



DIREITOS HUMANOS, RECOVERY E CUIDADO CENTRADO NA PESSOA EM SAÚDE MENTAL: EXPERIÊNCIAS COM GRUPOS DE OUVIDORES DE VOZES E OPEN DIALOGUE¹

Human rights, recovery, and person-centered care in mental health: experiences with hearing voices groups and open dialogue

Derechos humanos, recovery y atención centrada en la persona en salud mental: experiencias con grupos de oyentes de voces y diálogo abierto



Clarissa Mendonça Corradi-Webster  



Thiago Magela Ramos  



Ramiz Candeloro Pedroso de Moraes  



Priscilla Regina Cordeiro  

¹ Parte da estruturação inicial deste texto contou com o auxílio de ferramentas de inteligência artificial para organização textual, revisada adaptada e validada pelos autores e autoras.

Resumo

O paradigma do recovery e o cuidado centrado na pessoa têm ganhado destaque nas discussões contemporâneas sobre saúde mental por proporem formas de cuidado orientadas pela autonomia, participação social e reconhecimento das pessoas em sofrimento psíquico como sujeitos de direitos. O presente artigo tem como objetivo discutir as relações entre direitos humanos, recovery e cuidado centrado na pessoa no campo da saúde mental, apresentando os Grupos de Ouvidores de Vozes e o Open Dialogue como exemplos de práticas comprometidas com esses princípios. Trata-se de um artigo teórico-reflexivo, fundamentado na literatura nacional e internacional e na discussão de experiências brasileiras. As experiências analisadas indicam possibilidades de construção de formas de cuidado menos centradas na medicalização e na autoridade exclusiva dos profissionais, valorizando a experiência vivida, o diálogo, as redes sociais e a construção compartilhada do cuidado. **Palavras-chave:** Serviços de Saúde Mental; Direitos Humanos; Centro de Atenção Psicossocial; Movimento de Luta Antimanicomial.

Abstract

The Recovery paradigm and person-centered care have gained prominence in contemporary discussions about mental health by proposing care approaches guided by autonomy, social participation, and recognition of people experiencing psychological distress as subjects of rights. This article aims to discuss the relationships between human rights, recovery, and person-centered care in the mental health field, presenting Hearing Voices Groups and Open Dialogue as examples of practices committed to these principles. This is a theoretical-reflective article, grounded in national and international literature and in the discussion of Brazilian experiences. The analyzed experiences indicate possibilities for building care approaches less centered on medicalization and the exclusive authority of professionals, valuing lived experience, dialogue, social networks, and shared construction of care.

Keywords: Mental Health Services; Human Rights; Psychosocial Care Center; Anti-asylum Movement.

Resumen

El paradigma del recovery y la atención centrada en la persona han ganado prominencia en las discusiones contemporâneas sobre salud mental al proponer enfoques de atención guiados por la autonomía, la participación social y el reconocimiento de las personas que experimentan sufrimiento psicológico como sujetos de derechos. Este artículo tiene como objetivo discutir las relaciones entre derechos humanos, recovery y atención centrada en la persona en el campo de la salud mental, presentando Grupos de Oyentes de Voces y Diálogo Abierto como ejemplos de prácticas comprometidas con estos principios. Se trata de un artículo teórico-reflexivo, fundamentado en la literatura nacional e internacional y en la discusión de experiencias brasileñas. Las experiencias analizadas indican posibilidades de construcción de enfoques de atención menos centrados en la medicalización y la autoridad exclusiva de los profesionales, valorando la experiencia vivida, el diálogo, las redes sociales y la construcción compartida de la atención.

Palabras clave: Servicios de Salud Mental; Derechos Humanos; Centro de Atención Psicossocial; Movimiento Antimanicomial.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) os direitos humanos constituem fundamento inseparável da saúde mental, pois o bem-estar psíquico não depende apenas da ausência ou do manejo de sintomas, mas também das condições concretas de viver com dignidade, exercer autonomia, participar da vida social e pertencer à comunidade (World Health Organization, 2019). Nessa perspectiva, a possibilidade de enfrentar dificuldades e construir uma vida com sentido está diretamente relacionada ao reconhecimento da pessoa como sujeito de direitos e ao entendimento de que a saúde mental integra o próprio direito à saúde.

O Relatório Mundial de Saúde Mental (World Health Organization, 2022) aprofunda essa compreensão ao reconhecer a saúde mental como direito humano fundamental, que envolve proteção contra riscos, acesso a cuidados de qualidade e inclusão comunitária. O mesmo documento, contudo, aponta violações persistentes desse direito, expressas na exclusão social, na discriminação em direitos civis básicos, nas barreiras ao acesso a oportunidades essenciais e em abusos institucionais, como negligência, contenções inadequadas e intervenções coercitivas sem consentimento informado.

Diante disso, o cuidado em saúde mental não pode se restringir ao manejo clínico de sintomas. É necessário considerar os determinantes sociais, econômicos, políticos e culturais que atravessam o sofrimento humano, bem como assegurar a participação ativa das pessoas nas decisões sobre seu cuidado. Isso requer transformar modelos assistenciais que historicamente controlam e silenciam as pessoas, reduzem suas experiências à medicalização excessiva, sustentam práticas segregadoras, reproduzem estigmas, limitam a participação social e lhes retiram o poder de decidir sobre a própria vida.

