

Open dialogue: uma experiência no Brasil

Open Dialogue: an experience in Brazil

Marcelo José Fontes Dias¹

Resumo

Há pelo menos duas décadas, profissionais finlandeses vêm atuando sobre a crise psicótica através da abordagem *Open Dialogue* (OD), a qual baseia-se em 7 princípios e na ação territorial. Há 2 anos iniciamos em Jaraguá do Sul, Santa Catarina, Brasil, um projeto baseado nos 7 princípios do OD, porém com algumas diferenças, visando adaptar o OD para nossa realidade. Apresentamos em seguida um caso acompanhado por nós num total de 30 encontros até o momento. Ao final do texto mostramos os pontos positivos e os pontos a serem melhorados no nosso trabalho.

Palavras-chave: Transtornos Psicóticos. Saúde Mental.

Abstract

For at least two decades Finnish professionals have been working on the psychotic crisis through the Open Dialogue (OD) approach, which is based on 7 principles and in territorial action. Two years ago in Jaraguá do Sul, Santa Catarina, Brazil, we started a project based on the 7 principles of the OD, but with some differences aimed at adapting the OD to our reality. Afterwards, we

¹Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura de Jaraguá do Sul

Autor Correspondente: Marcelo José Fontes Dias

Email: fontesdias67@gmail.com

present a case accompanied by us in a total of 30 meetings so far. At the end of the article we show the positives and points to be improved in our work.

Keywords: Psychotic Disorders. Mental Health

Introdução

O termo Open Dialogue (OD) foi usado pela primeira vez em 1996 na Finlândia para descrever uma abordagem para a primeira crise psicótica esquizofrênica, centrada na família e rede social, e desenvolvida por Jaakko Seikkula, Birgitta Alakare e Kauko Haarakangas¹. É uma intervenção realizada no território do sujeito em crise e em sua própria residência

Os passos mais importantes na construção do sistema iniciaram em 1984, quando “encontros de tratamento” começaram a ser organizados no hospital finlandês, substituindo a terapia familiar sistêmica como intervenção na crise psicótica². A experiência finlandesa destaca-se pelos resultados obtidos nas três últimas décadas: a utilização de antipsicóticos por somente 29% dos pacientes em crise e pelo fato da maioria dos

pacientes (81%) ter retornado ao trabalho e baseia-se em 7 princípios¹:

1- Resposta imediata. O primeiro encontro, na residência do sujeito em crise, deve ocorrer dentro de 24 horas após o primeiro contato do paciente, parente ou outros com a equipe profissional.

2- Inclusão da rede social. O paciente, sua família e outros membros da rede social são sempre convidados para o primeiro encontro. A rede social é relevante para a definição do problema. Um problema torna-se um problema depois que ele foi definido como problema na linguagem do paciente ou daqueles próximos a ele. A resolução do mesmo ocorre quando todos concordarem que o mesmo está resolvido¹.

3- Flexibilidade e mobilidade. Estas são garantidas adaptando-se a resposta terapêutica às

necessidades variadas e específicas de cada caso. Cada tratamento e o tempo do mesmo são singulares, adaptados à linguagem do paciente, modo de vida, às possibilidades de uso de métodos terapêuticos específicos. Durante a fase de crise não são feitos planos para o futuro. Depois que a crise regride, formas e métodos de tratamento são escolhidos conforme o paciente, continuando o tratamento geralmente de uma forma mais estruturada³. A assistência tem que ser móbil: ir às casas, onde os próprios recursos das pessoas são mais acessíveis⁴.

4- Responsabilização. O primeiro profissional contactado deve se responsabilizar por organizar o primeiro encontro e convidar a equipe que fará a intervenção.

5- Garantia de continuidade. A equipe se responsabiliza pelo tratamento pelo tempo necessário.

6- Tolerância à incerteza. O relacionamento entre os participantes dos encontros deve ser construído de modo que todos sintam-se seguros. Encontros

diários favorecem essa segurança², a qual, para o paciente e sua rede, é estabelecida inicialmente através da escuta e resposta a todas as falas e pontos de vista⁵.

