



O RELATO DE EXPERIÊNCIA DO PEQUI NA ATENÇÃO ÀS PRIMEIRAS CRISES DO TIPO PSICÓTICAS

An experience report on PEQUI in the care of first psychotic-type crises

MARIANA CARDOSO PUCHIVAILO*

Un relato de experiencia del PEQUI en la atención a las primeras crisis de tipo psicótico

NATHALIA THEREZA THOMAZ**

RAFAELLA SCHMIDT VILAS BOAS***

CASSANDRA MEDEIROS SIQUEIRA****

BRENDA SANTOS VIEIRA*****

RODRIGO LUIZ TURRA*****

Resumo: O PEQUI é um grupo de atenção às primeiras crises do tipo psicóticas, cuja abordagem visa promover um cuidado democrático, centrado na pessoa, realizado de forma dialógica e que apoia a Recuperação (*Recovery*). É uma proposta adaptada às necessidades de quem procura o serviço, e oferece formas de atendimento flexíveis aos contextos encontrados. O grupo enfatiza tanto a presença da pessoa em crise quanto de sua rede de apoio no processo de cuidado, ofertando um espaço de diálogo em que as diferentes perspectivas das pessoas envolvidas possam ser acolhidas. O PEQUI tem como fundamentação teórica a fenomenologia, a psicopatologia fenomenológica e está enraizado em uma tradição de propostas dialógicas e relacionais no campo da saúde mental. Este artigo apresenta, através de um relato de experiência, a proposta do PEQUI, buscando esclarecer os fundamentos que justificam sua atuação. Para isso, são apresentados os princípios básicos do diálogo aberto e do método PHD, desvelando uma proposta dialógica enriquecida pelas contribuições da psicopatologia fenomenológica. O artigo contribui também com reflexões acerca de questões-chave da atenção à crise no contexto da saúde mental e fornece algumas alternativas e ferramentas de atuação. Espera-se através desse relato instigar reflexões acerca desse campo de atuação e contribuir para o avanço da pesquisa sobre a atenção às primeiras crises do tipo psicóticas.

Palavras-chave: Primeiras Crises; Psicose; Práticas Dialógicas; Psicopatologia Fenomenológica.

Abstract: PEQUI is a group focused on the care of first psychotic-type crises, whose approach aims to promote democratic, person-centered, dialogical care that supports Recovery. It is a proposal adapted to the needs of those seeking the service, offering flexible forms of care in response to the demands and contexts encountered. The group emphasizes the presence of the person in crises and their network in the care process, providing a dialogical space in which the diverse perspectives of those involved can be welcomed. Its theoretical foundation lies in phenomenology and phenomenological psychopathology, and it is rooted in a tradition of dialogical and relational approaches within the field of mental health. This article presents, through an experience report, the PEQUI proposal of care, seeking to clarify the foundations that guide its practice. To this end, the basic principles of Open Dialogue and the PHD method are presented, revealing a dialogical approach enriched by contributions from phenomenological psychopathology. The article also offers reflections on key issues in crisis care within the context of mental health and provides some practical alternatives and tools. Through this report, it is hoped to stimulate reflection on this field of practice and contribute to advancing research on the care of first psychotic-type crises

Keywords: First Crises; Psychosis; Dialogical Practices; Phenomenological Psychopathology.

Resumen: PEQUI es un grupo de atención a las primeras crisis de tipo psicótico, cuyo enfoque busca promover un cuidado democrático, centrado en la persona, realizado de manera dialógica y orientado a la Recuperación (*Recovery*). Se trata de una propuesta adaptada a las necesidades de quienes acuden al servicio, que ofrece formas de atención flexibles frente a las demandas y contextos encontrados. El grupo enfatiza la presencia de la persona y su red de apoyo en el proceso de cuidado, ofreciendo un espacio de diálogo en el que puedan ser acogidas las diversas perspectivas de las personas involucradas. Su fundamentación teórica se basa en la fenomenología y la psicopatología fenomenológica, y se encuentra arraigada en una tradición de enfoques dialógicos y relacionales en el campo de la salud mental. Este artículo presenta, a través de un relato de experiencia, la propuesta del PEQUI, buscando esclarecer los fundamentos que orientan su actuación. Para ello, se presentan los principios básicos del Diálogo Abierto y del método PHD, revelando un enfoque dialógico enriquecido por los aportes de la psicopatología fenomenológica. El artículo también aporta reflexiones sobre cuestiones clave de la atención a la crisis en el contexto de la salud mental y ofrece algunas alternativas y herramientas prácticas. Se espera que este relato promueva reflexiones sobre este campo de práctica y contribuya al avance de la investigación en la atención a las primeras crisis de tipo psicótico.

