entrevistas e transcrições de entrevistas a partir da lembrança estimulada em 7 psiquiatras, para recordar seus diálogos internos em reuniões com pacientes, família e profissionais. O material foi submetido a análise dialógica-narrativa e análise de conteúdo.	A pesquisa aborda diálogos internos dos psiquiatras sobre os seus colegas de trabalho, como estes veem sua ação. Enfatiza a importância do tratamento adaptado às necessidades da pessoa na psicose e mostra que as experiências dos profissionais podem ter um impacto sobre os tratamentos oferecidos.
Borchers ³⁵ , P. Seikkula, J, Lehtinen, K. Finlândia. 2013.	Artigo original Psychosis	Estudo de caso múltiplo -qualitativo	Consiste num estudo de caso múltiplo, que se utiliza de 8 filmagens registradas em vídeos de entrevistas e transcrições de entrevistas a partir da lembrança estimulada em 7 psiquiatras sobre diálogos internos em discussões multi-agentes com os pacientes, família e outros profissionais.	A relação médica tem impacto sobre a qualidade do diálogo, e podem influenciar no percurso da psicose e devem ser levadas em conta na prática, na educação, e em pesquisas futuras. A atual tradição baseada em evidências, que enfatiza abordagens firmemente estruturadas, desconSIDERA fenômenos que existem numa situação da vida real.

Um importante foco do tratamento com pacientes psicóticos deve ser o rompimento do seu isolamento e concentração no próprio diálogo. Deve-se criar uma linguagem na qual todas as vozes possam ser ouvidas e tanto o paciente como as pessoas próximas dele podem ajudar nesta tarefa. Há dois pré-requisitos para implementar o método: primeiro, trabalhar com equipe. O número ideal são três membros na equipe, caso sejam dois, há o risco de se envolverem nas necessidades da família, mas o terceiro tem a possibilidade de se envolver no diálogo interno e passar a construir uma perspectiva diferente do problema. O segundo pré-requisito consiste em, desde a primeira reunião, envolver as pessoas mais próximas ao paciente, sua família, amigos, aqueles que fazem parte de sua rede social, porque isto também irá garantir o início de uma linguagem comum. A abordagem dialógica visa um processo em que os recursos do potencial do paciente e daqueles próximos a ele começam a desempenhar um papel mais importante na determinação de como proceder no tratamento²⁸.

Arnkil e Seikkula²⁹ tratam da intervenção precoce e do desafio de ter uma prática dialógica. Apresentam o percurso, a experiência das práticas dialógicas do Diálogo Aberto e do Diálogo do Futuro. Enfatizam princípios como a abertura e a dialogicidade como fundamentais na relação de ajuda a partir do Diálogo Aberto. Eles abordam as qualidades essenciais do diálogo, a importância da polifonia, sua característica multiator (com mais de 2 participantes), sua linha guia, sua difusão e pesquisa.

A contribuição do Diálogo Aberto e sua prática na Lapônia também é evidenciada por autores poloneses¹⁵, que destacam nos estudos^{13,25} a diminuição do consumo de neurolépticos. No artigo é problematizado o consumo crescente de antipsicóticos, devido à superestimação da eficácia dos neurolépticos e a subestimação do seu potencial prejudicial e enfatizado aspectos culturais, humanistas e comunitários dos serviços na Lapônia e suas intervenções em rede no campo da atenção psicossocial¹⁵.

O Diálogo Aberto vem a contribuir com os processos desinstitucionalizantes, quando coloca em cena um método sistematizado, conceitualmente organizado e que tem no diálogo, na rede social, na ajuda imediata, na continuidade psicológica, na tolerância à incerteza, na responsabilidade e na flexibilidade o seu cerne. Nos meandros deste detalhamento reside seu potencial, que embora tenha sido estudado e colocado em prática ao longo de mais de vinte anos na Lapô-

nia, há tão pouco tempo vem sendo evidenciado no meio acadêmico no cenário mundial.