É nesse horizonte de transformação que se inscrevem duas perspectivas complementares: o paradigma do recovery e o cuidado centrado na pessoa. Embora distintas em suas origens e ênfases, ambas convergem na defesa da autonomia, da participação ativa e do reconhecimento da pessoa como sujeito de direitos. Enquanto o cuidado centrado na pessoa enfatiza a construção compartilhada do cuidado e o respeito às preferências e experiências individuais, o recovery amplia esse horizonte ao incorporar dimensões como cidadania, pertencimento comunitário e participação social como elementos centrais do cuidado em saúde mental. Este artigo examina essas perspectivas e apresenta dois dispositivos que buscam materializá-las na prática: os Grupos de ouvidores de vozes e o Open Dialogue.

No campo da saúde mental, o paradigma do recovery tem se consolidado como perspectiva amplamente alinhada aos princípios dos direitos humanos. Sua emergência histórica está vinculada aos movimentos de pessoas com experiência vivida que contestaram práticas psiquiátricas excludentes e reivindicaram autonomia, respeito e participação (Corradi-Webster et al., 2024). Recovery pode ser compreendido como um processo pessoal, contínuo e não linear por meio do qual a pessoa reconstrói um senso de identidade positiva, pertencimento e possibilidade de viver de forma autônoma, mesmo diante da permanência de sintomas (Davidson, 2016). Trata-se de uma trajetória singular de mudança, na qual o indivíduo desenvolve atitudes, valores e habilidades que lhe permitem conduzir a própria vida, alcançar bem-estar e realizar seu potencial.

Essa concepção representou uma ruptura com o pessimismo clínico que, por muito tempo, sustentou a ideia de que pessoas com transtornos mentais graves não poderiam construir uma vida plena e significativa. Com o avanço do conceito, no entanto, também apareceram tensionamentos. A ênfase na jornada pessoal e singular passou a ser utilizada, em alguns contextos, para justificar a redução de recursos destinados aos serviços, sob o argumento de que o processo dependeria predominantemente do esforço individual (Rowe & Davidson, 2016). Tal leitura desconsidera que o recovery não se constrói de forma isolada: ele se realiza nas relações, no acesso a oportunidades concretas e em contextos sociais que favoreçam participação, reconhecimento, segurança e exercício de direitos (Corradi-Webster et al., 2024).

O paradigma do recovery considera a pessoa em seu contexto de vida, reconhecendo seu protagonismo na definição de metas e sentidos para sua trajetória, ao mesmo tempo em que chama a atenção para o papel das condições sociais e materiais na viabilização dessas escolhas (Bøe, Topor, & Ness, 2026; Davidson & González-Ibáñez, 2017). Desse modo, políticas públicas e serviços de saúde mental devem assumir responsabilidade central na criação das condições que possibilitam esses percursos, em articulação com os princípios dos direitos humanos.

O paradigma do recovery atribui grande importância aos grupos de suporte de pares. Fundamentados na experiência vivida de pessoas que atravessaram situações de sofrimento psíquico, esses espaços se estruturam a partir do compartilhamento de experiências, da solidariedade e do reconhecimento mútuo. Ao favorecerem trocas horizontais, fortalecerem vínculos e ampliarem a participação ativa das pessoas em seus próprios percursos, os grupos de pares contribuem para processos de esperança, empoderamento e reconstrução de projetos de vida, além de tensionarem relações tradicionais de poder no campo da saúde mental (Evans, 2023).

Enquanto o paradigma do recovery emerge das lutas de pessoas que vivenciaram tratamentos psiquiátricos e se reconheciam como “sobreviventes da psiquiatria”, no campo clínico consolida-se uma perspectiva que dialoga com essas questões a partir de outro ângulo: o cuidado centrado na pessoa. Essa perspectiva tem raízes nas contribuições de Carl Rogers, que postulava a existência de uma tendência inata ao desenvolvimento humano e defendia que o papel do terapeuta seria facilitar esse processo em uma relação menos hierárquica, sustentada por empatia, aceitação e autenticidade (Lefurgey, 2025).

No campo da saúde, essa abordagem ganhou força a partir das críticas ao modelo biomédico e da defesa de uma medicina orientada à melhoria dos resultados em saúde. Com o avanço desse debate, o termo “centrado na pessoa” passou a ser adotado para ampliar o olhar para além da condição clínica, enfatizando a compreensão do indivíduo em sua singularidade e em seu contexto de vida (Davidson, Tondora, Miller, & O’Connell, 2015).

No âmbito das políticas públicas, essa perspectiva se traduz na elaboração de planos de cuidado centrados na pessoa, ou seja, processos colaborativos que envolvem o indivíduo, os profissionais e sua rede de apoio, orientados pelos objetivos, valores e projetos de vida da própria pessoa. Quando as pessoas participam ativamente de seu cuidado, os resultados são mais favoráveis, havendo maior

engajamento e permanência no tratamento, melhores desfechos clínicos e funcionais, redução de internações e de uso de serviços de emergência, maior inserção comunitária e melhor qualidade de vida (Davidson, Tondora, Miller, & O'Connell, 2015).

Esse modelo passou a ser incorporado por agências regulatórias de saúde como diretriz para a organização do cuidado, compreendido como proposta integral que demanda uma mudança paradigmática nos serviços. O foco deve deixar de se concentrar exclusivamente no diagnóstico e considerar a pessoa em sua totalidade existencial, colocando autonomia, capacidade jurídica e subjetividade no centro das intervenções (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022).

