

ARTIGO

Diálogo Aberto: experiência de implantação no município de Divinópolis (MG)

Open Dialogue: implementation experience in the municipality of Divinópolis/MG

*Thiago Magela Ramos^I, Vanessa Ayres Tibiriçá^{II}, Selma Angélica de Oliveira Borges^{III},
Aline Duarte Fagundes^{IV}, Elina Rosa Coelho^V*

Resumo

Este trabalho apresenta um relato de experiência no município de Divinópolis (MG) referente ao processo de implantação, manutenção e prática da abordagem Diálogo Aberto (DA) de saúde mental. O DA é uma abordagem de intervenção à crise psicótica e a outras crises psíquicas. O cuidado é ofertado de forma imediata, nas primeiras 24 horas do contato com o serviço de crise. Abrange um conjunto de práticas diferenciadas das convencionais e tradicionais. Ele surge como uma abordagem norteadora ao tratamento em liberdade, promovendo um ambiente de diálogo e colaboração nas tomadas de decisões referentes ao tratamento. Assim, o relato objetiva estimular discussões dentro da prática profissional e refletir sobre o cuidado em saúde mental. Os resultados preliminares da experiência indicam que houve, nos casos acompanhados com o DA, redução do uso medicamentoso, diminuição da permanência dos usuários nos serviços, melhor custo-benefício, dentre outros. A experiência no município de Divinópolis (MG) aponta possibilidades de mudanças no paradigma tradicional de cuidado em saúde mental, proporcionando reflexões que direcionam para um protagonismo do usuário e que foquem em um cuidado territorial e humanizado.

Palavras-chave: Saúde Mental. Rede Social. Intervenção em Crise.

Abstract

This paper presents an experience report in the city of Divinópolis/MG regarding the process of implementation, maintenance and practice of the Open Dialogue (OD) approach to mental health. OD is an intervention approach to psychotic crises and other psychic crises. Care is offered immediately, within the first 24 hours of contact with the crisis service. It encompasses a set of practices that are different from conventional and traditional ones. It emerges as a guiding approach to treatment in freedom, promoting an environment of dialogue and collaboration in decision-making regarding treatment. The report aims to stimulate discussions within professional

^I Thiago Magela Ramos (thiagomagelaramos@yahoo.com.br) é enfermeiro e mestre em Saúde Coletiva. Gerente de Saúde Mental e Supervisor Clínico do Projeto de Implantação da Abordagem Diálogo Aberto no Município de Divinópolis (MG).

^{II} Vanessa Ayres Tibiriçá (vanessaatibirica@hotmail.com) é psicóloga, mestre em Psicologia pela Universidade Federal de São João del-Rei e pós-graduada em Psicanálise e Saúde Mental pela Faculdade Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão. Psicóloga do Projeto Implantação da Abordagem Diálogo Aberto no Município de Divinópolis (MG).

^{III} Selma Angélica de Oliveira Borges (Selminha_samonte@hotmail.com) é enfermeira do Projeto Implantação da Abordagem Diálogo Aberto no Município de Divinópolis (MG).

^{IV} Aline Duarte Fagundes (alinedfagundes@gmail.com) é psicóloga, pós-graduada em Saúde Mental e Atenção Psicosocial e em Psicologia Social. Psicóloga do Projeto Implantação da Abordagem Diálogo Aberto no Município de Divinópolis (MG).

^V Elina Rosa Coelho (elinanurse16@gmail.com) é enfermeira, pós-graduada em Saúde Pública e Terapia Intensiva Adulto. Enfermeira do Projeto Implantação da Abordagem Diálogo Aberto no Município de Divinópolis (MG).

practice and to reflect on mental health care. The preliminary results of the experience indicate that, in cases monitored with the OD, there was a reduction in medication use, a shorter stay of users in services, and better cost-benefit, among others. The experience in the city of Divinópolis/MG points to possibilities for changes in the traditional paradigm of mental health care, providing reflections that direct the user to a leading role and that focus on territorial and humanized care.

Keywords: Mental Health. Social Network. Crisis Intervention.

