

# MUDANÇAS NA ABORDAGEM DE CRISES PSÍQUICAS: A EXPERIÊNCIA DO DIÁLOGO ABERTO EM CONTEXTO BRASILEIRO

*Changes in the approach to psychic crises: the experience of Open Dialogue in a brazilian context*

Thiago Ramos<sup>1</sup>  
Roberta Carvalho de Figueiredo<sup>2</sup>  
Ana Paula Pimentel<sup>3</sup>

Artigo encaminhado: 31/03/2025  
Artigo aceito para publicação: 10/10/2025

## RESUMO

Diante dos crescentes desafios no campo da Saúde Mental, o Diálogo Aberto (DA) vem sendo considerado uma abordagem promissora para o tratamento de crises psicóticas e outras crises psíquicas. Este artigo apresenta os achados da análise documental realizada no contexto de um estudo de caso conduzido no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) em Carmo do Cajuru, Minas Gerais, onde foi implementada a abordagem do DA. Utilizando uma metodologia descritiva, fundamentada na análise documental quantitativa, foram examinados 37 prontuários de usuários atendidos sob a égide do DA durante o ano de 2021, contemplando tanto situações de primeira crise quanto episódios de reagudizações. Os resultados indicam que 54,1% dos usuários estavam em sua primeira crise, enquanto 45,9% apresentavam reagudizações. Observou-se que 80% das primeiras crises e 41,1% das reagudizações alcançaram estabilização em até três meses. O uso de psicofármacos foi registrado em 27,8% dos casos de primeira crise, com desprescrição subsequente em 80% desses casos. Os resultados destacam a eficácia do DA em reduzir o tempo necessário para a estabilização das crises, em diminuir o uso de psicofármacos e em promover uma recuperação mais integrada ao contexto social do usuário. Este estudo contribui para o debate sobre práticas inovadoras em Saúde Mental, oferecendo informações sobre a implementação do DA em contexto brasileiro.

**Palavras-chave:** Boas práticas. Crise psíquica. Diálogo aberto. Psicofármacos. Saúde mental.

## ABSTRACT

<sup>1</sup> Enfermeiro. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ). Coordenador pedagógico e docente dos programas de pós-graduação do Centro de Novas Abordagens Terapêuticas em Saúde Mental (CENAT). Educador no Projeto Nós na Rede pela (FIOCRUZ/Ministério da Saúde). E-mail: [thiaqomagelaramos@yahoo.com.br](mailto:thiaqomagelaramos@yahoo.com.br)

<sup>2</sup> Farmacêutica. Doutora em Saúde Pública pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais (PPGSP-UFMG). Docente da UFSJ. E-mail: [robertafigueiredo@ufs.edu.br](mailto:robertafigueiredo@ufs.edu.br)

<sup>3</sup> Psicóloga. Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ). Educadora no Projeto Nós na Rede (FIOCRUZ/Ministério da Saúde). E-mail: [pimentel.psicologia@gmail.com](mailto:pimentel.psicologia@gmail.com)

In face of the growing challenges in the mental health field, Open Dialogue (OD) has been considered a promising approach for the treatment of psychotic crises and other psychological crises. This article presents the findings of a quantitative document analysis within a case study conducted at the Psychosocial Care Center (CAPS I) in Carmo do Cajuru, Minas Gerais, where the OD approach was implemented. A descriptive methodology, grounded in quantitative document analysis, was employed to examine 37 medical records of users treated using the OD approach during the year 2021, covering both first crisis situations and recurrences. The results indicate that 54.1% of users were experiencing their first crisis, while 45.9% of them were experiencing recurrences. It was observed that 80% of first crises and 41.1% of recurrences achieved stabilization within three months. The use of psychotropic drugs was recorded in 27.8% of first crisis cases, with a subsequent deprescription in 80% of these cases. The results highlight the effectiveness of OD in reducing the duration of the stabilization phase in crises, reducing the use of psychotropic drugs and promoting a recovery that is better integrated with the user's social context. This study contributes to the debate on innovative practices in Mental Health, as well as provides information on the implementation of OD in the Brazilian context.

**Keywords:** Good practices. Psychological crisis. Open dialogue. Psychopharmaceuticals. Mental health.

## 1 INTRODUÇÃO

Diálogo Aberto (DA) é um modelo de atenção imediata à crise psicótica, e a outras crises psíquicas, em que o cuidado é ofertado nas primeiras 24 horas do primeiro contato com o serviço de saúde mental. Nesta abordagem, usuário, familiares e rede social são convidados a participar de todo processo de tratamento e não apenas do primeiro encontro (KANTORSKI, CARDANO, 2017). O DA abrange um conjunto de práticas diferenciadas das convencionais, constituindo um rol de abordagens que podem ser denominadas de Novas Abordagens em Saúde Mental. As reuniões são preferencialmente realizadas no domicílio do usuário, tendo o diálogo como eixo estruturante (SEIKKULA, 2014).