Nessa direção, o cuidado centrado na pessoa implica reconhecer e valorizar as potencialidades de cada indivíduo, promovendo seu protagonismo na gestão de sua própria condição. O cuidado deixa de ser uma prática unilateral e passa a ser construído de forma colaborativa, envolvendo a pessoa, sua rede de apoio e os diferentes serviços necessários ao seu percurso. Também pressupõe o reconhecimento do direito das pessoas de tomarem decisões sobre suas próprias vidas, ainda que essas escolhas não coincidam com aquelas consideradas ideais pelos profissionais. Assim, o plano de cuidado se orienta pelos objetivos de vida da pessoa, e não apenas por seus sintomas, articulando intervenções que façam sentido em sua trajetória (Davidson, Tondora, Miller & O'Connell, 2015). Na prática clínica, essa perspectiva orienta-se pela proteção e ampliação do direito à autodeterminação, favorecendo que cada indivíduo possa perseguir seus próprios projetos de vida (Davidson & Tondora, 2022). Não basta que a relação entre profissional e pessoa em sofrimento seja respeitosa; é necessário que o planejamento do cuidado seja construído de forma compartilhada, e não definido unilateralmente pelo clínico. Em vez de ocupar posição passiva, a pessoa deve participar ativamente da definição de prioridades, estratégias e apoios necessários ao seu percurso.

Embora o cuidado centrado na pessoa represente um avanço importante na qualificação das práticas clínicas, ao enfatizar a relação terapêutica, a participação e o respeito às preferências individuais, o paradigma do recovery amplia esse horizonte ao deslocar o foco para a vida da pessoa em sua totalidade. Nesse sentido, o recovery não se limita ao contexto dos serviços, mas inclui dimensões como inserção comunitária, trabalho, relações sociais e exercício da cidadania, colocando em questão a própria centralidade dos serviços de saúde mental na organização da vida das pessoas.

O desafio atual não consiste apenas em aderir discursivamente a valores como autonomia, participação e cidadania, mas em produzir arranjos concretos de cuidado capazes de redistribuir poder, legitimar o saber da experiência e sustentar formas reais de inclusão na vida comunitária. Entre as iniciativas que têm buscado materializar esses princípios destacam-se práticas que ampliam a participação das pessoas e de suas redes sociais no cuidado, valorizam a experiência vivida e deslocam o protagonismo exclusivo dos serviços e dos profissionais. É nesse horizonte que emergem os Grupos de Ouvidores de Vozes e o Open Dialogue.

O presente artigo tem como objetivo discutir as relações entre direitos humanos, recovery e cuidado centrado na pessoa no campo da saúde mental, apresentando os Grupos de Ouvidores de Vozes e o Open Dialogue como exemplos de práticas comprometidas com esses princípios.

Grupos de Ouvidores de Vozes

Os Grupos de Ouvidores de Vozes (GOV) constituem um exemplo de suporte de pares alinhado aos princípios dos direitos humanos e ao paradigma do *recovery*. O próprio termo “ouvidor de vozes” representa um deslocamento em relação à linguagem psiquiátrica tradicional, que tende a enquadrar essa experiência como “alucinação auditiva”, frequentemente associada a diagnósticos como psicose ou esquizofrenia. Ao adotar essa nomenclatura, busca-se retirar a experiência de um enquadramento exclusivamente patologizante e ampliar sua compreensão, reconhecendo que diferentes pessoas podem ouvir vozes em distintos contextos, como em experiências religiosas ou situações de intenso estresse. Dessa forma, a terminologia contribui para a naturalização da experiência, a redução do estigma e ao seu reconhecimento como parte possível da experiência humana.

Estes grupos têm tido destaque no cenário brasileiro e internacional e são oriundos do Hearing Voices Movement (HVM) (Corradi-Webster et al., 2024). O HVM é um movimento internacional que objetiva transformar a percepção pública e profissional acerca das experiências de ouvir vozes e ter visões, associadas cientificamente/historicamente às psicoses (Higgs, 2020). Esse movimento nasceu na Holanda nos anos 1980, a partir de diálogos entre a ouvidora de vozes Patsy Hague e seu psiquiatra Marius Romme, na qual as interpretações pessoais de Hague sobre o significado de suas vozes foram valorizadas em detrimento dos diagnósticos clínicos convencionais. Em 1987, essa parceria ganhou visibilidade pública por meio de uma aparição na televisão holandesa, atraindo o contato de centenas de pessoas que vivenciavam fenômenos semelhantes e culminando na organização do primeiro congresso internacional em Utrecht.

A partir desse encontro e de pesquisas posteriores conduzidas por Romme e Sandra Escher, observou-se que muitas pessoas que ouviam vozes não utilizavam serviços psiquiátricos e frequentemente associavam suas vozes a contextos de trauma ou adversidades sociais. Essa trajetória consolidou um modelo emancipatório que redirecionou a compreensão das vozes, antes interpretadas como mero sintoma de uma doença biológica, passando a entendê-las como experiência humana significativa, profundamente enraizada na história de vida e na autodeterminação da pessoa. Ao mesmo tempo, buscou desenvolver formas de apoiar pessoas que ouviam vozes a lidar melhor com essas experiências e ampliar o entendimento de familiares, amigos e profissionais. Nessa perspectiva mais ampla, tal movimento aponta para transformações no próprio campo da psiquiatria (Baker, 2019; Higgs, 2020). Atualmente, o HVM reivindica outras formas de cuidado em saúde mental, fundamentadas nas narrativas pessoais, no suporte mútuo, na cooperação e no respeito à diversidade de modos de vivenciar o sofrimento psíquico (Longden, Read, & Dillon, 2017).