7- Dialogismo. Nos encontros, o foco é primeiramente promover o diálogo e secundariamente promover mudanças no paciente e/ou família¹. O maior objetivo da equipe não é aplicar técnicas específicas de entrevista, mas sim construir o diálogo seguindo os temas e o modo de falar daqueles membros da família². O diálogo promove um novo entendimento sobre a situação, proporcionando sentido àquilo que está sem sentido. O objetivo da equipe na construção do diálogo é seguir os temas e o modo de falar que os membros da família utilizam³.

Além dos 7 princípios, o modelo finlandês está centrado em mais dois elementos: treinamento de 3 anos para as equipes, visando principalmente o aumento da tolerância à incerteza³ e o projeto de pesquisa⁶, que na Finlândia ocorre com a participação importante da academia, a qual

trabalha de maneira horizontal com o restante da rede.

O Open Dialogue não representa somente uma abordagem para a crise psicótica, mas toda uma nova forma de organizar a saúde mental⁴, tendo como diretrizes a territorialização, desmedicalização e acolhimento da crise psicótica.

A implementação desta estratégia, supões vários desafios: mudança da estrutura dos serviços, capacitação, mudança nas relações de poder entre profissionais, pacientes e familiares⁷ e questionamento da lógica medicalizante.

Este trabalho tem o objetivo de apresentar a primeira experiência brasileira baseada no modelo finlandês realizada durante os anos de 2015 e 2016, seus resultados e dificuldades encontradas, além de considerações críticas e visando melhorias.

Metodologia

Jaraguá do Sul é uma cidade brasileira de aproximadamente 160 mil habitantes, localizada no estado brasileiro de Santa Catarina. Possui três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS2, CAPSad e CAPSi) e uma equipe de apoio matricial em saúde mental para a atenção básica. Os pacientes em crise psicótica, na atual conjuntura, são encaminhados pela atenção básica, Centro de Especialidades e outros pontos da rede para os CAPS, onde serão acompanhados ou encaminhados para internação no hospital de referência localizado no município de Joinville. A grande maioria dos pacientes psicóticos é medicada com antipsicóticos de forma contínua e se mantém afastada do trabalho e/ou estudos.

Durante o ano de 2015, enquanto apoiador matricial de equipes da estratégia de saúde da família (ESF), realizei intervenções para 3 pacientes em crise psicótica junto com profissionais da ESF, intervenções estas que aconteceram na residência do paciente em crise e com a presença da família. Dois princípios do OD foram norteadores das nossas

intervenções: o dialogismo e a inclusão da rede. A partir dos bons resultados obtidos em 2015, decidimos ampliar as ações territoriais com a participação de mais profissionais a partir de meados de 2016.

Sobre as adaptações

Inicialmente tínhamos que adaptar o OD para nossa realidade, pois não havia profissionais “capacitados” na metodologia e em número suficiente para atendimentos frequentes. Além disso, diferente do que ocorre na Finlândia, não tínhamos o apoio de universidades e nossa rede é composta de equipes de saúde da família e CAPS, não possuindo a cultura de que a atenção à crise deva acontecer no território. Adaptar um modelo tão bem sucedido implica riscos e uma aposta. Riscos no sentido de resultados insatisfatórios, mas uma aposta nos satisfatórios, os quais poderiam inclusive ser de outra ordem daqueles finlandeses. E nesse sentido, o próprio movimento de ação territorial sobre a crise já seria

o grande ganho. Minhas expectativas eram: conseguiríamos ajudar os pacientes a saírem de suas crises sem que os mesmos precisassem sair do território e fossem encaminhados para os CAPS ou internação? Conseguiríamos não medicar? Teríamos apoio da gestão e de outros profissionais da rede?