Na Lapônia, local de origem do DA, consolidou-se uma cultura de cuidado compartilhado com a comunidade – resultado da implementação da abordagem (KANTORSKI, CARDANO, 2019). O DA se distingue por suas diretrizes de territorialização, desmedicalização e acolhimento da crise (DIAS,

2017) e surge como alternativa ao modelo psiquiátrico medicamentoso e excludente predominante. Nesse sentido, não representa apenas uma nova abordagem à crise psicótica, mas uma nova forma de organizar a prática (FREITAS, AMARANTE, 2015), que vem contribuindo para o estabelecimento de uma cultura dialógica e humanizadora na Saúde Mental.

O interesse por esta abordagem vem aumentando globalmente ao longo do tempo, principalmente devido aos resultados positivos apresentados nos diferentes contextos em que foi implementada. Experiências com o DA na Noruega, Estados Unidos da América (EUA), Bélgica, Austrália, Reino Unido, Polônia e Canadá geraram um corpo significativo de produções científicas. Os achados dessas pesquisas revelam uma consistência com os resultados iniciais observados na Lapônia (RAZZAQUE, WOOD, 2015), sugerindo a eficácia e a adaptabilidade deste modelo de cuidado em diferentes ambientes culturais e sistemas de saúde.

Mais de duas décadas de estudos, divulgados por pesquisadores finlandeses e de diversos outros países, respaldam os resultados do DA, associando esta prática a diversos benefícios, incluindo a diminuição no uso de neurolépticos, a redução das internações hospitalares e do número de dias de internação (quando esta se faz necessária), a atenuação dos sintomas residuais e uma maior integração social por meio do estudo e do trabalho em tempo integral, entre outros. Outro ponto de destaque é o reconhecimento da forte contribuição do DA para o processo de desinstitucionalização da Finlândia e do seu potencial para ser aplicado e replicado em outros contextos (KANTORSKI, CARDANO, 2019).

Em Santa Catarina, foi realizada uma experiência baseada na perspectiva do DA (DIAS, 2017). No entanto, o cenário atual da pesquisa brasileira apresenta uma lacuna, com a ausência de registros de outros estudos que relatem a adaptação dessa abordagem, apontando para uma carência significativa de iniciativas análogas no país. Nesse contexto de implementação incipiente do DA no Brasil, destaca-se a iniciativa de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Centro Oeste de Minas Gerais. Essa unidade se propôs a trabalhar a partir dos princípios e elementos do DA por um período de um ano, representando um marco na aplicação dessa prática em

território nacional.

## **2 OBJETIVO**

Diante dos desafios enfrentados pela assistência em Saúde Mental no Brasil, este artigo tem como objetivo apresentar o caso específico do CAPS I em Carmo do Cajuru, destacando os resultados obtidos por meio de análise documental quantitativa. O foco é analisar os efeitos da implementação do DA e discutir a sua relevância como uma alternativa viável e promissora ao modelo tradicional de cuidado.

## **3 PERCURSO METODOLÓGICO**

A pesquisa se baseou em um estudo de caso focado no CAPS I de um município do Centro-Oeste de Minas Gerais, cuja população estimada é de 22.693 habitantes (IBGE, 2020). Entre 2011 e 2018, o município apresentou uma taxa de mortalidade por suicídio de 14 por 100 mil habitantes (BRASIL, 2022), sendo o segundo município com mais mortes por suicídio na microrregião Centro-Oeste. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município é composta por 11 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) – atualmente denominadas Equipes eMulti (BRASIL, 2023) –, com sete profissionais de psicologia, um Pronto Atendimento (PA) Municipal, um Serviço Residencial Terapêutico tipo II e o CAPS I em questão.

O CAPS I de Carmo do Cajuru foi inaugurado no dia 25 de fevereiro de 2016. Apresenta horário de funcionamento das 07:00hs às 17:00hs (de segunda à sexta-feira, exceto recessos e feriados) e conta com equipe mínima, de acordo com a Portaria 336/2002 (BRASIL, 2002). Quanto às práticas, o CAPS I adota a lógica de 'Porta Aberta' (BRASIL, 2013). Em 2020, o serviço começou a incorporar abordagens inovadoras em Saúde Mental, que incluem, além do DA, o Grupo de Ouvidores de Vozes e o Suporte Interpares.

Com a pandemia do novo Coronavírus decretada em março de 2020 e as medidas de isolamento e contingência do vírus (BRASIL, 2024), a equipe do

CAPS criou alternativas para acompanhamento de usuários e gestão das crises psíquicas no serviço. Além disso, o ano de 2020 foi dedicado à capacitação da equipe e à preparação da rede intra e intersetorial sobre o DA, com início dos acompanhamentos nesta abordagem em janeiro de 2021.

Este estudo é um desdobramento da dissertação de mestrado<sup>4</sup> apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São João Del Rei, *campus* Centro-Oeste Dona Lindu (UFSJ-CCO), ainda não publicada (RAMOS, 2024), a qual foi concebida como um estudo de caso e empregou uma metodologia mista, qualitativa e quantitativa, utilizando a análise documental como técnica de coleta e análise de dados. Para o presente artigo, entretanto, a estratégia metodológica adotada foi o componente descritivo-quantitativo, realizado por meio da análise documental de prontuários.