Introdução

A abordagem de saúde mental conhecida como Diálogo Aberto (DA) foi desenvolvida na Finlândia na década de 1980, inicialmente como uma resposta a crises psicóticas. Essa abordagem se destaca por ser um modelo inovador de tratamento à crise psicótica e a outras crises psíquicas, que prioriza a comunicação e a inclusão da rede social do usuário no processo terapêutico. Sua metodologia consiste na atenção imediata à crise com cuidado oferecido nas primeiras vinte e quatro horas após o contato inicial com o serviço de crise, dando ênfase na inclusão de todos os envolvidos no processo de cuidado, abrangendo o usuário, sua família e sua rede social¹.

Com um conjunto de práticas diferenciadas das convencionais, o DA contribuiu significativamente para o processo de desinstitucionalização ocorrido na Finlândia, país de origem da abordagem². Para além, o DA tem sido adotado em diversas partes do mundo, incluindo países da Europa, América do Norte, Austrália e América Latina. Essa expansão reflete o reconhecimento crescente da abordagem como uma alternativa viável ao modelo biomédico tradicional, que predomina em tratamentos na saúde mental³⁻⁵.

O forte questionamento sobre o modelo psiquiátrico baseado em psicofármacos e suas consequências – iatrogenias^{6VI} a médio e longo prazo causado pelo consumo destes medicamentos – revelam a necessidade de abordagens dialógicas e não focadas na medicação, como o DA⁷. Nos Estados Unidos, por exemplo, há evidências científicas que apontam uma epidemia, de causa iatrogênica, de transtornos mentais⁸. Para além, os estudos mostram que o uso indiscriminado e intenso de psicofármacos trouxe graves consequências de saúde nos EUA, como a perda de anos de vida e o aumento expressivo de pessoas dependentes de auxílio por incapacidade^{7,8}. Logo, a abordagem surge como alternativa ao modelo psiquiátrico medicamentoso ainda predominante. Não representando apenas uma nova abordagem à crise psicótica, mas uma forma original de organizar a saúde mental⁹.

Isso posto, vemos o fundamento do DA em sete princípios: ajuda imediata; inclusão da rede social; flexibilidade; responsabilidade; tolerância a incerteza; continuidade psicológica; e dialogismo^{2,4}. Com base nesses fundamentos, a abordagem promove um diálogo no qual todas as vozes são escutadas, valorizando as múltiplas perspectivas e narrativas. As reuniões ocorrem preferencialmente no domicílio do usuário, e possuem o diálogo como eixo estruturante¹⁰. No DA, o diálogo é a ferramenta central do tratamento, promovendo a expressão de sentimentos, pensamentos e preocupações. Por isso, o conhecimento é co-construído entre profissionais, usuário e rede social; a tomada de decisões ocorre de forma conjunta. Assim, o DA se mostra especialmente relevante em contextos em que se busca uma atenção psicosocial mais integrada e centrada na pessoa, e possui, como diretrizes, territorialização, desmedicalização e acolhimento da crise¹¹.

Desse modo, o presente artigo visa descrever a experiência de implantação do DA promovida no município de Divinópolis, no estado de Minas Gerais. No Brasil, apenas um estudo original realizado na cidade de Jaraguá do Sul (SC) relata experiência feita com o DA¹¹. Ademais, foi verificada uma matéria do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) relatando a experiência de implantação do DA no

^{VI} Iatrogenia: qualquer alteração patológica constatada num paciente decorrente de erro de conduta médica.

município de Carmo do Cajuru (MG)¹², sendo esta experiência registrada em um Trabalho de Conclusão de Curso de Psicologia¹³ e em uma dissertação de mestrado¹⁴. Em vista do exposto, o trabalho se justifica pela escassez de estudos com o DA no Brasil; pela escassez de formação profissional em DA, seja na esfera pública ou privada; pelo aumento do uso indiscriminado de psicofármacos¹⁵; e pela necessidade da aplicação e disseminação das abordagens inovadoras em saúde mental.