Contribuições do Diálogo Aberto para a melhoria da condição de saúde mental e inserção social da pessoa

Dos 5 estudos²²⁻²⁶ (Quadro 2) que enfocam os resultados obtidos a partir da utilização do Método do Diálogo Aberto, estes são avaliados através da melhoria da condição de saúde mental e inserção social da pessoa: um deles identifica a incidência de esquizofrenia, um identifica fatores associados à resposta favorável ou desfavorável ao tratamento com o método e três estudos multicêntricos de coorte fazem um *follow up* em 2, 5 e 10 anos de grupos de pacientes tratados com o Método do Diálogo Aberto em comparação a grupos submetidos a tratamentos convencionais.

No estudo sobre a incidência anual média da esquizofrenia²³, os dados foram obtidos a partir do registro de todos os pacientes das cidades de Kemi e Tornio (na Finlândia) com idade entre 15-44 anos, que pela primeira vez procuraram os serviços de ambulatório ou hospitalar na área psiquiátrica entre 1985 e 1994, exceto aqueles com doença cerebral orgânica e retardo mental grave, considerando o período de cinco anos, antes e após a implantação do Diálogo Aberto. Do total de 1.918 pacientes psiquiátricos, 250 casos foram definidos como psicose funcional não-afetiva, de acordo com o DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ou apresentaram sintomas prodrômicos para a esquizofrenia. Observou-se que a incidência anual média da esquizofrenia diminuiu no período avaliado (de 30,3 para 17,1), as reações psicóticas breves aumentaram e a incidência de psicoses esquizofreniformes e os sintomas prodrômicos não mudaram. O número de casos novos de esquizofrenia de longa permanência no hospital caiu para zero.

No estudo na Finlândia que identificou fatores associados à resposta favorável e desfavorável ao tratamento com o Diálogo Aberto²⁶, todos os 90 novos casos na região que preenchiam os critérios do DSM-III para esquizofrenia, psicose entre 1º de abril de 1992 e 31 de março de 1997 foram incluídos. Destes, 78 fizeram parte do estudo. Foram aplicadas a *Brief Psychiatric Classifications Scale* (BPRS), Escala de Avaliação Global da Função (GAF), escala Strauss e Carpenter, entrevistas e reuniões de tratamento. Como resultado, a média de duração dos sintomas psicóticos diminuiu para menos de 4 meses, refletindo em

uma boa situação de emprego após dois anos. Pacientes com mau resultado foram hospitalizados por maior número de dias e estavam mais propensos a usar neurolépticos (52%). Cabe destacar que na fase inicial de tratamento os pacientes não diferiram em sintomatologia inicial (classificação BPRS) e função global (GAF), sendo interessante que aqueles com bons resultados após dois anos tenham feito menor uso de medicação (80%)²⁶.

No estudo multicêntrico quantitativo deste método com um *follow up* de 2 anos²⁴ foram feitas três comparações: 1) pacientes na fase inicial de tratamento com OD - Open Dialogue (API - Acute Psychosis Integrated Treatment, n= 22) foram comparados com pacientes historicamente tratados há mais tempo em OD (grupo ODAP - Open Dialogue Acute Psychosis, n = 23); 2 e 3) API (n = 22) e ODAP (n = 23), ambos os grupos do oeste da Lapônia foram comparados separadamente com pessoas com diagnóstico de esquizofrenia (grupo de comparação, n = 14) de outro API, que foram hospitalizados e receberam o tratamento convencional. Os pacientes API foram hospitalizados por menos dias; as reuniões foram organizadas com mais frequência com a família, os neurolépticos foram utilizados em menos casos. Os pacientes do grupo ODAP tiveram menos recaídas e menos sintomas psicóticos residuais e sua situação de emprego foi melhor do que no grupo de comparação. Pelo menos uma recidiva ocorreu em 31% do Grupo API, em 24% do Grupo ODAP e em 71% do Grupo de Comparação. A diferença foi significativa entre o grupo API e Grupo de Comparação ($p < 0,05$). Variáveis como hospitalização ($p < 0,01$) e neurolépticos ($p < 0,001$) foram mais frequentemente utilizadas no Grupo de Comparação, no qual 100% utilizaram neurolépticos na fase inicial contra 36% no Grupo API e 34% do Grupo ODAP. O Diálogo Aberto parece produzir melhores resultados do que o tratamento convencional, dada a diminuição do uso de neurolépticos após o tratamento (depois de 2 anos, 71% do Grupo de Comparação (tratamento convencional) fez uso de neurolépticos, contra 22% do Grupo de API e 17% do Grupo ODAP)²⁴.