Num primeiro momento a ideia era nos aproximarmos ao máximo do modelo finlandês tomando como referência os 7 princípios descritos anteriormente. Levando em conta Seikkula e Alakare¹, o OD não é um modelo que deva ser seguido uniformemente em lugares diferentes, devendo ser adaptado para as várias realidades. Tal fato levou-nos a apelidarmos nosso modelo de Roda de Diálogo (RD), sugerindo uma mistura de nossas rodas de conversa com o dialogismo da abordagem finlandesa. O primeiro impasse surgiu no que diz respeito à capacitação dos profissionais e da rede. Na Finlândia, os profissionais são capacitados por 3 anos antes de poderem compor a equipe do OD³. Nossa solução para isso foi

fazermos uma apresentação sobre o OD e seus princípios para todos os profissionais da saúde mental e da atenção básica, pensando na possibilidade de todos os profissionais da rede poderem se envolver nos encontros em algum momento. O principal objetivo dessa ação foi apresentar a proposta e a necessidade de que todos colaborassem quanto à agilidade no que diz respeito à informação sobre um paciente em crise. Com isso poderíamos oferecer uma resposta dentro de 24 hs, primeiro dos 7 princípios relatados anteriormente. Em relação aos profissionais que iriam se envolver diretamente nos encontros do OD, decidimos que inicialmente qualquer profissional poderia participar dos mesmos, fosse ele de formação de nível médio ou superior, porém o mesmo deveria participar dos trabalhos semanais de educação permanente, onde o aprendizado se daria a partir das vivências dos encontros. Dois objetivos principais: capacitar quanto ao dialogismo, escutar o sujeito e não se colocar numa posição verticalizada em relação ao paciente em crise e sua rede social.

Não houve obstáculos significativos para o segundo e o terceiro princípios (inclusão da rede social, flexibilidade e mobilidade). Todos os encontros puderam ser agendados na residência do paciente em crise, com a presença do maior número de pessoas de sua rede social, sendo a maioria composta de familiares. Todas as decisões a respeito da direção do tratamento foram tomadas durante as rodas de diálogo, levando em conta a singularidade do sujeito em crise e sua rede, inclusive quanto ao uso de medicamentos.

O princípio da responsabilização no OD foi adaptado da seguinte forma: criamos um grupo no aplicativo de celular Whatsapp composto pelos profissionais que aderiram ao projeto da RD. Assim que um dos profissionais era informado sobre um sujeito em crise, tal informação era colocada no grupo e combinado assim o primeiro agendamento dentro de 24 hs. Pelo menos dois profissionais participariam de cada encontro e um deles ficaria como referência e devendo estar em todos os encontros.

Em relação à continuidade do tratamento, na Finlândia 50% dos tratamentos de pacientes com transtorno esquizofrênico foram finalizados com 2 anos de acompanhamento³. Nossa proposta inicial era de mantermos um acompanhamento durante esse período, mesmo que espaçado a partir da melhora do paciente.

A tolerância à incerteza talvez seja o princípio mais difícil de ser alcançado. Tolerar a incerteza é ser capaz de não dar conselhos, conclusões, intervenções psicoterápicas e medicação quando desnecessária. Para isso, o profissional deve participar dos encontros sem definições preliminares⁵. A verdade é do paciente e encontros frequentes ajudam o paciente e sua rede a tolerarem o momento difícil da crise e a não medicalização. Seikkula et al.³ sugerem que no início do tratamento os encontros devam ocorrer diariamente nos primeiros 10 a 12 dias.. Conseguimos fazer até 3 rodas por semana e não medicar no início do tratamento.

Sobre o princípio do dialogismo, algumas considerações. O modelo finlandês inspira-se no dialogismo proposto por Mikhail Bakhtin, o qual descreve um tipo específico de comunicação e interação onde os participantes tornam-se cocriadores da realidade compartilhada e cujas ideias se assemelham àquelas do psicanalista Jacques Lacan². Neste ponto, mais uma vez fizemos uma fusão entre o modelo finlandês e nossa realidade. A formação do psiquiatra da equipe é psicanalítica de orientação lacaniana e o mesmo pôde associar algumas ideias do dialogismo proposto pelos autores finlandeses com algumas propostas por Lacan, o qual afirmava que toda fala é dirigida a um outro, a um ouvinte que deve responder ao enunciado, conferindo ao mesmo tempo reconhecimento pelo falante⁸. Durante os encontros e no grupo de educação permanente, trabalhamos algumas características de um diálogo as quais seriam de certa forma preditoras de um bom resultado no tratamento. Destaco três características: 1) dominância do paciente e sua rede social na interação da roda; 2) discurso

simbolizado do paciente; 3) diálogo que toma uma forma dialógica e não monológica⁹.