Palabras-clave: Primeras crisis; Psicosis; Práticas dialógicas; Psicopatología fenomenológica.

* Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (São Paulo, Brasil) e Faculdades Pequeno Príncipe (Curitiba, Brasil). Email: puchivailomariana@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9758-7386>.

** Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e Fundação Estatal de Atenção à Saúde (Curitiba, Paraná, Brasil). Email: nathaliathereza.psi@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0008-1201-6225>.

*** FAE Centro Universitário (Curitiba, Paraná, Brasil). Email: schmidt.vilasboas@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7680-6014>.

**** Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (Curitiba, Paraná, Brasil). Email: cassandrasiq@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5722-8274>.

***** Mestranda em Psicologia. Universidade Federal do Paraná e Defensoria Pública do Estado do Paraná (Curitiba, Paraná, Brasil). Email: brenda.bsv.vieira@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-7634-1913>.

***** Universidade Federal do Paraná (Curitiba, Paraná, Brasil). Email: rodrigolt3@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-6706-4487>.



Introdução

O PEQUI é um grupo de pesquisa e de cuidado às pessoas que experienciam as primeiras crises do tipo psicóticas. Situado na cidade de Curitiba/Paraná – Brasil, funciona como projeto de extensão da Universidade Federal do Paraná. Além disso, é cadastrado como grupo de pesquisa na Plataforma Lattes/CNPq¹. O PEQUI é multidisciplinar e formado por alunos de graduação, pós-graduandos, pós-graduados e profissionais voluntários de diferentes áreas, como psicologia, psiquiatria, enfermagem e serviço social.

A inspiração para seu nome veio da fruta pequi (*Caryocar brasiliense*), típica do cerrado brasileiro, originada de uma árvore muito resistente ao tempo quente e seco. A escolha é uma homenagem às pessoas em primeiras crises, seus familiares e sua rede de apoio, em suas possibilidades de resistência frente às intempéries da vida. Além disso, o pequi exige uma forma específica de preparo e cuidado ao ser consumido, assim como a atenção às primeiras crises do tipo psicóticas, que também requer um olhar cuidadoso e particularizado.

O PEQUI desenvolve sua atuação em três esferas²: serviço de atendimento à comunidade, pesquisa e formação. Enquanto serviço de atendimento, oferece apoio às pessoas que estão experienciando, pelas primeiras vezes, crises do tipo psicóticas. Considera-se da primeira à quinta experiência de crise, porém, essa circunscrição também pode ser adaptada para acolher outros casos, dependendo das circunstâncias. O PEQUI se propõe a promover o acompanhamento dessas pessoas juntamente com sua rede de apoio (família, comunidade, amigos, profissionais da saúde, outras pessoas que ofereçam apoio no contexto de suas vidas e/ou que sejam relevantes para o processo de cuidado).

No âmbito de formação, o PEQUI oferece um espaço de aprendizado para graduandos de diferentes universidades de Curitiba e profissionais voluntários que buscam se aprimorar ao desenvolverem competências e habilidades necessárias para a atuação frente às primeiras crises do tipo psicóticas. Enquanto grupo de extensão e de pesquisa, incentiva a participação de acadêmicos através de estágios curriculares, vagas de monitoria, de iniciação científica e desenvolvimento de pesquisa no contexto da pós-graduação. São também ofertados cursos breves de formação aos profissionais da rede de atenção psicossocial, como palestras e workshops em eventos científicos.

Este artigo tem como finalidade apresentar o serviço de atendimento do PEQUI através de um relato de experiência. Para isso, será descrito o histórico do grupo, seus constructos teóricos básicos, fundamentação e influências teóricas e, por fim, sua estrutura de funcionamento. Almeja-se, assim, compartilhar uma experiência de atenção às primeiras crises de tipo psicótico, e contribuir para a construção de práticas de cuidado em saúde mental democráticas, dialógicas e sensíveis às necessidades de quem as vivencia, bem como para a reflexão sobre questões-chave da atenção à crise nesse contexto.

Apesar dos avanços na oferta de cuidados em saúde mental, práticas manicomiais ainda são realizadas. Desta forma, justifica-se a apresentação do relato de experiência do grupo PEQUI, uma vez que reflexões sobre a atuação nessa área são necessárias, bem como a disseminação de práticas mais horizontais, inclusivas, participativas e que promovam equidade em contextos de alta complexidade, como são as primeiras crises do tipo psicóticas.