No estudo realizado na Lapônia, com dados de 5 anos²⁵ de seguimento de dois grupos de pacientes que tiveram o seu primeiro episódio psicótico, foram comparados dois grupos: um em fase inicial (grupo API, n= 33) e um durante o tratamento (grupo ODAP, n= 42), com completo desenvolvimento da abordagem do Diálogo Aberto. No grupo ODAP, a duração média da psicose não tratada diminuiu para 3,3 meses. O

grupo ODAP teve menos dias de hospitalização e menos encontros familiares. No grupo ODAP, 82% dos pacientes não tinham sintomas psicóticos residuais, 86% retomaram os seus estudos ou empregos em tempo integral e 14% recebiam pensões por incapacidade; 17% recaíram durante os primeiros 2 anos e 19% durante os 3 anos seguintes e 29% usavam medicação neuroléptica durante alguma fase do tratamento.

No estudo multicêntrico quantitativo, *follow up* de 10 anos²², foram utilizados para comparação três períodos de inclusão de pacientes em primeiro episódio psicótico, que foram organizados para determinar se os resultados eram consistentes 10 anos após o início do tratamento com o Diálogo Aberto. O estudo englobou pessoas entre 16 e 50 anos, coerência diagnóstica de 78% para esquizofrenia (Kappa=453, $p=002$), em três períodos, de 2 anos cada, compreendidos entre 1992 e 2005 (1992-1993, n=34; 1994-1997, n=46; 2003-2005, n=18) confrontando os grupos, com a análise estatística através do teste de Pearson, Chi quadrado, ANOVA. Durante a década de 1990 (1992-3 e 1994-7), verificou-se que 81% dos pacientes não apresentaram qualquer sintoma residual psicótico e que 84% voltaram integralmente para o emprego ou estudo. Apenas 33% dos pacientes utilizaram medicamentos neurolépticos. No período de 2003-2005, surgiram menor número de casos de esquizofrenia e a idade média dos pacientes psicóticos foi significativamente menor. A duração dos casos de psicose sem tratamento foi reduzida para três semanas e os resultados permaneceram bons, como nos primeiros dois períodos²².

Os resultados do tratamento da crise psicótica com o Diálogo Aberto e a eficácia do método foram exaustivamente analisados por três estudos de revisão de literatura¹¹⁻¹³ (Quadro 2). O primeiro artigo de revisão¹¹ descreve diferentes serviços especializados em atendimento de primeiro episódio psicótico e seus resultados em diferentes momentos do acompanhamento. Cinco programas, todos escandinavos, são apresentados: o projeto de paraquedas (1994 - Suécia), o projeto esquizofrenia Danish National (1997 - Dinamarca), o projeto Opus (1998 - Dinamarca), o projeto Soteria Nacka (1990 - Suécia) e o projeto Diálogo Aberto (1994- Finlândia). Com relação ao Diálogo Aberto, a revisão de literatura de Skalli e Nicole¹¹, assim como as de Gromer¹² e Lakeman¹³, fazem um resgate criterioso dos estudos da equipe de Seikkula, no sentido de dar visibilidade às avaliações de eficácia do tratamento, mesmo considerando que sua aplicação tem se

dado num território bastante delimitado e com características culturais específicas, como o oeste da Lapônia.

Desafios para implementação do Diálogo Aberto em outros contextos

A identificação de desafios para implementar e/ou replicar o Método do Diálogo Aberto em outros países, realidades e contextos, segue analisada neste artigo a partir dos 21 estudos qualitativos^{1,3-10,14,16,17,19-21,30-35} (Quadro 3) selecionados para esta revisão. Esta opção se deve ao fato de que os estudos qualitativos aprofundam as discussões sobre a aplicação do método em estudos de casos simples ou múltiplos em contextos específicos. Isto possibilita a reflexão sobre potenciais impasses mediante às exigências de mudanças de concepções, organizações, saberes e práticas de cuidado em saúde mental comunitária no contexto da desinstitucionalização.