Metodologia

Este trabalho consiste em um estudo descritivo do tipo relato de experiência sobre o processo de implantação e prática do DA no município de Divinópolis (MG). O município se localiza na microrregião Centro-Oeste do Estado estado de Minas Gerais e possui população estimada de 242.328 habitantes¹⁶.

A Rede de Atenção Psicosocial (RAPS) de Divinópolis é composta por cinquenta e uma equipes de Saúde da Família (ESF), quatro equipes de Atenção Primária (eAP), cinco equipes do Programa Saúde na Hora e uma equipe de consultório na rua (e-CR), totalizando sessenta e uma equipes de saúde credenciadas na APS e sete eMultis. Para além, a Rede conta com uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA); dois Serviços Residenciais Terapêuticos, um tipo I e um tipo II; uma Unidade de Acolhimento Adulto (UAA); um Centro de Atenção Psicosocial III (CAPS III), conhecido como Serviço de Referência em Saúde Mental (SERSAM); um CAPS infantojuvenil (CAPS-ij); um CAPS Álcool e outras Drogas III (CAPS AD III); um ambulatório de psiquiatria que funcionava no CAPS III e foi descentralizado para o Centro de Especialidades (Policlínica) no mesmo período de implantação do DA no município; e um Centro de Convivência e Cultura (CECO) inaugurado em 2024. Nessa perspectiva, o município de Divinópolis é referência para quatro municípios no atendimento a crises psíquicas: São Sebastião do Oeste, Araújos, São Gonçalo do Pará e Perdigão¹⁷.

Para além, o território de Divinópolis conta com um Hospital Psiquiátrico desde 1980¹⁸, o qual realizou atendimentos de demandas do Sistema Único de Saúde (SUS) até 2017, mesmo com o funcionamento do SERSAM no município – inaugurado em 1996 como CAPS II, sendo qualificado para CAPS III em 2008. Em vista disso, nota-se na cidade uma cultura medicalizante e de hospitalização, que pode refletir em estigmatização e desumanização do cuidado, contribuindo para a perpetuação de uma visão reducionista da saúde mental, que ignora as interações sociais e o contexto de vida dos sujeitos.

Implantação do Diálogo Aberto em Divinópolis (MG)

Em junho de 2022, a Atenção Especializada do município teve seu primeiro gerente de saúde mental, cargo pela primeira vez assumido na saúde pública do município. Essa gerência, buscando implementar abordagens inovadoras em saúde mental, elaborou projetos que participaram de um Edital de Verbas Pecuniárias, promovido pelo Fórum da Comarca, sendo contemplado em valor integral do projeto de implantação do DA.

Esse valor possibilitou a contratação de duas profissionais que ficaram exclusivas para a implantação e prática do DA na RAPS, durante seis meses. Após elaboração de processo seletivo específico para esse objetivo, foram contratadas uma enfermeira e, posteriormente, uma psicóloga para a assistência com o DA. A primeira contratação se deu quatro meses após o recebimento da verba, e a segunda contratação, cinco meses após. O gerente de saúde mental do município se encarregou de realizar as capacitações das profissionais e acompanhá-las na prática da abordagem nos primeiros meses de implantação. Dessa forma, o DA iniciou suas atividades em Divinópolis a partir de maio de 2023. Durante sua implementação, a RAPS foi orientada sobre

o início da prática do DA, tendo todos os dispositivos de saúde mental do município abertura para encaminhar usuários a serem acompanhados pela abordagem, principalmente os CAPS III, Ad III e infantjuvenil.

Como apresentado, os principais resultados do DA, em pesquisas realizadas na Finlândia, se referem a aplicação da abordagem em pessoas que apresentaram sintomas psicóticos, sendo preferencialmente realizado nos primeiros episódios de psicose, apesar da abordagem também ser aplicada em todos os casos de crise psíquica. Em Divinópolis, vemos a abordagem tendo um direcionamento inicial de aplicação nas primeiras crises psíquicas, e não somente psicóticas. Por esse motivo, nota-se que a equipe do DA foi acionada com maior frequência pelos profissionais do CAPS-ij, onde as primeiras crises psíquicas surgiam em maior número. Contudo, nota-se, também, encaminhamentos de usuários pelo CAPS III e o CAPS Ad III, apresentando resultados satisfatórios, como será relatado posteriormente.