Uma das estratégias mais eficazes para operacionalizar as propostas do Movimento, são os *Grupos de Ouvidores de Vozes* (GOV) (Rufato & Corradi-Webster, 2024). Estes grupos funcionam como espaços coletivos de apoio mútuo, nos quais a experiência de ouvir vozes é tratada como significativa

e digna de ser compreendida, e não como algo que deva ser silenciado ou patologizado de imediato. A participação é voluntária e o ambiente é estruturado para garantir segurança, acolhimento e respeito às diferentes formas de vivenciar as vozes. Durante os encontros, os participantes compartilham relatos, exploram sentidos possíveis para as vozes, identificam padrões, desenvolvem estratégias práticas de manejo e refletem coletivamente sobre o impacto dessas experiências em suas vidas (Rufato et al, 2023). Os facilitadores, preferencialmente incluindo pessoas com experiência vivida, sustentam uma postura horizontal, estimulando a curiosidade, a autonomia e a construção de novos significados (Corradi-Webster, Santos, & Leão, 2017). Ao fortalecer vínculos, ampliar redes de apoio e promover a esperança por meio de relatos de superação, esses grupos contribuem para processos de recovery, favorecendo maior compreensão, diminuição do medo, ampliação do autocontrole e fortalecimento da cidadania no campo da saúde mental (Corradi-Webster, Leão, & Rufato, 2018).

Um dos primeiros Grupos de Ouvidores de Vozes do Brasil foi implantado no município de Ribeirão Preto – São Paulo e, ao longo de dez anos, consolidou-se como espaço de fortalecimento da autonomia dos participantes e de construção coletiva de novas formas de apoio. Nesse percurso, a iniciativa expandiu-se para encontros semanais no CAPS, atividades em formato remoto de alcance nacional, reuniões mensais em biblioteca comunitária municipal e suporte contínuo via WhatsApp. Atualmente, reconhecido como movimento social independente, o grupo conta com seus próprios membros na organização e disseminação da proposta em novos serviços da rede local de saúde mental (Corradi-Webster, Coutinho, Candeloro, & Rufato, 2026).

A experiência em Ribeirão Preto apontou para atitudes que contribuem significativamente para os processos de enfrentamento e superação. Os participantes constroem coletivamente um ambiente de acolhimento, no qual diferentes perspectivas são respeitadas e as narrativas de sofrimento encontram espaço legítimo de expressão. Observa-se também a adoção de uma postura investigativa e aberta em relação às vozes, buscando compreendê-las e atribuir novos significados às experiências, o que favorece a elaboração de modos mais construtivos de se relacionar com elas. Além disso, o grupo possibilita o fortalecimento de vínculos e a ampliação das redes de apoio, aspectos essenciais à inclusão comunitária. Por fim, o compartilhamento de trajetórias de superação e de transformações positivas vivenciadas pelos próprios membros atua como fonte concreta de esperança, estimulando a percepção de possibilidades de mudança e crescimento (Rufato et al., 2021).

Para os participantes, os grupos constituem espaços de livre partilha onde é possível construir novos sentidos sobre a experiência de ouvir vozes, trocar estratégias de manejo e fortalecer vínculos de apoio mútuo e autoaceitação. A participação deve ser estritamente voluntária, respeitando o protagonismo e a autonomia do indivíduo, princípios fundamentais do paradigma do *recovery*. Além de oferecer recursos para lidar com o sofrimento e discutir temas como o uso de psicofármacos, a modalidade de suporte por pares amplia a rede social e auxilia no enfrentamento do estigma associado ao transtorno mental (Corradi-Webster, Coutinho, Candeloro, & Rufato, 2026).

A implementação de Grupos de Ouvidores de Vozes em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) brasileiros demanda uma articulação estratégica entre a gestão e os profissionais, visando garantir a legitimidade e a continuidade da proposta tanto dentro quanto fora do serviço de saúde. Os profissionais responsáveis por essas iniciativas geralmente apresentam um perfil engajado na reforma psiquiátrica de base comunitária e atuam inicialmente como “incubadores de autonomia”, facilitando o processo até que lideranças entre os próprios usuários assumam o protagonismo. É imperativo que esses técnicos possuam formação sólida no paradigma do *recovery* e na abordagem do Hearing Voice Movement (HVM), evitando que o grupo se torne uma atividade terapêutica convencional ou focada meramente em psicoeducação medicamentosa (Corradi-Webster, Coutinho, Candeloro, & Rufato, 2026).

Os Grupos de Ouvidores de Vozes produzem, na prática cotidiana, formas de cuidado alinhadas à abordagem centrada na pessoa, ao paradigma do *recovery* e à defesa dos direitos humanos em saúde mental. Ao reconhecerem a experiência de ouvir vozes como algo que pode ser compreendido e compartilhado, e não apenas silenciado ou patologizado, esses espaços favorecem autonomia, acolhimento e construção coletiva de estratégias de enfrentamento. A horizontalidade das relações, a valorização da experiência vivida e o fortalecimento das redes de apoio contribuem para processos de *recovery*, ampliando esperança, pertencimento social e participação na vida comunitária.

Além disso, os GOV dialogam diretamente com os princípios da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial ao fortalecerem formas comunitárias de cuidado e enfrentarem práticas marcadas pela segregação, pelo estigma e pela exclusão social. Mais do que grupos terapêuticos, constituem espaços de produção de cidadania e protagonismo, nos quais pessoas com experiência vivida deixam de ocupar um lugar passivo no cuidado e passam a participar ativamente da construção de novos sentidos para suas trajetórias e para o próprio campo da saúde mental.

O Diálogo Aberto

A OMS recomenda que os serviços de saúde mental sejam orientados por práticas baseadas no *recovery* e destaca o Diálogo Aberto (Open Dialogue) como uma abordagem capaz de promover cuidado centrado na pessoa e alinhado aos direitos humanos (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022). Trata-se de uma abordagem de origem finlandesa, desenvolvida a partir do Tratamento Adaptado às Necessidades, inicialmente voltada ao cuidado em crises psicóticas, mas atualmente aplicável a diferentes situações de sofrimento psíquico (Seikkula, Alakare, & Aaltonen, 2023).