Alguns artigos^{1,3-8,10,14,16,19,30-32} abordam fortemente o diálogo como uma terapia e não somente como uma ferramenta, ou um recurso, um instrumento. Eles destacam que o processo de escuta é parte integrante da experiência transformadora. Com a escuta, o terapeuta pode evocar novas vozes, criando movimento e novas trajetórias conjuntas⁵. A terapia dialógica e seus componentes são apresentados como o compartilhamento emocional da experiência, a criação de uma nova linguagem compartilhada e de sentimentos de amor como pontos de sintonia emocional gerados na conversa, capazes de sinalizar momentos de mudança terapêutica¹⁰. A abordagem do Diálogo Aberto se caracteriza pelo estabelecimento de uma consistente equipe de tratamento, que participa de um diálogo respeitoso e deliberativo com o paciente e a família; dá ênfase a reuniões frequentes durante o período de crise inicial e transparência em todas as decisões de tratamento, que devem ser tomadas na presença do paciente e da família³⁰. O diálogo é apresentado como terapia e não somente como comunicação. O Diálogo Aberto no interior das reuniões conjuntas é marcado pela polifonia de vozes interiores e exteriores e é compartilhado com o paciente, a família, os profissionais e a rede social. O foco durante as reuniões de tratamento com o paciente e as famílias são as redes sociais e o diálogo³¹.

Consideramos, a partir das leituras revisadas, que tomar a centralidade do diálogo consiste num importante desafio para replicabilidade do método, pois implica em transformações das práticas

atualmente bastante focadas nos neurolépticos e voltá-las para a palavra e para a relação. Implica em dispor de uma estrutura organizacional com pessoal com formação adequada em abordagem dialógica, sistêmica, em rede. Implica, também, em sobrepor um modo de pensar dominante, que enxerga no fármaco e na supressão dos sintomas a solução para o conflito e que, por isso, tem menor predisposição para afrontar a crise com a palavra e reconhecer, em cada participante da reunião de tratamento, um papel importante na construção conjunta de possíveis soluções aos problemas apresentados.

Num estudo realizado com grupos focais e observações com profissionais, os autores mostram que os trabalhadores da saúde expressaram preocupações sobre suas capacidades para desenvolver diálogos abertos e transparentes. O que vem a reforçar aspectos desafiadores da prática dialógica¹⁹.

Trabalhar incluindo a perspectiva da rede social constitui-se num desafio que se soma e se mescla ao diálogo e à polifonia de vozes nas reuniões. Trabalhar com a rede implica num desafio organizacional de mobilizar a rede familiar, de amigos e profissionais em torno do caso. Esta pode ser uma tarefa operacionalmente bastante desafiadora, a depender do modo que opera a instituição, além de sofrer influência de fatores culturais próprios de cada comunidade, dos maiores ou menores laços de solidariedade e tolerância constituídos.

Alguns artigos^{1,7-9,20,30,32,33}, ao tratarem do princípio “perspectiva da rede social”, enfatizam que na abordagem do Diálogo Aberto, quando uma pessoa ou família em perigo pede a ajuda de um serviço de saúde mental, uma equipe é mobilizada para se reunir com a família e membros interessados da rede social. Nas reuniões de tratamento, a equipe solicita contribuições de cada membro da rede, especialmente o paciente que está em crise psicótica aguda. Todas as falas são ouvidas e estados emocionais intensos são experimentados nas reuniões. Os autores destacam a importância de ampliar as possibilidades de dar sentido às experiências, de utilizar a linguagem da família. Afirmam que, à medida que a rede original incorpora a equipe em sua composição, novos significados emergem quando uma nova linguagem é compartilhada entre a equipe e a rede social. O processo de mudança nas reuniões de tratamento é sutil, promovendo a livre expressão da emoção e da palavra e contribuído para que as redes descubram o que precisam para passar pelas situações difíceis, angustiantes e seguir

em frente. Certas experiências marcam pontos de transformação no processo de tratamento e incluem fortes sentimentos coletivos de partilha e pertencimento, expressões de confiança emergentes, expressões de emoção; sentimentos de alívio e de tensão⁷.