Desde sua implantação, os serviços da RAPS encaminharam para o DA 75 usuários. Desses, 68 foram acompanhados pelo DA. Dos casos acompanhados, 21 são do sexo feminino, e 18 do sexo masculino – 29 não foram informados. Baseados na determinação de faixa etária do Brasil¹⁹⁻²¹, notamos grande predominância de acompanhados adolescentes e jovens – 25 usuários – dados que corroboram com diretrizes de 2020 da Organização Mundial da Saúde (OMS)²², as quais demonstram que, comumente, as primeiras crises psíquicas ocorrem na adolescência. Ademais, computamos quatro crianças, oito adultos e dois idosos – tendo 29 não informados quanto a idade.

Dos usuários acompanhados, 44 relataram melhora dos sinais e sintomas – três não relataram melhora, 21 não informaram. De todos os atendidos, 49 receberam alta do acompanhamento – 25 altas melhoradas, seis altas a pedido, quatorze altas por abandono e quatro não informadas. Dos 49 usuários em alta, dezoito relataram desprescrição e diminuição da medicação psicotrópica em uso – sete não diminuíram, um aumentou e 23 não informaram.

Dos usuários acompanhados, apenas em quatro situações não foram informadas queixas iniciais. A maioria apresentava mais de uma queixa inicial, assim, os dados a seguir não são acumulativos, e sim, transpostos. Dos 64 informados, vemos grande predominância em quadros de automutilação – quatorze usuários – e, em segundo, notamos quadros com sintomas depressivos – treze usuários. Dentro dessa ótica, percebe-se número significativo de quadros de Tentativa de Autoextermínio (TAE) – onze usuários – tendo também cinco pessoas apresentando Ideação de Autoextermínio (IAE). Em dois estudos^{23,24} de revisão sistemática de prevalência de transtornos mentais, verificamos informações que corroboram tais dados. Na faixa entre criança e adolescente, os estudos demonstram maior frequência de quadros depressivos, seguido de transtorno de ansiedade. Já os estudos referentes à faixa de adultos, atestam uma predominância de transtorno de ansiedade, seguida de estados fóbicos e depressivos.

Com relação à queixa inicial, alguns dos usuários trouxeram não sintomas, mas quadros com diagnósticos fechados – três com Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH); três com Transtorno Opositor Desafiador (TOD); um com Transtorno do Espectro Autista (TEA); um com Transtorno Afetivo Bipolar (TAB). Desse modo, computaram-se onze queixas iniciais de agressividade; sete de ansiedade; três de fobia social; dois de crise de pânico; dois de agitação; dois de evasão escolar; e um de comportamento desafiador. Demarca-se também a ocorrência de Transtornos Alimentares – dois de bulimia e um de anorexia – e de transtornos referentes a uso de substâncias – sete usuários. Por fim, vemos três queixas iniciais referentes a psicose, porém, inúmeros usuários relataram sintomas e sinais psicóticos – doze relataram delírios, sete alucinações, e três relataram confusão mental e falas desconexas.

Os usuários encaminhados para o DA são acompanhados em conjunto com a equipe de referência do dispositivo que realizou o referenciamento e a equipe do DA. Para além, reuniões de rede são realizadas entre

a equipe do DA e a equipe de referência, para discussão dos casos e melhor direcionamento dos mesmos, sempre respeitando um dos princípios basilares do DA, segundo o qual as decisões tomadas sobre o caso são realizadas nas reuniões do DA, não sendo realizados direcionamentos referentes ao caso em momentos em que o usuário e sua rede social/familiar não estão presentes. A equipe do DA e do dispositivo em questão discutem com o usuário e rede social/familiar alguma sugestão que, por ventura, tenha sido levantada nas reuniões de equipe.