Em conformidade com a estratégia metodológica definida, o corpus de análise consistiu em 37 prontuários de usuários do CAPS I que foram atendidos pela abordagem do DA entre 1º de janeiro e 31 de dezembro de 2021, abrangendo tanto episódios de primeira crise psíquica quanto de reagudizações. A coleta de dados foi realizada entre abril de 2023 e janeiro de 2024. Os dados foram processados e analisados em termos de frequência simples absoluta (números absolutos) e relativa (proporção, razão e taxas). Para a construção das tabelas e cálculo das taxas, foi utilizado o programa Microsoft Office Excel (2010), com os resultados apresentados em tabelas e quadros.

A análise dos prontuários centrou-se na coleta das seguintes variáveis: dados sociodemográficos (idade e sexo), histórico psiquiátrico, natureza do episódio (primeira crise ou reagudização), data do acolhimento e queixa principal. Adicionalmente, foram levantadas informações relativas à intervenção, como o tempo de acompanhamento, número de reuniões realizadas com o DA, participantes das reuniões, uso de medicação

---

<sup>4</sup> Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São João Del Rei, *campus* Centro-Oeste Dona Lindu, Minas Gerais, CAAE: 65698822.9.0000.5545, Parecer 5.914.159. Seguiu os princípios éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 (BRASIL, 2012), sendo também observada a Resolução CNS nº 510/2016 (BRASIL, 2016).

Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 2595-2420, Florianópolis, v.18, n.56, p. 79-97, 2026

psiquiátrica e tipo de alta.

## 4 RESULTADOS

Durante 12 meses de implementação do DA, a equipe do CAPS I acompanhou 37 pessoas que enfrentaram crises psíquicas. Destas, 20 estavam vivenciando sua primeira crise, enquanto 17 lidavam com reagudizações de condições psíquicas pré-existentes. O atendimento priorizou os casos de primeira crise (tanto quadros psicóticos quanto não psicóticos), bem como as reagudizações complexas de pessoas anteriormente acolhidas pelo serviço. Nesses casos de reagudização, foi dada atenção especial àqueles com histórico de conflitos familiares – reconhecidamente um fator potencial para o desencadeamento das crises.

A tabela 01 apresenta a caracterização geral dos dados dos 37 usuários estudados, cujas informações foram extraídas dos prontuários referentes aos acompanhamentos pela abordagem do DA entre janeiro e dezembro de 2021.

**Tabela 01. Usuários acompanhados com o Diálogo Aberto entre janeiro e dezembro/2021**

	Primeira crise psíquica N (%)		Tratamento psíquico prévio N (%)	
<b>Usuárias(os) acolhidas(os)</b>	20 (54,1%)		17 (45,9%)	
<b>Idade (média e mediana)</b>	25 anos - 22 anos e 6 meses		47 anos - 47 anos	
<b>Sexo</b>	M= 5 (25%)	F= 15 (75%)	M= 8 (47%)	F= 9 (53%)
<b>Principal queixa</b>				
Quadro psicótico	2 (10%)		2 (11,8%)	
Quadro depressivo	2 (10%)		2 (11,8%)	
Quadro ansioso	6 (30%)		4 (23,5%)	
Agitação psicomotora	1 (5%)		0	
TAE	5 (25%)		6 (35,3%)	
Automutilação com IS	3 (15%)		1 (5,9)	
Abuso de SPA	0		2 (11,8%)	
Quadro conversivo	1 (5%)		0	
<b>Tempo de acompanhamento no CAPS até a alta</b>				
Menos ou igual 01 mês	8 (40%)		4 (23,5%)	
01 a 03 meses	8 (40%)		3 (16,7%)	

03 a 06 meses	3 (15%)	8 (47,1%)
> 06 meses	1 (5%)	2 (11,8%)
<b>Quantidade de reuniões com o DA (média)</b>	2,2 (por caso acompanhado)	2,3 (por caso acompanhado)
Não tem essa informação	6 (30%) prontuários	6 (35,3%) prontuários
<b>Rede social</b>		
01 familiar/rede social	3 (15%)	1 (5,9%)
02 ou mais	14 (70%)	11 (64,7%)
Não tem essa informação	3 (15%)	5 (29,4%)

\*Fonte: próprias do pesquisador/dados retirados dos prontuários.

A tabela 02 demonstra o acompanhamento dos usuários com o DA em relação à terapia medicamentosa.