A inclusão da rede social incorporou-se culturalmente ao sistema de tratamento na Lapônia, como parte do Método do Diálogo Aberto e de um sistema de cuidado em saúde que se enraizou em uma comunidade bem delimitada (com cerca de 72.000 habitantes), em sua maioria de etnia finlandesa, de religião protestante e industrializada¹. Neste contexto, por mais de 20 anos esta prática consolidou um modo de cuidar compartilhado com a comunidade. Neste sentido, a perspectiva de inclusão da rede social no tratamento consiste num desafio organizativo, mas sobretudo cultural, que requer um investimento na mobilização de pessoas a partir de uma lógica de comunidade.

Organizar os serviços de modo que possam dispor de equipes para prestar uma ajuda imediata^{1,5}, realizando em 24 horas a primeira reunião de tratamento com o paciente em crise, sua família, pessoas envolvidas no caso, de preferência em domicílio visando diminuir situações de internação, consiste num outro importante desafio na aplicabilidade do Método do Diálogo Aberto. Este desafio de contar com uma estrutura organizativa com um número de pessoas, turnos, horários disponíveis e formação adequada é uma demanda central num primeiro momento, onde a ajuda deve ser imediata e os encontros mais frequentes, mas deve prosseguir depois como garantia da continuidade psicológica do tratamento ao paciente.

O estudo de Borg et al.⁴ descreve dois modelos de cuidado centrados na pessoa, as práticas de cuidado centradas na pessoa planejadas nos Estados Unidos e o modelo finlandês do Diálogo Aberto, destacando seus resultados exitosos por manter o foco na pessoa. Os autores contribuem com esta reflexão evidenciando que o Método do Diálogo Aberto representa um novo modelo abrangente de organização de serviços de saúde mental em uma área geográfica para pessoas com diagnóstico de psicose, com a implementação de métodos clínicos enfatizando estreita colaboração com a pessoa, a família e a rede social. Ressaltam que a estrutura organizacional no oeste da Lapônia conta com uma unidade de internação com 30 leitos hospitalares de cuidados agudos e 5 clínicas ambulatoriais de saúde mental. Possui equipes móveis que tornam acessível ao

corpo clínico as necessidades específicas de um determinado paciente. Cerca de 100 profissionais participaram de um processo de formação de três anos em terapia familiar conduzida no trabalho em cooperação com a universidade. Enfatizam que neste contexto da Lapônia algumas escolhas estratégicas foram feitas, a fim de assegurar a continuidade dos cuidados. Nos serviços de internação e clínicas, o Diálogo Aberto é a filosofia de prática e, em cada unidade, equipes móveis para atendimento à crise estão disponíveis quando necessário. O diagnóstico não é um dado específico que define a organização da atenção e o mesmo procedimento é seguido em todas as situações, independente deste⁴.

O termo Diálogo Aberto foi usado pela primeira vez em 1995 para descrever este tratamento, que inclui a família inteira e a rede social do paciente e era centrado em dois aspectos: nas reuniões conjuntas e na construção polifônica, onde todos os membros participam desde o início para gerar o novo entendimento através do diálogo. Estes são os princípios orientadores para todo o sistema de psiquiatria enquanto uma prática dialógica que deve abranger determinada área geográfica³. Seikkula³ insiste em apontar o desafio de transformar uma prática terapêutica numa prática que forneceu os princípios básicos para a organização de todo o sistema de tratamento psiquiátrico público, voltada a viabilizar o Diálogo Aberto³.

Um outro desafio para a implementação do Diálogo Aberto consiste em tolerar a incerteza^{7-8,10,17,20,21,34,35}. Este princípio é altamente desafiador para os profissionais porque implica em compartilhar responsabilidades, poderes, decisões, em protelar necessidades e em questionar contribuições na situação problema. Seikkula e Olson⁷, num estudo de caso onde foi analisado o diálogo aberto a partir da poética, incluem três princípios: tolerância à incerteza, dialogismo e polifonia nas redes sociais e a micropolítica, enquanto práticas institucionais maiores, que suportem esta forma de trabalhar. A tolerância à incerteza foi objeto de um estudo realizado com profissionais no sul da Noruega, feito por meio de observações e grupos focais. Os resultados indicaram diferentes níveis de motivação e compreensão sobre os processos de transformação do papel profissional para realização de colaboração transdisciplinar¹⁰.