Em seguida à possível estabilização do quadro, os casos são compartilhados com a Atenção Primária a Saúde (APS), que se encarrega da continuidade do cuidado, sendo orientada a entrar em contato com as equipes de referência de saúde mental a qualquer momento. Até o momento, as equipes da APS ainda não foram capacitadas quanto ao manejo com o DA, estando esta atividade na programação da gerência de saúde mental do município.

Após os primeiros seis meses de atividade da equipe do DA, e o término do incentivo de custeio da equipe advinda do Edital das Verbas Pecuniárias, em dezembro de 2022, a gerência de saúde mental, em conjunto com a equipe do DA, se reuniu com a Secretaria Municipal de Saúde para apresentar os resultados preliminares da abordagem. Os indicadores demonstraram o custo-benefício do DA para o município, como a diminuição nos gastos com a permanência dos usuários dentro dos serviços, seja com alimentação, transporte e medicação, seja com o tempo dos profissionais, que pode ser investido em outras atividades, como matriciamento, ações territoriais, capacitação, entre outras. Além disso, notou-se satisfação dos familiares e usuários em receber uma abordagem tão diferente e humana de tratamento em saúde mental. A secretaria de saúde, ao analisar os resultados, decidiu manter a abordagem, agora com a manutenção da equipe sendo realizada com recursos financeiros do município.

Desse modo, a equipe do DA mantém suas atividades recebendo encaminhamentos dos dispositivos de saúde mental, e já identifica a necessidade de ampliação da equipe. É urgente a necessidade de gestores da saúde e saúde mental que conheçam a prática do DA e compreendam seus benefícios para a população e para os profissionais de saúde mental. Estudos^{25,26} demonstram que profissionais de saúde mental que trabalham e/ou tiveram capacitação para atuar com modelos de assistência mais humanizado, como o DA, exercem suas funções com maior satisfação e, consequentemente, podem apresentar menos sofrimento psíquico, menos exaustões mentais, menos absenteísmo e mais comprometimento com o trabalho exercido.

Considerações finais

A experiência com o DA no município mineiro de Divinópolis encontra-se em pleno processo de implementação e expansão de suas atividades. Este relato de experiência não dá conta das experiências vividas pela equipe e pelas transformações presenciadas e sentidas nas reuniões com o DA.

Os dados iniciais apresentam potencial para uma mudança paradigmática no cuidado em saúde mental. Evidenciam, embora em nível de relato de experiência, que o cuidado psiquiátrico vigente e preponderante pode se modificar e absorver as novas abordagens em saúde mental, principalmente o DA. A prática, embora iniciante, aponta para um cuidado territorial, não invasivo, em que se respeita os saberes dos usuários e familiares, e de continuidade terapêutica em que o usuário pode não se sentir sozinho em suas escolhas e decisões.

Assim, mais serviços de saúde mental podem e precisam se aproximar dessa abordagem em específico, pois ela sintetiza os anseios e desejos de toda uma classe de profissionais, usuários e familiares que acreditam e lutam por uma reforma psiquiátrica efetiva e democrática.