Histórico

O PEQUI foi fundado em 2017 pela Prof^a Dr^a Mariana Cardoso Puchivailo. Inicialmente, surgiu como uma atividade de extensão na FAE Centro Universitário. Contudo, as raízes de sua história datam de um momento anterior. O interesse pela temática das primeiras crises aconteceu a partir de uma palestra realizada durante o II Congresso Sul-Brasileiro de Fenomenologia, em junho de 2011 na Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Brasil. Nela o Prof^o Dr^o Ileno Izídio da Costa apresentou o GIPSI – Grupo de intervenção precoce nas primeiras crises do tipo psicóticas, da Universidade de Brasília (UnB). O grupo foi fundado por Costa em 2001 com o intuito de atender pessoas em primeiras crises do tipo psicóticas. O termo “do tipo psicótica” foi utilizado inicialmente por Costa a partir do entendimento de que a experiência do sujeito em crise pode se assemelhar à

¹ De 2016 a 2021 o grupo era intitulado: *Estudos Fenomenológicos em Primeiras Crises do Tipo Psicóticas* e desde 2022 está intitulado como *PEQUI - Grupo de Pesquisa em Psicopatologia Fenomenológica e de Intervenção em Primeiras Crises do Tipo Psicóticas*.

² A ênfase em cada esfera pode alternar, ora dando prioridade ao serviço de atendimento, ora colocando maior foco na produção científica ou formação, ainda que as três esferas sempre estejam ativas.



psicose, e não necessariamente ser diagnosticada como tal (Costa, 2017, 2013).

O interesse, então, deu-se a partir das posturas adotadas pelo grupo GIPSI frente aos sujeitos em crise e seus familiares, assim como o tratamento oferecido. Desta forma, o contato com o GIPSI fortaleceu-se e culminou em uma visita técnica em 2012, realizada durante o mestrado de Puchivailo (2014), período no qual acompanhou os atendimentos feitos pela equipe. Puchivailo ingressou no doutorado na UnB em 2014, orientada por Costa, seguindo o acompanhamento do GIPSI e realizando atendimentos em conjunto. Desse modo, ainda que o PEQUI tenha se desenhado de formas particulares e ganhado seus próprios contornos, vale ressaltar a influência que o GIPSI teve no nascimento do PEQUI.

A fundadora iniciou, em 2015, dois grupos de estudos relacionados às primeiras crises do tipo psicóticas. Um deles oferecido aos trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um equipamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde (SUS), e outro à comunidade acadêmica. Este segundo ocorreu, durante um ano, na UFPR e migrou, em 2016, para a FAE Centro Universitário, instituição onde Puchivailo começou a lecionar. Os encontros com o CAPS aconteceram semanalmente e as discussões basearam-se em textos previamente selecionados. Este mesmo equipamento cedeu espaço de maio a dezembro de 2017, para sua pesquisa de doutorado, realizado na UnB, intitulada “Atenção às primeiras crises do tipo psicóticas: uma experiência em um CAPS III de Curitiba” (Puchivailo, 2021).

Nesse mesmo ano, o PEQUI iniciou seu projeto enquanto grupo de extensão, passando a oferecer atenção em saúde mental para a comunidade na clínica escola de psicologia da FAE. Ofertaram-se através do projeto grupos de estudos, workshops e foram organizados eventos científicos. Dentre eles destaca-se, o evento realizado em 2019 que contou com a presença de Jakko Seikkula, um dos desenvolvedores do modelo de cuidado chamado Diálogo Aberto.

Ademais, o PEQUI também se tornou um grupo de pesquisa cadastrado no CNPq desde 2016, desenvolvendo pesquisa e produções científicas publicadas e apresentadas em eventos regionais, nacionais e internacionais. Em 2022 e 2023 o PEQUI participou do Projeto PET-Saúde (10ª edição do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: PET-Saúde Gestão e Assistência vinculado ao Ministério da Saúde), durante esse período viabilizou atendimentos no município de Piraquara (Paraná), cursos de formação e palestras para os profissionais da rede de atenção psicossocial da cidade.

Desde o segundo semestre de 2023, o PEQUI está alocado na UFPR como um grupo de extensão do departamento de psicologia. É coordenado por Puchivailo em parceria com o Profº Drº Adriano Furtado Holanda, atua na clínica escola da universidade, e conta atualmente, em 2026, com a participação voluntária de 19 pessoas.

Definições dos Construtos Básicos e Fundamentos

A atuação clínica é definida por suas compreensões acerca do entendimento de pessoa, a noção de saúde e doença, o público a quem se destina e a forma como concebe seu próprio papel dentro da relação de cuidado. Nesse sentido, pretende-se a partir de agora evidenciar a fundamentação teórica do PEQUI.