Visando obter dados para pesquisa e baseando-nos nas pesquisas finlandesas⁶, criamos uma ficha para cada paciente. Dentre as informações, destacamos: início da crise, data da notificação, início do tratamento, número total de encontros, frequência, medicamentos, internação, retorno a trabalho e/ou estudos, avaliação de todos que participaram da roda.

O paciente a que se refere o relato apresentado em resultado e discussão assinou termo de consentimento.

Resultados e discussão

Apesar do número de pacientes ainda ser relativamente pequeno (10 pacientes em 2 anos), já podemos tecer algumas considerações quanto aos resultados já alcançados.

O primeiro ponto a ser destacado é o que diz respeito aos

diagnósticos dos pacientes acompanhados. O trabalho finlandês acontece com primeiras crises de pacientes com esquizofrenia. Na nossa experiência, 4 tinham o diagnóstico de esquizofrenia, 1 estava em crise maníaca, 1 em crise inicialmente diagnosticada como psicose puerperal (depois vimos tratar-se de uma crise histérica) e o restante em crise psicótica paranoica. Somente 3 pacientes encontravam-se em sua primeira crise e do restante alguns já faziam uso de antipsicóticos e/ou estabilizadores do humor. Apesar de diagnósticos diferentes, todos tiveram inicialmente um diagnóstico de quadro psicótico.

Os 3 pacientes acompanhados em 2015 (dois em crise paranoica e um em crise maníaca) saíram das crises em no máximo 15 dias e somente o paciente em crise maníaca fez uso de medicamentos em baixas doses. Não houve internação e todos retornaram ao trabalho. O paciente em crise maníaca já tinha apresentado crise anterior dois anos antes, tendo usado grande quantidade de medicamentos e saído da crise

praticamente um ano depois. Fato muito interessante aconteceu com este mesmo paciente: ele saiu nitidamente da crise durante a realização de uma roda de diálogo. Esta experiência chamou muito nossa atenção quanto à eficácia do OD pois tínhamos seguido praticamente somente dois dos princípios!

Considerando também os pacientes acompanhados em 2016, somente um precisou ser internado e um outro foi encaminhado para tratamento exclusivo do CAPS2. Dois pacientes saíram das crises sem medicamentos e todos os outros receberam baixas doses de medicamentos, resultados também muito diferentes daqueles a que estamos acostumados em nossa região.

Houve descontinuação do acompanhamento em dois casos, associados a dificuldades dos profissionais dos CAPS de terem que dividir-se entre as rodas e o trabalho em seus serviços.

A necessidade de envolvimento de todos os trabalhadores da saúde mental e da atenção básica

promoveu uma ampla discussão sobre a crise psicótica e seu tratamento no território, fazendo com que a maioria dos profissionais se mobilizasse para um rápido início de tratamento.

Apresentação do caso

O primeiro encontro com um dos pacientes, Miguel (nome fictício), aconteceu em julho de 2016. Um dia depois da agente comunitária de saúde (ACS) ter sido comunicada sobre sua situação pela família. Miguel tinha 26 anos, era solteiro, ensino médio incompleto, já tinha trabalhado em várias empresas mas estava desempregado desde janeiro de 2016.

A equipe que ficou responsável pelo primeiro encontro era composta por uma assistente social (apoio matricial), uma agente comunitária de saúde da ESF (a que recebeu a informação inicial), uma técnica de enfermagem (CAPSad), uma psicóloga (CAPS2) e uma enfermeira (ESF). Além de Miguel, moravam na casa o pai, mãe e irmão de 19 anos.