Referências

1. Kantorski LP, Cardano M. Diálogo aberto: um método para enfrentamento da psicose. Expressa Extensão. ISSN 2358-8195. 2017; 22(1):13-21.
2. Kantorski LP, Cardano M. Diálogo Aberto: a experiência finlandesa e suas contribuições. Saúde debate | Rio de Janeiro. 2017; 41(112):23-32.
3. Villares CC. Pelos caminhos do diálogo aberto: reflexões sobre aprender, praticar e formar profissionais no contexto da saúde mental no Brasil. Nova Perspectiva Sistêmica. 2019; 28(65): 98-113.
4. Florence AC. A abordagem Open Dialogue: história, princípios e evidências. Revista Polis e Psique. 2018; 8(1): 191-211.
5. Razzaque R, Wood L. Open dialogue and its relevance to the NHS: opinions of NHS staff and service users. Community Ment Health. 2015; 51(8): 931-938
6. Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa [internet]. São Paulo: Editora Melhoramentos; 2025 [acesso em 2 fev 2025]. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=iatrogenia>
7. Kantorski LP, Cardano M. O diálogo aberto e os desafios para sua implementação – análise a partir da revisão da literatura. Ciênc Saúde Colet. 2019; 24(1): 229-246.
8. Whitaker R. Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017.
9. Freitas F, Amarante P. Medicinalização em psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015.
10. Seikkula J. Il dialogo aperto: l'approccio finlandese alle gravi crisi psichiatriche. Roma: Giovani Fioriti Editore; 2014.
11. Dias MJF. Open dialogue: uma experiência no Brasil. Diversitates Int J. 2017; 09(3): 97-110.
12. Paula G. Diálogo aberto: o envolvimento da família e amigos no cuidado da saúde mental em Carmo do Cajuru-MG. Portal Conasems [internet]. 2021 [acesso em 3 fev 2025]. Disponível em: https://portal.conasems.org.br/brasil-aqui-tem-sus/reportagens-especiais/28_dialogo-aberto-o-envolvimento-da-familia-e-amigos-no-cuidado-da-saude-mental-em-carmo-do-cajuru-mg
13. Santomauro LS. Open Dialogue: história, princípios e experiências de implementação [tese]. Volta Redonda: Instituto de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Federal Fluminense; 2022.
14. Ramos, TM. 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.
15. Schallemberger JB, Colet CF. Assessment of dependence and anxiety among benzodiazepine users in a provincial municipality in Rio Grande do Sul, Brazil. Rev Trend in Psychiatry and Psychotherapy [internet]. 2016 [acesso em 3 fev 2025]; 38(2): 63–70. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2015-0041>
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo Brasileiro de 2022 [internet]. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/divinopolis/panorama>
17. Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis (MG). Plano municipal de saúde 2022-2025. Divinópolis: Prefeitura Municipal de Divinópolis; 2023.
18. Machado RM, Carvalho APS, Nunes FDD, Resende KA, Oliveira SP, Ferreira TC. História da saúde mental de Divinópolis - MG. R. Enferm. Cent. O. Min. [internet]; 2013 [acesso em 20 fev 2025]. Disponível em: <https://seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/228>
19. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [internet]. 1990 [acesso em 2 fev 2025]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm#:~:text=Art.%202%C2%BA%20Considera%2Dse%20crian%C3%A7a,Par%C3%A1grafo%20%C3%BAnico.
20. Brasil. Lei nº 12852, de 5 de agosto de 2013. Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE. 2013 [acesso em 3 fev 2025]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12852.htm
21. Brasil. Lei nº 14423, de 22 de julho de 2022. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para substituir, em toda a Lei, as expressões idoso e idosos pelas expressões pessoa idosa e pessoas idosas, respectivamente. 2022 [acesso em 2 fev 2025]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14423.htm#art2

22. World Health Organization - WHO. Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents: helping adolescents thrive [internet]. Geneva: 2020 [acesso em 3 fev 2025]. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/mental-health/guidelines-on-mental-health-promotive-and-preventive-interventions-for-adolescents-hat.pdf>
23. Thiengo DL, Cavalcante MT, Lovisi GM. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. *J bras psiquiatr* [internet]. 2014; 63(4): 360–72. Doi: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000046>
24. Santos ÉG, Siqueira MM. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *J bras psiquiatr* [internet]. 2010 [acesso em 3 fev 2025]; 59(3): 238–46. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852010000300011>
25. Skourteli MC, Issari P, Dimou L, Antonopoulou AOA, Bairami G, Stefanidou A, Kouroglou V, Stylianidis S. The introduction and implementation of open dialogue in a day center in Athens. *Front. Psychol* [internet] 2023; 14:1074203. Doi: 10.3389/fpsyg.2023.1074203
26. Cho S, Cho YH, Noh JS, Jeong SK, Kim SK, Kim S. Introducing Open Dialogue as part of the WHO QualityRights Project in South Korea: experiences and opinions from an introductory workshop and 1-year pilot practice. *Front. Psychol* [internet] 2024; 15:1426122. Doi: 10.3389/fpsyg.2024.1426122