**Tabela 02. Usuários acompanhados com o DA quanto ao uso de psicofármacos.**

	Primeira crise psíquica	Tratamento psíquico prévio
<b>Uso de psicofármacos antes do DA</b>		
Não*	18 (90%)	4 (23,5%)
Sim	1 (5%)	13 (76,5%)
Não tem essa informação	1 (5%)	0
<b>*Não fazia uso de psicofármacos:</b>		
<b>Iniciado uso de psicofármacos</b>		
Sim**	5 (25%)	2 (11,8%)
Não	13 (65%)	2 (11,8%)
<b>**Iniciaram psicofármacos:</b>		
<b>Realizado desprescrição</b>		
Sim	4 (20%)	0
Não	0	1 (5,9%)
Não tem essa informação	1 (5%)	0
Não aderiu à terapia medicamentosa	0	1 (5,9%)

\*Fonte: próprias do pesquisador/dados retirados dos prontuários

As Tentativas de Autoextermínio (TAE) foram responsáveis pela maior parte das crises, representando 29,7% do total. Dentre essas, 25% ocorreram com pessoas que enfrentavam a crise pela primeira vez, enquanto 35,3% estavam relacionadas a reagudizações. Quanto aos quadros ansiosos, estes representaram 27% de todas as crises analisadas, com 30% ocorrendo em primeiras crises e em 23,5% das reagudizações. As crises psicóticas foram

registradas em 10,8% do total de crises, sendo 10% dos casos de primeiro episódio e 11,8% das reagudizações.

## 5 DISCUSSÕES

A mediana da idade das pessoas que apresentaram primeira crise psíquica neste estudo foi de 22 anos e 6 meses, o que se assemelha a outros achados na literatura existente. Nesse sentido, estudos da OMS (2018) e FU-I (2009) ressaltam que a adolescência e a juventude são fases da vida em que as crises psíquicas são mais frequentemente desencadeadas. Discute-se a ideia de que a primeira crise psíquica, principalmente a crise psicótica, pode abrir uma 'janela de oportunidades' (CHAVES, 2007) para intervenções eficazes no auxílio à pessoa afetada.

É importante reconhecer que a crise psíquica não possui uma definição unívoca, podendo ser conceituada de diferentes formas (nem sempre consensuais). Sua compreensão remete às percepções, concepções e interpretações socialmente construídas acerca das experiências consideradas aceitáveis em um dado momento histórico. Consequentemente, tais definições se relacionam com o padrão de normalidade vigente e à capacidade de identificação e resposta do tecido social (DELL'ACQUA, MEZZINA, 1991). Assim, a crise pode apresentar momentos de tensão, mas, ao mesmo tempo, oferecer oportunidades de construção e/ou reconstrução a partir do cuidado com o qual é acompanhada.

Na Lapônia, local de origem do DA, consolidou-se uma cultura de cuidado compartilhado com a comunidade a partir da implementação do DA (KANTORSKI, CARDANO, 2019). Neste modelo, a crise é vista como uma oportunidade de fazer e refazer as histórias, identidades e relacionamentos da pessoa com sua rede social (SEIKKULA, ALAKARE, AALTONEN, 2011). O DA seria, assim, como um tear sendo regido pelo tecelão (a pessoa em crise) na construção de uma malha (a vida em suas diversas manifestações) mais firme e segura em suas tecituras (relacionamentos).

Os profissionais que trabalham com a abordagem do DA entendem que a crise abre uma janela única de acesso a conteúdos que, de outra forma,

seriam difíceis de alcançar. Eles argumentam que a medicação pode dificultar o uso dos recursos psíquicos próprios do sujeito para lidar com sua crise (SEIKKULA; ARNKIL, 2006). No tratamento de primeiros episódios psicóticos, o DA demonstrou reduzir significativamente a necessidade de internações hospitalares, a reincidência de crises e o uso de medicamentos neurolépticos. Além disso, facilitou o retorno das pessoas às atividades educacionais e/ou profissionais (SEIKKULA, ALAKARE, AALTONEN, 2011).

O tempo de acompanhamento com a abordagem do DA no CAPS I até a alta do serviço indica que os processos de primeira crise psíquica, quando acompanhados nessa perspectiva, tiveram maior efetividade e exigiram menor tempo de acompanhamento. Os quadros foram estabilizados com maior rapidez do que aqueles que já haviam recebido acompanhamento anterior no modelo tradicional de cuidado. Dos usuários que enfrentavam a primeira crise psíquica, 80% estabilizaram em até 03 meses de acompanhamento com o DA. Para aqueles que apresentaram reagudizações da crise, 41,1% também estabilizaram dentro desse mesmo período.

No entanto, é importante reconhecer que a efetividade de uma abordagem terapêutica não pode, e nem deve, ser avaliada apenas pelo tempo de estabilização do quadro psíquico. Sabe-se que cada pessoa possui suas idiossincrasias e habilidades pessoais para lidar com eventos traumáticos ou situações causadoras de sofrimento. Cada tratamento é único e a duração necessária para cada um deles também é singular. Isso requer que os profissionais de saúde adaptem sua linguagem, a relação e métodos terapêuticos de maneira específica para cada caso (DIAS, 2017). Mesmo não desconsiderando a importância de abordagem personalizada, a literatura evidencia que, no contexto da estabilização de crises psíquicas, o DA tem se mostrado particularmente eficaz.