Além dos recursos humanos e financeiros para implantação do Método do Diálogo Aberto no Reino Unido, outro potencial desafio a ser enfrentado consiste na mudança profissional e cul-

tural. Os autores reconhecem que os médicos seriam confrontados com uma série de obstáculos relacionados às responsabilidades pessoais significativas. Eles podem não se sentir capazes de assumir trabalhar com o Diálogo Aberto. Sugerem como um passo na implementação do Diálogo Aberto a atualização de diretrizes clínicas de modo a garantir que o médico se sinta seguro e protegido para funcionar de forma diferente. Afirmam que o Diálogo Aberto requer dividir o poder profissional e trabalhar em condição de igualdade com quem utiliza o serviço e sua rede. Os autores reforçam que esta pode ser uma situação ameaçadora para os médicos que foram ensinados e orientados a uma prática especialista, com um poder psiquiátrico inerente reconhecido e atraente para muitos²¹.

Num estudo de caso múltiplo com psiquiatras, a partir de filmagens registradas em vídeos de entrevistas e transcrições de entrevistas enfocando diálogos internos em discussões com os pacientes, com a família e com outros profissionais, é evidenciado que as forças institucionais podem ter um enorme impacto no modo de agir dos psiquiatras, reduzindo sua criatividade profissional³⁴.

Em outro estudo de caso múltiplo, há a indicação de que a formação e supervisão de psiquiatras deveria melhorar o seu autoconhecimento, suas habilidades dialógicas, e sua capacidade de tolerar a incerteza nos tipos de relacionamentos complicados que existem dentro da equipe multiprofissional e nos processos que ocorrem durante o tratamento da psicose³⁵. Ao ser analisada a implementação de programas de práticas dialógicas no Sul da Noruega, entre 1998-2008, é destacado que as práticas dialógicas exigem compreensão compartilhada da abordagem Diálogo Aberto e colaboração entre redes de profissionais e entre os líderes. A cultura da terapia médica tradicional se mostra como obstáculo à colaboração¹⁷.

No Método do Diálogo Aberto durante uma crise psicótica, um sentido de segurança adequado pressupõe um encontro todos os dias, pelo menos nos primeiros 10-12 dias. Depois, as reuniões podem ser organizadas regularmente de acordo com as necessidades e desejos da família. Isto contribui para a tolerância à incerteza. Normalmente, nenhum contrato terapêutico detalhado é feito na fase de crise, de modo a evitar conclusões e decisões prematuras em relação ao tratamento. Neste sentido, os neurolépticos não são iniciados na primeira reunião; em vez disso, a sua pertinência deve ser discutida em, pelo menos, três reuniões antes da implementação³¹.

Considera-se que a tolerância à incerteza é um desafio importante na implementação e replicabilidade do Método do Diálogo Aberto, porque coloca em questionamento posições hierárquicas na equipe, relações de poder entre profissionais e pacientes e retira a centralidade do psicofármaco como instrumento principal de tratamento, para dar lugar ao diálogo.

Conclusão

Este artigo de revisão teve como objetivo identificar na literatura os princípios e concepções do Diálogo Aberto. As bases para compreensão do Diálogo Aberto estão na centralidade do diálogo, na polifonia de vozes nas reuniões de tratamento, na inclusão da perspectiva da rede social, na organização dos serviços para prestar uma ajuda imediata, realizando em 24 horas a primeira reunião de tratamento com o paciente em crise, sua família e rede, na tolerância à incerteza, incluindo as questões de não precipitar o uso dos medicamentos neurolépticos, da responsabilidade, da flexibilidade e da continuidade psicológica.