Quando a equipe chegou para o primeiro encontro, Miguel estava no banheiro em área externa da casa. Os pais solicitaram que ele saísse do banheiro para participar do diálogo, porém o mesmo permaneceu ali dentro não respondendo a nenhuma solicitação. A equipe então deu continuidade ao diálogo, o qual foi realizado próximo à porta do banheiro onde Miguel permanecia, permitindo que ele escutasse o que ali era falado. Os pais relataram que Miguel voltara a residir com eles em janeiro após a demissão do emprego (empresa de frios em outra cidade). Disseram ainda que Miguel ouvia vozes e barulhos e que se incomodava com o rádio e a TV, chegando mesmo a virá-la para não ter contato visual. Miguel contou para eles que sofrera agressão física onde morava e que estaria processando o agressor. Ao final da roda, ficou combinado que a equipe retornaria no dia seguinte e que os pais convidassem a tia, primos e outras pessoas que julgassem importantes na rede social de Miguel.

No segundo encontro também estavam presentes um primo e sua esposa, uma prima, uma tia e uma irmã que reside no mesmo bairro. Neste dia, após solicitação da tia, da irmã e primo, Miguel aceitou participar da roda de diálogo, a qual desta vez foi realizada no interior da casa. Após todos entrarem na casa, Miguel pediu ao pai que fechasse e trancasse a porta e disse sentir-se inseguro e que as paredes teriam ouvidos. O diálogo continuou...

Até dezembro/2016 foram realizados 30 encontros na residência do paciente. A frequência foi de 1 a 3 encontros por semana, variando conforme percebíamos uma intensificação ou não das alucinações e delírios. Nos primeiros 3 meses conseguimos manter uma profissional “fixa” que participou de todos os encontros. Após esse período houve alternância dos profissionais envolvidos, com a participação em alguns momentos do psiquiatra do apoio matricial e da médica da ESF. O pai e a mãe de Miguel participaram de praticamente todos os encontros. A irmã mais velha e o

irmão mais novo participaram da roda em alguns poucos encontros.

Ao longo dos encontros houve oscilações quanto à intensidade dos delírios e alucinações, principalmente auditivas, coincidindo com os períodos familiares mais conflituosos. Em vários desses períodos a equipe trouxe para a roda a possibilidade do uso de medicamentos, porém somente em 09/11/16, 4 meses após o início dos encontros, houve prescrição de risperidona na dose de 1 mg/dia após decisão tomada pela equipe, paciente e seus pais no encontro realizado na data acima. No encontro seguinte, a mãe diz que Miguel “melhorou” no mesmo dia em que começou a usar o medicamento. Em nenhum momento foi cogitado uma internação para Miguel.

Durante 2017 os encontros foram mais espaçados e no final do ano ficamos sabendo que ele teria conseguido um emprego numa rede de restaurantes. Miguel não estava mais relatando alucinações e nem apresentava ideias delirantes. Além disso, percebemos uma maior

fluidez nos diálogos, com maior participação dos pais, os quais já conseguiam entender muitas das atitudes e pensamentos do filho.

Houve dificuldades quanto à adesão dos profissionais dos CAPS nas rodas. Nesse início de trabalho, a gestão ficou de certa forma a cargo dos apoiadores matriciais, porém poucos profissionais dos CAPS se disponibilizaram a participar. As consequências disso foram a impossibilidade de se aumentar a frequência dos encontros e talvez dificultar o acompanhamento por pelo menos 2 anos como é feito na Finlândia³.

Os resultados iniciais apresentados mostram uma efetividade do OD condizente com a literatura¹, a qual relata o uso reduzido de medicamentos, poucas internações e uma maior qualidade de vida pós-crise.

Limitações do estudo

A amostra pequena e o pouco tempo de acompanhamento, além da amostra heterogênea quanto a

diagnósticos e história de crises prévias são limitações para esse estudo, dificultando maiores generalizações e comparações iniciais com os trabalhos finlandeses.