A base teórica primordial do grupo é a Fenomenologia e a Psicopatologia Fenomenológica. A primeira é utilizada como embasamento conceitual no que tange às concepções da fenomenologia filosófica, em especial quanto às estruturas da subjetividade, tais como temporalidade, espacialidade, corporeidade e intersubjetividade, enquanto um apoio para a compreensão do mundo vivido (Køster & Fernandez, 2023).

A partir da fundamentação fenomenológica, compreende-se o ser-pessoa como um agente autoconstituído no fluxo das suas vivências, que possui características individuais e formas singulares de experienciar a vida (Husserl, 1989/1976). Sua construção se dá ao longo do tempo e é marcada pela alteridade, atravessada por todas as diferenças e transformações provenientes do encontro com outros sujeitos e com os aspectos involuntários da vida, que continuamente deslocam e reconfiguram o ser-pessoa. Nesse processo, o ser-pessoa tece sentidos e narrativas sobre suas experiências de uma forma única, e define valores e visões particulares sobre a vida (Ricoeur, 1991). Concomitantemente, relaciona-se com outros sujeitos através de seu corpo, enquanto um self-encarnado no mundo (Merleau-Ponty 1999; Fuchs, 2007). Nesse sentido, entrelaça-se interpessoalmente com outros humanos, partilhando uma unidade geral objetiva (mundo), constituída intersubjetivamente (Husserl, 1989/1976), enquanto uma comunidade intersubjetiva (Heinämaa, 2007). Portanto, as experiências subjetivas e suas alterações são compreendidas no espaço compartilhado, não de forma isolada e individualizada.

O uso da fenomenologia aplicada à psicopatologia possibilita críticas em relação à ênfase dada nos sintomas e sua significância nosográfica. O foco da psicopatologia fenomenológica está na compreensão das características subjetivas essenciais das experiências vividas em fenômenos psicopatológicos, que são relacionais, materializam-se e se tornam significativas no contexto histórico de vida da pessoa (Messas et al,



2023).

Segundo Messas et al (2023), a fenomenologia tem um duplo papel em suas contribuições ao campo da saúde mental: o primeiro, centrado em uma ciência que estuda os fenômenos psicopatológicos, o segundo, focado na construção do cuidado atento às singularidades e aos valores das pessoas. A psicopatologia fenomenológica é uma ciência que auxilia na compreensão das experiências psicopatológicas, e as considera parte integrante da condição humana. Todos somos vulneráveis a questões próprias da condição humana, que podem gerar experiências de sofrimento ou de “adoecimento”³ (Fuchs, 2023), ambas intimamente ligadas a contextos históricos e culturais que as delinham.

Compreende-se que a constituição da noção de saúde e doença é histórica, contextualizada culturalmente, assim como também é atravessada pela experiência individual - que define se a experiência é vivenciada como saúde ou doença. Crise é aqui entendida enquanto uma experiência de modificação de um estado precedente, em que as referências anteriormente válidas perdem seu significado ou não podem mais ser levadas adiante (Blankenburg, 2018/1981). Essa ruptura pode ser sentida como risco, como possível perda de um estado anterior de relativa estabilidade; ou como abertura para um novo estado. Blankenburg (2018/1981), ao discutir o conceito de crise, enfatiza a dialética entre o “não mais” e o “ainda não”. Ou seja, a fenda que antecipa o risco e o fracasso, pode potencialmente também gerar novidade, criação, diferença e inovação. Desta forma, o autor aponta que no fenômeno da crise não há apenas uma ruptura ameaçadora, mas também um momento de hiato frente a outras possibilidades de continuidade do desenvolvimento histórico.

O PEQUI optou pelo termo “primeiras crises do tipo psicóticas”, inspirada por Costa (2017), para incluir no processo de acolhimento diferentes experiências, sem a necessidade de uma definição prematura sobre o tipo de crise a que se refere. A expressão “do tipo psicótica” abre a possibilidade de entendimento sobre como a experiência é vivida, e simultaneamente circunscreve-a em algumas especificidades.

Embora o grupo acolha pessoas com diferentes vivências, até o momento o acompanhamento se concentra em experiências psicóticas. A descrição “psicóticas” reporta-se às alterações das experiências de self e de mundo, especificamente, de formas de fragmentação⁴ self-mundo. Tais fragmentações, nas primeiras crises do tipo psicóticas, dizem respeito às transformações das relações habituais da estrutura da consciência com o mundo⁵ que não conseguem atingir um novo equilíbrio. Fato que suscita a perda do sentido na linha de compreensibilidade biográfica e afeta a coerência entre o que é vivido e o mundo compartilhado. Ou seja, a experiência de mundo se dá de forma alterada (em relação à própria experiência do sujeito), o que pode comprometer a integridade do sentido compartilhado dado na relação interpessoal, desconectando a pessoa da totalidade existencial (Messas, 2013; 2021).