No contexto do CAPS estudado, o DA apresentou resultados promissores na estabilização do quadro clínico dos usuários. Embora este estudo não tenha incluído uma análise comparativa com grupos de controle (o que poderia ser explorado em estudos futuros no contexto brasileiro), é digno de nota que todos os casos acompanhados receberam alta por estabilização. Apenas 5% dos usuários em primeira crise e 17,6% daqueles em reagudização

continuaram em acompanhamento por mais de seis meses – o que fortalece a hipótese de uma maior qualidade e efetividade no cuidado em saúde mental oferecido nos serviços públicos. Tais desfechos favoráveis contribuem para ultrapassar desafios como: alta demanda nos serviços, equipes reduzidas, sobreposição de tarefas, poucas ações territoriais e grupais e, conseqüentemente, maior foco no modelo biomédico de assistência.

A literatura reforça a existência de desafios estruturais que afetam a qualidade do cuidado em saúde mental. Por exemplo, um estudo nacional correlaciona a cronicidade e a dependência de psicotrópicos à rotatividade e baixa qualificação dos profissionais, bem como a natureza da oferta de serviços de saúde à população (BIUDES *et al*, 2021). Outro estudo avaliou a percepção de profissionais italianos e destacou a preocupação destes quanto a organização dos serviços para assegurar o princípio da continuidade psicológica, apontando dificuldades na conciliação de horários de trabalho de equipes multidisciplinares e lacunas na comunicação e integração entre os diferentes setores (KANTORSI *et al*, 2020).

Kantorsi e Cardano (2019) chamam a atenção para o desafio e a necessidade de organizar equipes com número suficiente de trabalhadores, turnos e horários disponíveis e com formação adequada para manter a aplicação da abordagem, principalmente para contemplar os princípios da ajuda imediata e a continuidade psicológica.

É justamente nesse contexto de desafios estruturais inerentes aos serviços de Saúde Mental que o DA se mostra promissor. Conforme demonstrado por este estudo, a abordagem tem o potencial de ativar a rede social do usuário e, por conseguinte, aprimorar a qualidade da assistência em relação ao tempo de acompanhamento e desmedicalização do cuidado.

Segundo o seu idealizador, Jaakko Seikkula, o DA não é uma abordagem antimedamentosa, ele apenas não impõe o uso de medicamentos como uma intervenção obrigatória no acompanhamento da crise, seja ela psicótica ou não. De fato, a ênfase está na escuta e no diálogo, que possuem importância capital na aplicação da abordagem. O uso das medicações, quando necessário, acontece após alguns encontros, após discussões com o usuário e a sua rede social e familiar sobre a utilização. Conforme Seikkula

(SEIKKULA, 2019 *apud* KANTORSKI *et al*, 2020), o neuroléptico pode ser utilizado após os primeiros encontros, justamente para não diminuir ou cessar os sintomas e, conseqüentemente, preservar a cognição da pessoa em crise.

Vale lembrar que a psiquiatria moderna fundamenta-se no uso de psicofármacos que, desde o início da década de 1950, é considerado o padrão ouro no tratamento dos transtornos mentais (PULHIEZ; NORMAN, 2021). No entanto, a utilização protocolar dos psicofármacos nas crises psíquicas pode diminuir a capacidade do sujeito em crise de elaborar psicologicamente sua situação, dificultando que ele, sua rede familiar e social, bem como os profissionais, compreendam o significado que a crise tem como expressão de seu sofrimento psíquico.

Um estudo realizado na Lapônia comparou centros de atendimento à crise psicótica que utilizavam a abordagem do DA com aqueles que seguiam o método tradicional, empregando neurolépticos de forma protocolar. Os resultados mostraram que 97,3% dos usuários do grupo controle receberam neurolépticos, enquanto 46% dos usuários acompanhados com o DA foram tratados completamente sem uso dessa classe de medicamentos. Além disso, ao final do tratamento com o DA, 36% dos usuários ainda estavam em uso de neurolépticos, em contraste com 81% no grupo controle (BERGSTROM *et al.*, 2018).

Resultados semelhantes foram observados entre os usuários acompanhados pelo DA no CAPS estudado. Entre aqueles em sua primeira crise psíquica, 72,2% não receberam psicofármacos em nenhum momento do acompanhamento. Dos 27,8% que receberam medicação, a desprescrição foi realizada em 80% dos casos. Dos usuários acompanhados pelo DA que não estavam em primeira crise psíquica e não faziam uso de medicamento no momento do acolhimento, os psicofármacos foram introduzidos em 50% dos casos. Destes, a desprescrição foi realizada em metade dos casos. Em Jaraguá do Sul (Santa Catarina), os achados foram semelhantes em relação ao uso reduzido de medicação, o que foi associado a maior qualidade de vida pós-crise (DIAS, 2017).