No contexto brasileiro, sua incorporação pode ser compreendida não como uma proposta estrangeira e distante da realidade nacional, mas como um aprofundamento de princípios já presentes na tradição da atenção psicossocial e da reforma psiquiátrica no país, especialmente aqueles relacionados ao cuidado territorial, à centralidade da rede e à produção de autonomia e cidadania. A reabilitação psicossocial sustenta grande parte das práticas em saúde mental no país,

enquanto o recovery amplia esse campo ao recolocar em perspectiva a autonomia, o protagonismo e a experiência vivida dos sujeitos (Anastácio & Furtado, 2013). Nesse sentido, o Diálogo Aberto pode ser entendido como uma abordagem que tensiona e qualifica essas práticas, contribuindo para sua radicalização ética e clínica, ao fortalecer processos de participação, construção compartilhada do cuidado e valorização das narrativas dos sujeitos.

A abordagem propõe um cuidado territorial, longitudinal e centrado nas relações, envolvendo ativamente a rede social e familiar da pessoa. As reuniões dialógicas ocorrem, preferencialmente, nos contextos de vida do sujeito, como o domicílio, e têm o diálogo como principal recurso de cuidado (Seikkula, 2014). Mais do que uma técnica, trata-se de uma mudança de posicionamento clínico e institucional, na qual o cuidado deixa de ser algo “oferecido ao paciente” e passa a ser construído com as pessoas, em um processo compartilhado, sustentado pela tomada de decisão apoiada, assegurando a participação ativa de pessoas com experiência vivida como protagonistas de seu próprio cuidado.

Embora possua fundamentos teóricos consistentes, o Diálogo Aberto não deve ser compreendido como um método fechado ou prescritivo, mas como uma abordagem que se constrói na relação, exigindo sensibilidade ao contexto, às singularidades e às demandas de cada território. Dessa forma, seus princípios funcionam como orientadores da prática, e não como regras fixas.

Inicialmente orientado para o cuidado em crises psicóticas, o Diálogo Aberto pode ser utilizado em diferentes situações de sofrimento psíquico, mantendo como referência o mesmo conjunto de princípios, independentemente do diagnóstico (Seikkula, Alakare, & Aaltonen, 2023). Apresenta diretrizes para um cuidado territorial, longitudinal e que envolve a rede social e familiar do usuário (Seikkula, 2014).

Entre seus princípios fundamentais estão: (1) *ajuda imediata*, uma vez que o primeiro contato com a pessoa em crise e sua rede social é realizado nas primeiras 24 horas após a busca pelo serviço de crise, contribuindo para evitar o agravamento da crise e reduzir a necessidade de internações; (2) *inclusão da rede social e familiar* – familiares, amigos e outros vínculos significativos da pessoa em crise são convidados a participar não apenas da primeira reunião, mas de todo o processo de acompanhamento; (3) *flexibilidade* – o cuidado é adaptado às demandas específicas de cada caso; (4) *responsabilidade* – o profissional que recebe o primeiro pedido de ajuda organiza e se responsabiliza pelo acompanhamento do caso; (5) *tolerância à incerteza* – evita decisões precipitadas, como o uso imediato de neurolépticos; (6) *continuidade psicológica* – garante acompanhamento da pessoa em crise ao longo do tratamento; e (7) *dialogismo* – sustenta a compreensão de que a experiência pode assumir diferentes significados para cada pessoa, não havendo uma única verdade a ser imposta, e que o cuidado se constrói no diálogo, por meio da produção compartilhada de sentidos e da abertura a diferentes possibilidades de compreensão e ação (Seikkula, 2016).

O Diálogo Aberto, como defende o criador da abordagem, Jaakko Seikkula, não é uma prática orientada pela teoria, mas uma prática orientada pela própria prática; por isso, precisa ser adaptado aos diferentes territórios e às demandas que cada contexto apresenta (Florence & Yasui, 2019). Ao

sustentar uma prática de cuidado centrada na pessoa, propõe um deslocamento em relação ao modelo biomédico tradicional, que tende a compreender o sofrimento psíquico como expressão de uma patologia a ser suprimida. Nesse modelo, a ciência psiquiátrica frequentemente ocupa um lugar hegemônico, e a prescrição medicamentosa aparece como principal recurso terapêutico. Em contraposição, o Diálogo Aberto compreende a crise como uma experiência singular, complexa e situada, que pode ser acolhida como possibilidade de construção de sentido, abrindo espaço para o diálogo e para a ressignificação da experiência de vida.

Essa mudança implica também uma transformação no posicionamento dos profissionais de saúde, que deixam de ocupar exclusivamente o lugar de quem detém o saber para se implicarem na construção conjunta do cuidado. O Diálogo Aberto, nesse sentido, convida o profissional a se rever em sua prática, reconhecendo que o cuidado não se restringe a uma intervenção técnica, mas se dá na relação, na presença e na construção compartilhada de sentidos.

Ao incluir os determinantes sociais, como moradia, trabalho, educação e vínculos, como elementos centrais do cuidado, a abordagem se aproxima diretamente dos princípios da reabilitação psicossocial e do recovery. A redução do sujeito aos sintomas pode apagar sua história e seu contexto, dificultando a construção de respostas mais amplas ao sofrimento. Quando o diálogo não é sustentado, há maior risco de adoção de práticas coercitivas e de encaminhamentos para internações que poderiam ser evitadas. Por outro lado, quando se sustenta a escuta, a presença e a relação, ampliam-se as possibilidades de apoiar o sujeito na construção de novos sentidos para sua experiência, favorecendo movimentos de autonomia, pertencimento e continuidade da vida, mesmo diante do sofrimento.