Estas fragmentações ocorrem em diferentes situações e em distintas formas de experienciar o mundo, enquanto mundo vivido. Entende-se por mundo vivido, a realidade tal como ela aparece e é evidente na perspectiva de uma pessoa. Os fenômenos experienciados na relação sujeito-mundo são organizados em uma *gestalt* coerente, possuindo formas específicas de experiências de self, corpo, tempo, espaço e intersubjetividade (Stanghellini et al, 2019). O PEQUI também acolhe situações transitórias em que a fragmentação está contida à contextos momentâneos de resignificação, não necessariamente ligados a uma forma de mundo vivido mais duradoura.

Justifica-se a importância de direcionar a atenção para essas experiências visto que pessoas em primeiras crises psicóticas são, comumente, medicadas de forma exagerada, cerca de 30 vezes mais que o necessário e mais encaminhadas à internação psiquiátrica (McGorry, 2015). Muitas vezes, essas ações se dão por razão da dificuldade de manejo dos profissionais de saúde nos momentos agudos das crises, ou pela dificuldade de sua rede social oferecer suporte durante esse período (Zeferino et al, 2016).

Enfatiza-se também a importância de um cuidado que leve em consideração algumas especificidades desse tipo de crise. Experiências psicóticas são frequentemente recebidas com incompreensão. Um dos motivos é por se caracterizarem enquanto uma profunda alteração na forma de experienciar o mundo, por vezes são difíceis até mesmo de serem narradas pelos próprios sujeitos. Culturalmente, de modo geral, não há incentivo para a compreensão do que está sendo vivido; pelo contrário, ainda persistem preconceitos em relação a essas experiências, vistas, historicamente, como formas de “desrazão” (Pelbart, 1989). Com isso, a conexão dialógica se perde tanto no sentido pessoa-sociedade, quanto sociedade-pessoa, reforçando o estigma e o distanciamento

³ A palavra adoecimento aqui é utilizada entre aspas como uma forma de demonstrar a importante diferenciação dessa experiência para com a da doença física, que remete a palavra. Doença é compreendida pelo grupo enquanto uma experiência de limitação ou restrição existencial significativa ao sujeito.

⁴ Segundo Messas (2021), a integridade refere-se a qualquer manifestação fenomenal que oferece a totalidade do seu conteúdo ou do objeto com o qual se relaciona, tanto no pólo do eu como no pólo do mundo. A integridade viabiliza um eu coeso e um mundo coeso, ou seja, experiência de plenitude de significado que se relaciona com um todo, em oposição a partes fragmentadas e desconectadas.

⁵ A ideia transformação aqui refere-se a experiência anterior que se demonstra possuindo conexões de compreensibilidade na relação self-mundo. (Messas, 2013)



(Galbusera et al, 2021).

Esse cenário é potencialmente capaz de torná-las mais vulneráveis na tentativa de compreensão de sua experiência ou mesmo na busca por ajuda da comunidade e de profissionais de saúde. Por vezes, o resultado disto é a procura de cuidado apenas nos períodos agudos, bem como, o não compartilhamento das experiências vivenciadas. Nesse sentido, o PEQUI também desenvolve iniciativas de diálogo e conscientização social que, como apontam Thoma e Fuchs (2018) constituem importantes recursos para a transformação da opinião pública e a redução dessa “distância social”.

O Delineamento da Proposta do Grupo PEQUI

O grupo PEQUI se constitui enquanto uma proposta de atenção à saúde mental na qual se enfatiza a importância do diálogo como eixo central do cuidado. Em situações de crise, os indivíduos frequentemente têm sua voz negligenciada ou subjugada, permanecendo em segundo plano na nomeação da experiência vivida e no planejamento do tratamento. O PEQUI parte da compreensão de que a participação ativa da pessoa nesse processo é fundamental.

Reconhece-se que a alteração da experiência de mundo é moldada não apenas pelas mudanças estruturais da consciência, mas sobretudo pelo sentido que o sujeito atribui à sua vivência. Para tanto, requer a contribuição da pessoa enquanto especialista por experiência (*expert by experience*). A pessoa é especialista por experiência no sentido de que possui um saber de suma importância: o conhecimento derivado de sua própria experiência; em contraste com o conhecimento formal de profissionais de saúde (*experts by training*). Em modelos contemporâneos de cuidado em saúde, a voz dos especialistas por experiência tem peso equivalente à de clínicos e pesquisadores, sendo fundamental para orientar decisões de tratamento, intervenções terapêuticas e políticas de saúde mental centradas na pessoa - inclusivas e sensíveis ao significado que cada indivíduo atribui à própria experiência. (Messas et al, 2023; Fulford et al., 2012).