Devido ao potencial iatrogênico dos neurolépticos, há uma discussão significativa na literatura sobre a necessidade de seu uso contínuo. Estudos

sugerem que o uso desta classe de medicamentos pode ser descontinuado gradualmente, o que teria efeitos benéficos a médio e longo prazo para os usuários (BERGSTROM *et al.*, 2018; GOTZSCHE, 2020). Além disso, a introdução do medicamento pode ser adiada até que haja maior compreensão do caso e uma avaliação da persistência (ou não) dos sintomas psicóticos (GOTZSCHE, 2020).

A Prescrição de Medicamentos Potencialmente Inapropriados (PMPI) tem sido amplamente associada a resultados negativos para a saúde, além de gerar perdas econômicas nos sistemas de saúde (MAGALHÃES, 2022). Ainda que o presente estudo não tenha como foco a análise dos impactos econômicos que a desprescrição pode acarretar no sistema público de saúde, foi possível realizar uma estimativa desses valores com base nos dados disponíveis. Utilizando o Registro de Compras Compilado - Ano Base de 2022 do MS (BRASIL, 2022) para levantamento dos preços unitários dos medicamentos, foi evidenciado que, seja pela desprescrição completa ou parcial dos psicofármacos, ou pela troca de medicação, houve uma redução no valor de R\$472,00 mensais ao analisar 05 usuários da amostra. Essa redução mensal, provavelmente devido ao uso crônico das medicações, resultaria em uma economia anual com medicamentos de R\$ 5.616,00.

Entre os usuários em primeira crise psíquica, foi necessária a prescrição de psicofármacos, seguida de desprescrição em quatro (4) casos. Os dados disponíveis permitiram analisar a redução de custos em dois (2) desses casos. Além disso, observou-se que 13 usuários (72,2%) não utilizaram medicamentos em nenhum momento durante o acompanhamento. Estima-se que, ao longo dos meses e anos, esses valores apresentariam um impacto econômico significativo, uma vez que, no modelo tradicional de atendimento psiquiátrico, praticamente todos os acolhimentos são tratados com psicofármacos (BERGSTROM *et al.*, 2018).

Corroborando essa discussão, de acordo com Bergstrom *et al.* (2018) e Mosse *et al.* (2023), o DA contribuiu para uma redução significativa nos custos associados à saúde. Esta economia foi alcançada principalmente através da promoção de uma recuperação mais ágil dos usuários. Em pessoas hospitalizadas, diminuiu o tempo de internação, reduziu o tempo de tratamento

e acompanhamento e, ainda, diminuiu a necessidade de benefícios por incapacidade.

## **5 LIMITAÇÕES DO ESTUDO**

Apesar dos resultados promissores ressaltados, este estudo apresenta limitações metodológicas e contextuais que merecem ser explicitadas, sendo a compreensão dessas restrições relevante para a interpretação dos achados e para a orientação de futuras investigações no campo do DA no contexto brasileiro.

Entre as limitações deste estudo, destacamos a ausência de comparação entre os casos acompanhados com a abordagem DA e aqueles não acompanhados por essa metodologia – o que pode ser explorado por outros estudos, principalmente aqueles que cobrirem outras crises psíquicas além das psicóticas. Essa ausência impede a inferência de causalidade direta sobre os efeitos da abordagem do DA, restringindo a interpretação dos resultados a potenciais indicações de sua eficácia no cenário específico do CAPS I de Carmo do Cajuru.

Estudo realizado em Jaraguá do Sul relatando a primeira experiência com o DA em serviços públicos de saúde no país (DIAS, 2017) contou apenas com usuários apresentando sintomas psicóticos e neste atual estudo a abordagem foi ampliada para outras crises além das psicóticas, o que pode interferir e dificultar comparações entre populações. Assim, estudos futuros que objetivem comparar os casos acompanhados com o DA e grupos controle necessitam apresentar rigor metodológico para tal objetivo.

Ademais, na análise de cada variável, foram considerados exclusivamente os registros disponíveis. Contudo, os dados analisados apresentaram lacunas em alguns campos devido à falta de registro nos prontuários e na ficha específica de acompanhamento com o DA.

Onocko-Campos (2019) aponta o problema da carência de dados e informações em Saúde Mental para uma efetiva avaliação dos serviços. A incompletude dos dados nos prontuários prejudicam, além da continuidade do

cuidado, as avaliações futuras sobre a assistência prestada (Bandeira; Treichel; Onocko-Campos, 2020).

De fato, a falta de informações nos prontuários não permitiu uma análise mais substancial dos seguintes assuntos: o impacto financeiro que a abordagem pode apresentar, considerando a redução do uso medicamentoso; uma comparação entre a quantidade de medicação prescrita no início e na alta do acompanhamento nos casos de reagudizações; melhor avaliação da quantidade de reuniões do DA realizadas com cada usuário (30% dos prontuários na primeira crise e 35,5% nas reagudizações não tinham essa informação) e da rede social presente nas reuniões (15% dos prontuários na primeira crise e 29,4% nas reagudizações não tinham essa informação).