Nesse processo, destacam-se elementos fundamentais como a tomada de decisão apoiada, a participação ativa das pessoas com experiência vivida, a valorização de seus saberes, a integração com a rede social e a consideração dos determinantes sociais da saúde. Também se reconhece a dimensão da espiritualidade como possibilidade de produção de sentido, esperança e reconstrução de projetos de vida.

Os resultados associados a essa abordagem vêm sendo acumulados ao longo de mais de 30 anos de pesquisas realizadas na Finlândia e em outros países. As principais evidências correlacionam o Diálogo Aberto à redução do uso de medicação durante o acompanhamento de crises psíquicas e ao longo do tratamento; à diminuição de internações hospitalares; à redução de sintomas residuais; à diminuição de internações hospitalares; e à ampliação da inserção social seja pelo estudo, seja pelo trabalho, entre outros aspectos (Kantorski, Cardano, 2019). No Reino Unido, está sendo conduzido o primeiro ensaio clínico randomizado intitulado *Open Dialogue: Development and Evaluation of a Social Network Intervention for Severe Mental Illness* (ODDESSI) desde 2017 (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022).

No Brasil, embora, as experiências com o Diálogo Aberto sejam incipientes, especialmente nos serviços públicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), elas vêm apontando resultados favoráveis e indicam a viabilidade de sua adaptação aos diferentes territórios. Na literatura, identifica-se um

artigo original relatando a experiência no município de Jaraguá do Sul/SC, no qual a abordagem, ao longo de dois anos de implementação, esteve associada à redução de uso medicamentoso, à diminuição de internações e à melhora na qualidade de vida no período pós-crise (Dias, 2017).

Para além, a literatura apresenta experiências com a abordagem realizada em um CAPS I no município de Carmo do Cajuru/MG, relatadas em uma matéria (Paula, 2022) do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e em uma dissertação de mestrado ainda não divulgada na íntegra (Ramos, Figueiredo, 2024). Há dois relatos de experiências que apresentam a implantação da abordagem na RAPS do município de Divinópolis/MG (Ramos, Tibiriçá, Borges, Fagundes, & Coelho, 2025) e no CAPS Ad de Quixadá/CE com uma intervenção baseada nos princípios do Diálogo Aberto (Fiocruz, 2025).

Semelhante aos resultados encontrados na literatura mundial, as experiências no Brasil têm demonstrado dados favoráveis e que justificam sua implementação. Em Jaraguá do Sul/SC a abordagem foi aplicada junto a 10 pessoas entre os anos de 2015 e 2016 e apontou desafios, como a predominância do modelo biomédico, dificuldades na organização da agenda e resistência tanto dos usuários e familiares, quanto da equipe, em não prescrever medicamentos na primeira reunião. Apesar destes desafios, os resultados indicaram um caminho para o cuidado centrado na pessoa, menos invasivo e associado a uma maior qualidade de vida pós crise (Dias, 2017).

Em Carmo do Cajuru/MG a experiência foi realizada durante o ano de 2021 (de janeiro a dezembro) e foi aplicada em 37 pessoas, sendo 20 em primeira crise e 17 em reagudização. Os dados apresentados, disponíveis em forma de resumo na literatura, indicam que 80% das primeiras crises foram estabilizadas em até 03 meses e apenas 27,8% dessas pessoas necessitaram de uso medicamentoso durante todo o acompanhamento, havendo desprescrição em 80% desses casos. Em entrevistas realizadas com os profissionais que implementaram o Diálogo Aberto no município, foi relatado que a abordagem ocorreu em meio a desafios e dificuldades inerentes ao cuidado mesmo da saúde mental e ao modelo psiquiátrico vigente, mas contribuiu para reacender a expectativa de visualizarem uma saúde mental voltada para o sujeito e respeitando suas decisões (Ramos & Figueiredo, 2024).

Em Divinópolis/MG, a abordagem teve início em maio de 2023 e seguia em desenvolvimento até a divulgação do relato de experiência, em dezembro de 2025. Sessenta e oito (68) pessoas foram acompanhados nesse período, sendo a equipe do Diálogo Aberto responsável por atender encaminhamentos provenientes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diferentes modalidades (CAPS III, CAPS AD III e CAPS ij) do município. Segundo o relato, a experiência apresentou potencial para transformação do paradigma em saúde mental, indicando que a assistência em saúde mental pode incorporar abordagens centradas na pessoa e um cuidado territorial, não invasivo, que respeita os direitos humanos e os saberes dos usuários e familiares, é possível mesmo diante dos desafios enfrentados pelos profissionais de saúde mental (Ramos et al, 2025).

No CAPS Ad de Quixadá/CE a experiência baseada nos princípios do Diálogo Aberto teve início em 2022. Além desses princípios, a proposta articula o cuidado com Práticas Integrativas e

Complementares (PICs), como meditação e Terapia Comunitária, e a Abordagem Sistêmica Familiar. Segundo relato apresentado, a abordagem tem produzido resultados positivos, como a remissão de sintomas psicóticos. Além disso, os profissionais observaram um fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, maior adesão ao acompanhamento; redução no uso de substâncias psicoativas; e aumento da autonomia dos usuários (Fiocruz, 2025).

As experiências com o Diálogo Aberto no Brasil ainda estão em construção e, embora demonstrem desafios e dificuldades, como resistências institucionais e a necessidade de formação de profissionais para atuação dialógica, apontam para questões que podem ser compreendidas e enfrentadas tanto pela gestão quanto pelos profissionais da assistência. Ainda assim, essas experiências indicam a possibilidade de criação de espaços de escuta ativa e transformação conjunta, nos quais não apenas o sujeito em sofrimento se transforma, mas também os profissionais e os modos de cuidar.