O aspecto democrático dessa proposta em saúde mental reside na recusa de um modelo hierárquico “de cima para baixo”, no qual decisões e interpretações são determinadas exclusivamente por profissionais especialistas. Em contrapartida, a proposta do PEQUI valoriza um processo dialógico no qual as diferentes perspectivas têm peso equivalente.

A postura do PEQUI, centrada na participação ativa da pessoa em situação de primeira crise psicótica, na valorização do diálogo e na co-construção de sentidos acerca da experiência, converge com os princípios da reforma psiquiátrica brasileira (Vasconcelos, 2010; Rodrigues & Silva, 2021; Rudnick, 2012). Esta, por sua vez, fundamentada nas ideias de Franco Basaglia, criticou a psiquiatria clássica por tratar o sujeito como corpo objeto e por reforçar estigmas de segregação e irreversibilidade, desse modo, defendeu que a atenção à saúde mental deveria priorizar a compreensão da pessoa e de sua experiência (Amarante, 1994; Basaglia, 2005; Puchivailo, Silva & Holanda, 2013).

As práticas do PEQUI têm como foco a pessoa e se delineiam a partir de seus valores. Com base no enquadramento fenomenológico, entende-se que valores são atitudes que regulam a doação de significado que constituem a relação sujeito-mundo, e que norteiam as ações significativas da pessoa (Messas et al, 2023; Stanghellini, 2017). Desta forma, compreender os valores de uma pessoa é de fundamental importância para entender sua maneira de interpretar a própria experiência de mundo e de si, como também, sua forma de estar no mundo, e as ações que realiza (Stanghellini, 2017).

A prática baseada em valores guia a perspectiva da Recuperação utilizada pelo PEQUI, e sustenta o cuidado à saúde mental centrado na pessoa (Messas et al., 2023). A Recuperação tem sido definida, de um modo geral, não apenas pela busca da redução ou cessação de sintomas quando diante de uma crise e de experiência psicopatológica, mas especialmente pela restauração da sensação de bem-estar e qualidade de vida. Aspectos estes definidos a partir dos valores da pessoa em questão, da experiência subjetiva de melhora, de auto-gestão, de vida com propósito e senso de pertencimento a comunidade (Rudnick, 2012; Schmolke, Amering & Svettoni, 2016). É importante enfatizar que determinantes sociais da saúde, incluindo acesso a cuidados de saúde de qualidade, e a outras formas de inclusão social são fatores que têm um impacto significativo na noção de bem-estar e na Recuperação da saúde mental (Rudnick, 2012).

Entende-se que a forma como será experienciada a crise depende, não só da alteração estrutural de sua experiência de mundo e construção de sentido do sujeito, mas também, das interpretações presentes em seu meio, e das formas como tanto o sujeito quanto seu entorno se relacionam com a experiência que está sendo vivida. Nesse contexto, o aspecto relacional e a co-construção de sentido da experiência das primeiras crises do tipo psicóticas tornam-se elementos essenciais para um cuidado integral e ético à saúde mental.

O PEQUI se propõe a construir espaços privilegiados de diálogo, sustentados por uma facilitação ao longo de todo o processo. Inspirado em práticas como o Diálogo Aberto (DA), o PEQUI promove encontros nos quais usuários de serviços, profissionais e familiares participam de uma conversação aberta, facilitada pela equipe,



com o objetivo de estabelecer igualdade nas condições de fala e escuta.

O DA é uma proposta de atuação em saúde mental orientada comunitariamente, que se iniciou na Finlândia a partir da década de 60 com o "*Need-Adapted Treatment*" (Tratamento adaptado às necessidades). Este formato desenvolve uma proposta de atuação que inclui a pessoa e sua rede de apoio - equipes de saúde, familiares e outros membros significativos em sua vida - em um encontro que visa construir, conjuntamente, um ambiente favorável ao diálogo (Seikkula et al., 2006)⁶.