A experiência de mais de 20 anos divulgada especialmente nos estudos de caso qualitativos e nos artigos de pesquisadores de outros países, que fizeram um acompanhamento da experiência na Lapônia e os estudos de pesquisa de avaliação de eficácia do tratamento pelo Diálogo Aberto, contribuem nesta revisão de literatura para endossar a relevância da temática. As evidências produzidas que relacionam o tratamento do Diálogo Aberto à redução do uso de neurolépticos, à redução no número de dias de internação hospitalar, menos sintomas residuais, à maior integração social pelo estudo e trabalho em tempo integral trazidas nesta revisão de literatura são reveladoras da potencialidade do método de tratamento. Para o avanço dos estudos sobre o tema, sugere-se outras pesquisas relacionadas às habilidades sociais, autonomia, inserção da pessoa em diferentes tipos de emprego e em diferentes fases e programas escolares, composição e densidade de rede social. Estudos qualitativos que enfoquem aspectos subjetivos do tratamento, das reuniões, da interrupção do uso de psicofármacos, também de aspectos organizativos e culturais envolvidos na implementação do Diálogo Aberto se fazem necessários.

Neste sentido, entende-se ser de fundamental relevância a implementação do Diálogo Aberto e que ele pode potencializar os processos de avanço no campo da desinstitucionalização. As equipes,

contextos e países empenhados em fazer avançar suas práticas de cuidado em saúde mental na comunidade e no domicílio a partir das bases do diálogo e da rede social podem encontrar no Diálogo Aberto um importante aliado.

Colaboradores

A autora LP Kantorski trabalhou na concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, na redação do artigo e na aprovação da versão a ser publicada. E o coautor M Cardano trabalhou na concepção, delineamento, análise e interpretação dos dados, na redação do artigo e na aprovação da versão a ser publicada.

Referências

1. Seikkula J. Open dialogue integrates individual and systemic approaches in serious psychiatric crises. *Smith Coll Stud Soc* 2003; 73(2):227-245.
2. Seikkula J. *Il dialogo aperto: l'approccio finlandese alle gravi crisi psichiatriche*. Roma: Giovani Fioriti Editore; 2014.
3. Seikkula J. Becoming dialogical: psychotherapy or a way of life? *Aust N Z J Fam Ther* 2011; 32(3):179-193.
4. Borg M, Karlsson B, Tondora J, Davidson L. Implementing person-centered care in psychiatric rehabilitation: what does this involve? *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2009; 46(2):84-93.
5. Olson M, Laitila A, Rober P, Seikkula J. The shift from monologue to dialogue in a couple therapy session: dialogical investigation of change from the therapists' point of view. *Fam Process* 2012; 51(3):420-435.
6. Anderson H. In the space between people: Seikkula's open dialogue approach. *J Marital Fam Ther* 2002; 28(3):279-281.
7. Seikkula J, Olson ME. The open dialogue approach to acute psychosis: its poetics and micropolitics. *Fam Process* 2003; 42(3):403-418.
8. Seikkula J, Trimble D. Healing elements of therapeutic conversation: dialogue as an embodiment of love. *Fam Process* 2005; 44(4):461-475.
9. Olson M. An auto-ethnographic study of "open dialogue": the illumination of snow. *Fam Process* 2015; 54(4):716-729.
10. Holmesland AL, Seikkula J, Nilsen O, Hopfenbeck M, Arnkil TE. Open dialogues in social networks: professional identity and transdisciplinary collaboration. *Int J Integr Care* 2010; 10:1-14.
11. Skalli L, Nicole L. Specialised first-episode psychosis services: a systematic review of the literature. *Encephale* 2011; 37(Supl. 1):66-76.
12. Gromer J. Need-adapted and open-dialogue treatments: empirically supported psychosocial interventions for schizophrenia and other psychotic disorders. *Ethical Hum Psychol Psychiatry* 2012; 14(3):162-177.
13. Lakeman R. The finnish open dialogue approach to crisis intervention in psychosis: a review. *Psychotherapy in Australia* 2014; 20(3):26-33.
14. Seikkula J, Laitila A, Rober P. Making sense of multi-actor dialogues in family therapy and network meetings. *J Marital Fam Ther* 2012; 38(4):667-687.
15. Kłapciński M, Wojtyńska R, Rymaszewska J. Open dialogue approach – an alternative to neuroleptics or development of pharmacologically cautious treatment of schizophrenia? *J Schizophr Res* 2015; 2(2):1013-1014.