Por fim, esta pesquisa não fez uma seleção por clínica específica – como no caso dos primeiros episódios de crise psicótica, sobre os quais a literatura ressalta uma ampla gama de resultados do DA. Optou-se por avaliar as crises psíquicas como um todo, de modo mais abrangente. Embora essa decisão amplie o escopo dos estudos relacionados à abordagem, ela também pode dificultar a avaliação dos benefícios da abordagem, por causa da ausência de grupos claramente definidos.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este artigo procurou contribuir para a compreensão da experiência realizada no CAPS I de um município mineiro, através da metodologia de estudo de caso, quanto à implementação e manutenção da abordagem do DA. O DA foi implantado no município em janeiro de 2021, e este artigo analisou as condutas e desfechos dos casos acompanhados entre janeiro e dezembro daquele ano, utilizando dados secundários disponíveis nos prontuários do serviço.

No total, 37 usuários foram acompanhados com o DA no período analisado. Destes, 54,1% estavam em primeira crise psíquica e 45,9% em processo de reagudização e/ou já possuíam histórico de tratamento psiquiátrico prévio. Observou-se que 25% dos usuários em primeira crise eram do sexo

masculino e 75% do eram do sexo feminino. Já nas reagudizações, 47% eram do sexo masculino e 53% do sexo feminino. Entre as primeiras crises psíquicas, as TAE representaram 25% dos casos acompanhados, enquanto nas reagudizações, esse número foi de 35,3%. Os quadros ansiosos seguiram com 30% nas primeiras crises e 23,5% nas reagudizações. As crises psicóticas, foco principal da abordagem DA, como exposto na literatura, foram a causa de 10,8% das primeiras crises e 11,8% das reagudizações.

O tempo de acompanhamento com o DA variou entre as primeiras crises e as reagudizações, sendo que o período de estabilização foi mais rápido nas primeiras crises em comparação com as reagudizações. Oitenta por cento (80%) das primeiras crises estabilizaram em até três meses, assim como 41,1% das reagudizações estabilizaram nesse mesmo período. A média de reuniões realizadas para cada caso até a estabilização foi de 2,2 para as primeiras crises e 2,3 para as reagudizações.

Quanto ao envolvimento da rede familiar e social dos usuários, 70% das primeiras crises contaram com a participação de dois ou mais membros da família/rede social nas reuniões, enquanto nas reagudizações, esse número foi de 64%. Em relação ao uso de medicamentos, os psicofármacos foram utilizados em apenas 27,8% dos casos de primeira crise psíquica, sendo desprescritos em 80% desses casos. Para aqueles em reagudização que não estavam tomando medicação regularmente no momento da crise, os psicofármacos foram prescritos em 50% dos casos, com desprescrição em 50% destes.

O DA tem sido destacado na literatura por sua relação com a recuperação completa de usuários que apresentaram crises psíquicas, principalmente as psicóticas. A abordagem é vista como uma forma de reduzir a cronificação destes usuários (FLORENCE, 2018) e melhorar a reinserção social pós-crise (KANTORSI *et al.*, 2020).

A partir da experiência analisada e dos resultados obtidos no CAPS I de Carmo do Cajuru é possível perceber que o DA apresenta potencial para ser implementado e gerar resultados favoráveis no contexto brasileiro. A abordagem do DA logrou promover uma estabilização mais rápida das crises e reduzir o uso de psicofármacos, favorecendo uma recuperação mais integrada

ao contexto social do usuário. Mostrou-se eficaz em termos clínicos, bem como em fomentar uma cultura de cuidado mais humanizada e multidisciplinar, alinhada aos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

## 7 REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo; FREITAS, Fernando. **Medicalização Em Psiquiatria**. [S. l.]: Fundação Oswaldo Cruz, 2017. ISBN 9788575415788.

BANDEIRA, Noemi; TREICHEL, Carlos Alberto dos Santos; ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. Estudo sobre abandono e não adesão ao tratamento em Centros de Atenção Psicossocial. **Saúde em Debate [online]**. v. 44, pp. 95-106. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042020E310>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E310>. Acesso em 6 Dezembro 2025.

BERGSTRÖM, Tomi *et al.* The family-oriented open dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: Nineteen-year outcomes. **Psychiatry Research**, v. 270, p. 168-175, dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.039>

BIUDES, Renata Favoni; GUSMÃO, Henrique Brandão Accioly de; COHN, Amélia. **Direito à saúde e a assistência farmacêutica para populações vulneráveis: um olhar sobre a saúde indígena no Brasil**. UNISANTA Law and Social Science, Vol. 10, N. 2 (2021) – ISSN 2317-1308

BRASIL. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da União**. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Estrutura Física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: Orientações para Elaboração de Projetos de Construção de CAPS e de UA como lugares da Atenção Psicossocial nos territórios**. Brasília: MS; 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: [http://www.conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/index.html](http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html) Acesso em 20 nov. 2024.  
» [http://www.conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/index.html](http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS**. Disponível em <http://www.datasus.gov.br> Acesso em: 28/02/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Registro de Compras Compilado. Ano Base 2022**. Tabela excel BPS\_2022.xlsx. Disponível em:

Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 2595-2420, Florianópolis, v.18, n.56, p. 79-97, 2026

<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/banco-de-precos/bases-anuais-compiladas/registro-de-compras-compilado-ano-base-2022/view> Acesso em: 01/02/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA GM/MS Nº 635, DE 22 DE MAIO DE 2023.**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Esquemas vacinais.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/coronavirus/vacinas/esquemas-vacinais>. Acesso em: 05/02/2024.