Conclusões

Este trabalho pode ser considerado uma experiência pioneira no que diz respeito à aplicação do OD no Brasil. Encontramos algumas dificuldades no processo, em alguns casos semelhantes às encontradas na experiência norueguesa¹⁰, como por exemplo o fato de possuímos uma formação em saúde voltada para o modelo biomédico, valorizando o diagnóstico e excluindo os pacientes de seu processo terapêutico. No entanto, a inclusão de profissionais da atenção básica e de nível técnico nas equipes das rodas foi muitas vezes facilitadora de diálogo, já que estes não estavam atrelados a teorias e técnicas psicoterapêuticas que pudessem impedir um diálogo de qualidade. Além disso, a presença de um psicanalista de orientação

lacaniana favoreceu o entendimento e aplicação do dialogismo.

Nossas maiores dificuldades foram no sentido de estarmos presentes diariamente, pelo menos no início do tratamento, de não iniciarmos medicamentos (tolerância à incerteza) e de não nos colocarmos numa relação verticalizada em relação à rede.

A realização de encontros com pacientes de diagnósticos diferentes de esquizofrenia e que não estavam em primeira crise, abre possibilidades para a ampliação do modelo finlandês.

A implicação dos gestores da saúde mental e atenção básica foram fundamentais para esse início de projeto, pois a eficácia do OD depende muito dos contextos institucionais e de treinamento⁵.

Nossa escrita aqui não traduz toda a riqueza dos nossos encontros da RD, porém traduz uma possibilidade para nossa realidade. Uma possibilidade que implica um ir além do modelo atual, de certa forma ainda centrado nos CAPS e no modelo médico.

Em relação à tolerância à incerteza, pensamos que devido à forte cultura da medicalização em nosso meio, talvez seja interessante levarmos para as rodas a possibilidade de baixas doses de medicamentos logo no início, pois vimos que quando os pacientes foram medicados mesmo com doses muito baixas, houve diminuição importante da angústia da equipe e rede social. Pensamos que com o trabalho de educação permanente e retorno dos tratamentos, a equipe possa tolerar mais a não medicação. Vejo como importante também que os profissionais possam em algum momento passar por formação psicoterapêutica, e que pelo menos um profissional de cada equipe de crise tenha essa formação.

Nossa ideia é que possamos formar uma equipe fixa e delimitar a clientela (primeiras crises psicóticas) e que a gestão do processo ocorra a partir dos CAPS. Além disso, vejo como fundamental a participação da academia, ainda distante do trabalho de ponta na realidade brasileira e a inclusão dos usuários dos serviços no processo

de implementação, como ocorreu na Noruega¹⁰.

Referências

1. Seikkula J, Alakare, B. Open Dialogues. In: Stastny P, Lehmann P (Eds.). Alternatives beyond psychiatry. Berlim: Peter Lehmann Pub., 2007, p. 223-239.
2. Seikkula J, Aaltonen J, Alakare B, Haarakangas K, Keranen J, Lehtinen K. Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy research*. 2006; 16(2): 214-228.
3. Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J, Holma J, Rasinkangas A, Lehtinen V. Open dialogue approach: treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizophrenia. *Ethical Human Sciences and Services*. 2003; 5(3): 163-182.
4. Freitas F, Amarante P. Medicalização em psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

5. Seikkula J, Olson ME. The open dialogue approach to acute psychosis: Its poetics and micropolitics. *Family process*. 2003; 42(3): 403-418.
6. Seikkula J, Alakare B, Aaltonen 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.
7. Kantorski LP, Cardano M. Diálogo Aberto: a experiência finlandesa e suas contribuições. *Saúde Debate*. 2017; 41(112): 23-32.
8. Novaes B, Rudge AM. A função da linguagem em Bakhtin e Lacan. *Tempo psicanalítico*. 2007; 39: 157-178.
9. Seikkula J. Open dialogues with good and poor outcomes for psychotic crises: examples from families with violence. *Journal of marital and family therapy*. 2002; 28(3): 263-274.
10. Ulland D, Andersen AJW, Larsen IB, Seikkula J. Generating Dialogical Practices in Mental Health: Experiences from Southern Norway, 1998-2008. *Adm Policy Ment Health*. 2013; 41(3): 410-419.