16. Trimble, D. Listening with integrity: the dialogical stance of Jaakko Seikkula. *J Marital Fam Ther* 2002; 28(3):275-277.
17. Ulland D, Andersen AJW, Larsen IB, Seikkula, J. Generating dialogical practices in mental health: experiences from southern Norway, 1998-2008. *Adm Policy Ment Health* 2014; (41):410-419.
18. Olson M, Seikkula J, Ziedonis D. The key elements of dialogic practice: in open dialogue: fidelity criteria. Version 1.1: September 2, 2014. Available from: <http://umassmed.edu/psychiatry/globalinitiatives/opendialogue/>
19. Holmesnd AL, Seikkula J, Hopfenbeck M. Inter-agency work in Open Dialogue: the significance of listening and authenticity. *J Interprof Care* 2014; 28(5):433-439.
20. Borg M, Karlsson B, Kim HS. Double helix of research and practice-developing a practice model for crisis resolution and home treatment through participatory action research. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2010; 5(4647):1-8.
21. Razzaque R, Wood L. open dialogue and its relevance to the NHS: opinions of NHS staff and service users. *Community Ment Health J* 2015; 51(8):931-938.
22. Seikkula J, Alakare B, Aaltonena J. The comprehensive open-dialogue approach in western Lapland II - long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis* 2011; 3(3):192-204.
23. Aaltonen J, Seikkula J, Lehtinenb K. The comprehensive open-dialogue approach in western Lapland I - the incidence of non-affective psychosis and prodromal states. *Psychosis* 2011; 3(3):179-191.
24. Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J, Holma J, Rasinkangas A. Open dialogue approach: treatment principles and preliminary results of a two - year follow-up on first episode schizophrenia. *Ethical Hum Sci Serv* 2003; 5(3):163-182.
25. Seikkula J, Aaltonen J, Alakare B, Haarakangas K, Keranen J, Lehtinen K. Five-year experience of first-episode non affective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychother Res* 2006; 16(2):214-228.
26. Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J. Open dialogue in psychosis II: a comparison of good and poor outcome cases. *J Constr Psychol* 2001; 14:267-284.
27. Whitaker R. *Anatomy of an epidemic: magic bullets, psychiatric drugs, and the astonishing rise of mental illness in America*. New York: Crown Publishing Group; 2010.
28. Seikkula J. Monologue is the crisis-dialogue becomes the aim of therapy. *J Marital Fam Ther* 2002; 28(3):283-284.
29. Arnkil TE, Seikkula J. *Metodo dialogici nel lavoro di rete: per la psicoterapia di gruppo, il servizio sociale e la didattica*. Trento: Erickson; 2012.
30. Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J. Open dialogue in psychosis I: an introduction and case illustration. *J Constr Psychol* 2001; 14(4):247-265.
31. Seikkula J. Inner and outer voices in the present moment of family and network therapy. *J Fam Ther* 2008; (30):478-491.
32. Seikkula J. Open dialogues with good and poor outcomes for psychotic crises: examples from families with violence. *J Marital Fam Ther* 2002; 28(3):263-274.
33. Seikkula J, Arnkil TE, Eriksson E. Postmodern society and social networks: open and anticipation dialogues in network meetings. *Fam Process* 2003; 42(2):185-203.
34. Borchers P. *Issues like this have an impact. The need-adapted treatment of psychosis and the psychiatrist's inner dialogue*. Jyväskylä: University of Jyväskylä, 2014.
35. Borchers P, Seikkula J, Lehtinen K. Psychiatrists inner dialogues concerning workmates during need adapted treatment of psychosis. *Psychosis* 2013; 5(1):60-70.
36. Bakhtin M. *Problemas da poética de Dostoiévski*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1997.

Artigo apresentado em 19/08/2016

Aprovado em 02/03/2017

Versão final apresentada em 04/03/2017

Copyright © 2019. This work is licensed under <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.en> (the “License”). Notwithstanding the ProQuest Terms and Conditions, you may use this content in accordance with the terms of the License.