Nos encontros propostos pelo PEQUI, busca-se garantir que todas as vozes sejam ouvidas e consideradas, sem exclusividade do conhecimento especializado ou monopólio de poder interpretativo. São ações sensíveis às diferenças étnicas, culturais e individuais; e, especialmente, orientadas para a autonomia da pessoa (Mezzich et al, 2016). As diferentes experiências, narrativas e formas de expressão são tomadas como igualmente relevantes para a compreensão da situação e para a construção de respostas possíveis. O intuito é que os participantes se sintam ouvidos, considerados e confortáveis para comunicar sua experiência, assim, torna-se possível realizar uma atenção de forma colaborativa, e que utiliza criatividade e diferentes recursos disponíveis para o enfrentamento da crise (Von Peter et al., 2021)

A proposta dialógica ofertada pelo PEQUI visa romper com a estrutura individualizante de abordagens tradicionais da saúde mental. A abertura desse campo dialógico permite a ampliação de perspectivas, favorece novas compreensões e possibilidades de ação diante da experiência de crise, de modo que o cuidado em saúde mental passa a ser produzido de forma coletiva. Uma vez que a compreensão acerca da situação vivida é realizada de forma conjunta, a responsabilidade nas emergências e a tomadas de decisão dentro de planos de ação também é distribuída em "vários ombros".

Em oposição à imposição de respostas predefinidas, indiferenciadas e homogêneas, as decisões são compartilhadas e respeitam as singularidades de cada pessoa e de seus contextos (Messas et al, 2023; Rudnick, 2012). Há uma ênfase na promoção da auto-determinação do sujeito - também atuante nas escolhas acerca de sua terapêutica, inclusive medicamentosa - se valendo tanto das evidências científicas; como das narrativas e significados sobre saúde, doença e tratamento de cada indivíduo (Jakovljevic, Abou-Saleh, 2016).⁷ Leva-se em consideração que uma mesma pessoa é constituída por várias perspectivas e posicionamentos, que podem tanto apontar para uma mesma direção, quanto serem conflitantes entre si. Da mesma forma acontece no encontro com outras pessoas: pode haver divergências de posições. O encontro dialógico, então, busca garantir espaço para que cada pessoa tenha sua perspectiva ouvida e que todos possam compor os processos de construção de sentido. A isso dá-se o nome de polifonia (Seikkula, 2008). Trata-se da construção de um projeto compartilhado que envolve uma compreensão recíproca; esta, entendida enquanto coexistência de perspectivas singulares e diversificadas, que não visam como objetivo primário o consenso (Stanghellini, 2017).⁸

O conceito de polifonia, utilizado pelo Diálogo Aberto, tem referência em Bakhtin (1984/1929), que o emprega por analogia com a polifonia musical, na qual diferentes linhas melódicas coexistem simultaneamente sem serem subordinadas a uma voz dominante. Nos encontros do Diálogo Aberto, esse conceito se traduz na convivência de múltiplos pontos de vista, valores e interpretações do mundo em diálogo (Seikkula, 2008). Nenhuma dessas vozes é considerada superior ou como interpretação final da realidade; ao contrário, o sentido emerge justamente do encontro e da tensão entre essas diferentes vozes.

Galbusera (2022) propõe que a centralidade da pessoa na atenção à saúde mental deve ser ampliada para uma perspectiva interpessoalmente-centrada e dialógica, pois a pessoa se expressa de forma sempre interpessoal e relacional. Ou seja, a partir de um enquadramento fenomenológico entende-se que a pessoa expressa-se imediatamente, de forma pré-reflexiva e corporal, por meio de uma postura que molda automaticamente o espaço interpessoal. De tal forma que a ação terapêutica só pode ser plenamente compreendida na interação, de forma interpessoal, de mútua influência e ressonância. Dispondo das reflexões de Galbusera et al (2022)

⁶ Desde o seu surgimento, o DA foi pesquisado através de estudos de coorte com diferentes tempos de seguimento (Lehtinen et al., 2000; Seikkula et al., 2006; Seikkula et al., 2011; Bergström et al., 2018). Bergström et al. (2018) reuniu dados de aproximadamente dezenove anos de pesquisa e avaliou os resultados do DA no tratamento às primeiras crises do tipo psicóticas. Nesse estudo, de caráter longitudinal não-randomizado, os resultados mostraram que a quantidade de admissões hospitalares, o número de dias de internação, a duração de subsídios financeiros e o uso de medicação neuroléptica foram significativamente inferiores no tratamento com a abordagem do DA quando comparado ao grupo controle. Devido ao caráter observacional da análise de Bergström et al. (2018) não é possível criar uma relação direta entre os elementos utilizados no DA e os resultados apresentados, mas estes sugerem que a proposta é uma alternativa interessante no fortalecimento do agenciamento e autonomia da pessoa no centro de preocupação e de sua rede. Através de seus princípios, o DA tem se mostrado uma abordagem compatível com as premissas contemporâneas de cuidado em saúde mental pautada nos direitos humanos e orientado à Recuperação, pois ele incorpora uma visão contextual e relacional das crises, assim como incentiva o apoio mútuo (Von Peter et al., 2019).