Nessa perspectiva, é possível compreender que práticas alinhadas ao Diálogo Aberto se aproximam da reabilitação psicossocial quando produzem desenvolvimento de competências concretas, fortalecimento da autoria e da capacidade de escolha, ampliação de vínculos no território, participação social e maior capacidade de atravessar crises com menor necessidade de tutela (Anastácio & Furtado, 2013). Revelam que, mesmo não sendo aplicadas exatamente como foram inicialmente desenvolvidas na Finlândia, tais práticas podem ser implementadas no Brasil, por estarem alinhadas a um cuidado ético, clínico e político em saúde mental no país, apresentando potencial para resultados semelhantes aos observados em seu contexto de origem e em outras experiências internacionais. Nesse sentido, o Diálogo Aberto não se configura como uma importação integral do modelo finlandês, mas como uma possibilidade concreta de aprofundamento e radicalização das práticas já existentes no campo da saúde mental brasileira.

Considerações Finais

As experiências analisadas neste artigo se inserem em um processo histórico mais amplo de transformação da saúde mental brasileira, fortemente influenciado pela Reforma Psiquiátrica e pela luta antimanicomial. Ao tensionarem práticas centradas na institucionalização, na medicalização excessiva e na exclusão social, esses movimentos abriram caminho para formas de cuidado orientadas pela autonomia, pela participação social e pelo reconhecimento das pessoas em sofrimento psíquico como sujeitos de direitos.

É nesse contexto de fortalecimento dos direitos humanos no campo da saúde mental que o paradigma do recovery, o cuidado centrado na pessoa e práticas como os Grupos de Ouvidores de Vozes e o Open Dialogue passam a ocupar lugar central nas discussões contemporâneas sobre cuidado, autonomia e participação social.

As experiências discutidas ao longo deste artigo indicam a possibilidade de construção de formas de cuidado menos centradas no controle, na medicalização e na autoridade exclusiva

dos profissionais. Ao ampliarem a participação das pessoas, valorizarem a experiência vivida e fortalecerem redes de apoio e diálogo, essas práticas apontam para modos de cuidado mais comprometidos com autonomia, pertencimento social e vida em comunidade. São iniciativas que reafirmam a necessidade de uma clínica que reconheça o sofrimento psíquico sem reduzi-lo a categorias diagnósticas rígidas, mas o compreenda em sua complexidade relacional, social e existencial.

Ao mesmo tempo, o artigo mostra que a incorporação dessas práticas no contexto brasileiro ainda ocorre em meio a tensões importantes, como a permanência de lógicas biomédicas, relações hierárquicas e dificuldades institucionais para sustentar formas mais horizontais e comunitárias de cuidado. Faz-se preciso fortalecer políticas públicas que promovam formação profissional contínua, suporte institucional e ampliação de dispositivos comunitários orientados pelos princípios dos direitos humanos.

Ainda assim, as experiências analisadas demonstram que é possível construir, nos territórios e nos serviços públicos brasileiros, práticas alinhadas aos direitos humanos sem simplesmente reproduzir modelos internacionais, mas adaptando-os às realidades locais e às trajetórias históricas da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Referências

- Anastácio, C. C., & Furtado, J. P. (2013). Reabilitação psicossocial e recovery: conceitos e influências nos serviços oferecidos pelo sistema de saúde mental. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 4(9), 72–83. <https://doi.org/10.5007/cbsm.v4i9.68691>
- Baker, P. (2019). *A voz interior: Um guia prático para e sobre pessoas que ouvem vozes* (A. Pimentel, N. Malcher & P. Seabra, Orgs.; R. da C. Moura, Trad.; 1a ed.). Belém, PA: UFPA/IFCHQ/PPGP/NUFEN.
- Bøe, T. D., Topor, A., & Ness, O. (2026). Taking mental health practices into social realities: A triologue between Open Dialogue, recovery capital and Power Threat Meaning Framework. *Journal of Constructivist Psychology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/10720537.2026.2643336>
- Corradi-Webster, C. M., Santos, M. V., & Leão, E. A. (2017). Construindo novos sentidos e posicionamentos em saúde mental: Grupo de Ouvidores de Vozes. In E. F. Rasera, K. Taverniers, & O. Vilches-Álvarez (Orgs.), *Construccionismo social en acción: Prácticas inspiradoras en diferentes contextos* (Vol. 1, pp. 167–193). Taos Institute Publications. <https://repositorio.usp.br/item/002925130>
- Corradi-Webster, C. L., Leão, E. A., & Rufato, L. S. (2018). Colaborando na trajetória de superação em saúde mental: Grupo de ouvidores de vozes. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 27(61), 22–34. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-78412018000200003