CHAVES, Ana Cristina. Primeiro episódio psicótico: uma janela de oportunidade para tratamento? **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 34, p. 174-178, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0101-60832007000800005>. Acesso em: 3 maio 2024.

DELL'ACQUA, Giuseppe; MEZZINA, Roberto. Resposta à crise. In: DELGADO, Jaques (Org.). **A Loucura na Sala de Jantar.** São Paulo: Ed. Resenha, 1991.

DIAS, Marcelo José Fontes. Open Dialogue: a Brazilian experience - Open Dialogue: uma experiência no Brasil. **DIVERSITATES International Journal**, v. 9, n. 3, p. 97, 27 mar. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.53357/gffq5455>. Acesso em: 3 maio 2024.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/> Acesso em: 28/02/2024

FLORENCE, Ana Carolina. A abordagem Open Dialogue: história, princípios e evidências / The Open Dialogue approach: history, principles and evidence. **Revista Polis e Psique**, v. 8, n. 1, p. 191, 19 fev. 2018b. Disponível em: <https://doi.org/10.22456/2238-152x.80427>. Acesso em: 3 abril 2024.

FU-I, L. Transtorno bipolar e manifestações psicóticas. In: FU-I, L; BOARATI, M.A., editors. **Transtorno bipolar na infância e adolescência: aspectos clínicos e comorbidades.** São Paulo: Artmed; 2009. p.70-82.

GØTZSCHE, Peter C. Long-term use of antipsychotics and antidepressants is not evidence-based. **International Journal of Risk & Safety in Medicine**, v. 31, n. 1, p. 37-42, 11 mar. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3233/jrs-195060>. Acesso em: 13 março 2024.

KANTORSKI, Luciane Prado; MARIO CARDANO, Mario. Dialogo aberto: – um método para enfrentamento da psicose. **Expressa Extensão**, v. 22, n. 1, p. 13, 29 jun. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.15210/ee.v22i1.10039>. Acesso em: 13 março 2024.

KANTORSKI, Luciane Prado; CARDANO, Mario. O diálogo aberto e os desafios para sua implementação – análise a partir da revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p. 229-246, jan. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.32232016>. Acesso em: 13 março 2024.

KANTORSKI, Luciane Prado *et al.* Diálogo aberto: pontos críticos da implementação no cuidado à crise psicótica. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902020190642>. Acesso em: 13 março 2024.

MAGALHÃES, Neuza Antónia Esteves Pereira. **Intervenção farmacêutica nos cuidados continuados**: o caso da desprescrição. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas. Universidade do Algarve. Faculdade de Ciências e Tecnologias, 2022.

MOSSE, David *et al.* Introduction: Open Dialogue around the world – implementation, outcomes, experiences and perspectives. **Frontiers in Psychology**, v. 13, 10 jan. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1093351>. Acesso em: 13 março 2024.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 35, n. 11. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00156119>>. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00156119>. Acesso em: 6 Dezembro 2025.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **OMS: 1 em cada 5 adolescentes enfrenta problemas de saúde mental** [Internet] Brasília, DF, 2018. Disponível em:

<https://nacoesunidas.org/oms-1-em-cada-5-adolescentes-enfrenta-problemas-d-e-saude-mental/>

PULHIEZ, Gabriel Calixto; NORMAN, Armando Henrique. Prevenção quaternária em saúde mental. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 16, n. 43, p. 2430, 26 jan. 2021. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2430](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2430). Acesso em: 13 março 2024.

RAMOS, Thiago Magela. **Diálogo Aberto e intervenção na crise psíquica**: estudo de caso em um CAPS [dissertação]. São João Del’rei: Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São João Del Rei; 2024.

RAZZAQUE, Russell; WOOD, Lisa. Open Dialogue and its Relevance to the NHS: Opinions of NHS Staff and Service Users. **Community Mental Health Journal**, v. 51, n. 8, p. 931-938, 17 fev. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9849-5>. Acesso em: 3 abril 2024.

SEIKKULA, Jaakko. Il dialogo aperto: l'approccio finlandese alle gravi crisi psichiatriche. **Roma: Giovani Fioriti Editore; 2014.**

SEIKKULA, Jaakko; ALAKARE, Birgitta; AALTONEN, Jukka. The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. **Psychosis**, v. 3, n. 3, p. 192-204, out. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/17522439.2011.595819>. Acesso em: 13 março 2024.

SEIKKULA, Jaakko; ARNKIL, Tom Erik. **Dialogical Meetings in Social Networks (Systematic Thinking and Practice Series)**. [S. l.]: Karnac Books, 2006. 213 p. ISBN 9781855754102.