- Corradi-Webster, C. M., Rodríguez, A. F., Guilger-Primos, C. P., Silva, I. C., Rufato, L. S., Caneloro, N. S. V., & Coutinho, P. J. R. (2024). O paradigma do recovery em pesquisas latinoamericanas em saúde mental. In F. C. S. Lemos, M. R. de Moraes Júnior, & E. M. Senhoras (Orgs.), *Saúde pública: Temas emergentes* (pp. 287–318). Editora IOLE. ISBN 978-65-85212-80-9.
- Corradi-Webster, C. M., Caneloro, N. S. V., Coutinho, P. J. R., & Rufato, L. S. (2026). Implementação de grupos de ouvidores de vozes em serviços de saúde mental: Lições da experiência brasileira. In M. Dimenstein & A. C. R. Simoni (Orgs.), *Cuidados culturais, saúde mental e atenção psicossocial* (Vol. 1, pp. 377–391). Editora Rede Unida. ISBN 978-65-5462-300-1.
- Davidson, L., Tondora, J., Miller, R., & O’Connell, M. J. (2015). Person-centered care. In P. W. Corrigan (Ed.), *Person-centered care for mental illness: The evolution of adherence and self-determination* (pp. 81–102). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14644-005>
- Davidson, L. (2016). The recovery movement: Implications for mental health care and enabling people to participate fully in life. *Health Affairs*, 35(6), 1091–1097. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.0153>
- Davidson, L., & González-Ibáñez, À. (2017). La recuperación centrada en la persona y sus implicaciones en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 189–205. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352017000100011>
- Davidson, L., & Tondora, J. (2022). Person-centred care planning as foundational to clinical practice. *World Psychiatry*, 21(1), 1–2. <https://doi.org/10.1002/wps.20922>
- Dias, M. J. F. (2017). Open dialogue: Uma experiência no Brasil. *Diversitates International Journal*, 9(3), 97–110. <https://doi.org/10.53357/GFFQ5455>
- Evans, M. (2023). *Peer support services reaching people with schizophrenia: Considerations for research and practice*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-031-29042-8>
- Fiocruz Brasília. (2025). Mostra de experiências virtual do projeto Nós na Rede: Grupo de Intervenções Sistêmicas – integrando histórias e acolhendo vidas. <https://brasilia.fiocruz.br/nosnarede/mostra-de-experiencias/grupo-de-intervencoes-sistemicas-integrando-historias-e-acolhendo-vidas>
- Florence, A. C., & Yasui, S. (2019). Abordagem Open Dialogue na Finlândia: Entrevista com Jaakko Seikkula. *Interface (Botucatu)*. <https://doi.org/10.1590/Interface.180239>
- Higgs, R. N. (2020). Reconceptualizing psychosis: The hearing voices movement and social approaches to health. *Health and Human Rights Journal*, 22(1), 133–144. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7348419/>
- Kantorski, L. P., & Cardano, M. (2019). O diálogo aberto e os desafios para sua implementação:

- Análise a partir da revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(1), 229–246. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.32232016>
- Lefurgey, S., Detillieux, S., Shaheen, A., Daigle, P., Nolan, D., & Rudnick, A. (2025). Person-Centered Care: Learning from the Evolution of Mental Health Care. *Encyclopedia*, 5(1), 29. <https://doi.org/10.3390/encyclopedia5010029>
- Longden, E., Read, J., & Dillon, J. (2017). Assessing the impact and effectiveness of Hearing Voices Network self-help groups. *Community Mental Health Journal*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0148-1>
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2022). *Orientações sobre serviços comunitários de saúde mental: Promoção de abordagens centradas na pessoa e baseadas em direitos*. Organização Pan-Americana da Saúde. <https://doi.org/10.37774/9789275726440>
- Paula, G. de. (2022). Diálogo aberto: O envolvimento da família e amigos no cuidado da saúde mental em Carmo do Cajuru-MG. CONASEMS. https://www.conasems.org.br/brasil_aqui_tem_sus/dialogo-aberto-o-envolvimento-da-familiae-amigos-no-cuidado-da-saude-mental-em-carmo-do-cajuru-mg
- Ramos, T. M. & Figueiredo, R. C. 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. https://sig.ufsj.edu.br/sigaa/public/programa/defesas.jsf?lc=pt_BR&id=1616
- Ramos T. M., Tibiriçá V. A., Borges S. A. O., Fagundes A. D. & Coelho E. R. Diálogo Aberto: experiência de implantação no município de Divinópolis (MG) . *Bol Inst Saúde*. 2025; 26(2): 95-101. <https://doi.org/10.52753/bis.v26i2.41926>
- Rowe, M., & Davidson, L. (2016). Recovering citizenship. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 53(1), 14–20. <https://doi.org/10.1521/ijpsy.2016.53.1.14>
- Rufato, L. S., & Corradi-Webster, C. M. (2024). Grupo de ouvidores de vozes: tecendo redes de suporte social em momentos desafiadores. *Revista Caderno Pedagógico*, 21(9). <https://doi.org/10.54033/cadpedv21n9-251>
- Rufato, L. S., Corradi-Webster, C. M., Reis, G., Bien, C., Davidson, L., Bellamy, C. D., & Costa, M. N. (2023). Strategies for the management of voices shared in a Brazilian hearing voices group. *Psychiatric Quarterly*, 94(2), 243–254. <https://doi.org/10.1007/s11126-023-10032-z>
- Rufato, L. S., Corradi-Webster, C. M., Sade, R. M. S., Reis, G. C., Bien, C., & Costa, M. N. (2021). Suporte de pares em saúde mental: Grupo de Ouvidores de Vozes. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 13(36), 156–174. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/76826>
- Seikkula, J. (2014). *Il dialogo aperto: L'approccio finlandese alle gravi crisi psichiatriche*. Giovani Fioriti Editore. ISBN 978-88-95930-86-2

- Seikkula, J. (2016). Open dialogues in the present and the future: New developments. <http://bit.ly/32HPLGF>
- Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2023). Diálogos abertos em psicose, parte 2: Uma comparação de casos com resultados bons e ruins. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 32(76), 7–18. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9943298>
- World Health Organization. (2019). *QualityRights da OMS: Saúde mental, deficiência e direitos humanos: Treinamento principal QualityRights da OMS: saúde mental e serviços sociais*. World Health Organization. <https://sites.usp.br/cedihus/treinamento-qualityrights-da-oms/>
- World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. World Health Organization. ISBN 978-92-4-004933-8.