⁷ A compreensão adotada pelo PEQUI é a de que a expansão de psicofármacos nas últimas décadas trouxe tanto oportunidades como novas problemáticas para o campo da saúde mental. Preocupações éticas e epistêmicas sobre neurocentrismo ocupam lugar importante nas discussões do grupo, que considera a complexidade e heterogeneidade de apresentação dos transtornos mentais e sua íntima associação com condições psicossociais.

⁸ É importante reconhecer a complexidade das práticas baseadas em valores, já que reverberam no uso dos valores éticos que norteiam ações em saúde, tais como "beneficência" e "autonomia", que irão variar de acordo com cada situação, para cada pessoa, dependentes do contexto social sob o qual se ergue. Reafirma-se, ainda, a diversidade de significados presentes em qualquer processo comunicativo, até mesmo em contexto de valores compartilhados (Fulford et al., 2012).



considera-se a atuação no PEQUI enquanto uma abordagem *interpessoalmente-centrada e dialógica* (*Inter-Person-Centered and Dialogical*).

É uma prática *sobre a pessoa*, ou seja, preocupa-se em compreender a pessoa como um todo, em suas formas particulares de experienciar o mundo, historicidade, e contexto social-comunitário; *para a pessoa*, delimitada a partir das necessidades e valores dela; *com a pessoa*, realizada com seu protagonismo nas tomadas de decisão; *pela pessoa*, praticada por pessoas, enfatizando uma atuação não neutra, em que especialistas por formação estão presentes enquanto pessoas (Mezzich et al, 2016); assim como também, uma proposta interpessoal que visa envolver a comunidade (Galbusera et al, 2021).

Operacionalização da Proposta

O PEQUI traduz seus princípios e fundamentos teóricos em práticas concretas por meio da criação de espaços privilegiados para o diálogo, nos quais a abordagem interpessoalmente-centrada e dialógica se manifesta efetivamente, promovendo a co-construção de sentido, a ampliação de perspectivas e a responsabilidade compartilhada pelo cuidado.

Os princípios e fundamentos teóricos atravessam as diferentes práticas propostas pelo PEQUI que se flexibilizam a partir das necessidades de cada pessoa, família e comunidade. Destacam-se, desse modo, a espontaneidade, a imprevisibilidade e a singularidade de cada prática proposta e aqui relatada.

Os encontros em rede constituem a principal estratégia operacional do PEQUI. Tratam-se de encontros realizados com a pessoa em crise, sua família ou rede de apoio próximo, ou seja, adaptado às relações mais significativas em sua vida, sejam estas as familiares ou de outra natureza. Estas podem incluir também profissionais ou outros atores relevantes no processo de atenção. Os encontros em rede estão fundamentalmente baseados na estrutura prática do DA⁹, que no PEQUI é adaptada ao contexto do grupo.

A procura pelo serviço do PEQUI pode ser realizada pela própria pessoa, por sua rede significativa ou por outros membros de sua comunidade. O serviço pode ser solicitado por quatro vias: e-mail, redes sociais do grupo, pela clínica-escola vinculada ao projeto ou diretamente com os voluntários. Almeja-se que dentro de 24 horas a equipe entre em contato com quem solicitou ajuda e agende o primeiro encontro.¹⁰ A resposta imediata visa prevenir hospitalizações desnecessárias, decisões pouco refletidas ou mesmo impostas à pessoa em crise, e pretende aumentar a sensação de segurança dos envolvidos (Seikkula et al., 2019). Quando não é possível realizar imediatamente um encontro em rede, são realizados acolhimentos individuais iniciais.

Para cada solicitação de atendimento formam-se duplas ou trios para realizar o acompanhamento. Nos encontros, a presença de mais de um terapeuta facilita a dinâmica de interação com o grupo, e possibilita o compartilhamento da experiência entre membros da equipe, o que amplifica o potencial da multiplicidade de pontos de vista e das vinculações entre os participantes.

No primeiro contato, acolhe-se a demanda apresentada e convidam-se as pessoas consideradas importantes para o estabelecimento de um diálogo sobre a situação percebida como de crise, prioritariamente escolhidos pela própria pessoa considerada em crise, mas eventualmente por sua rede de apoio, para um encontro presencial ou online. O local escolhido para a realização do primeiro encontro, quando presencial, varia entre a clínica-escola da universidade a que o PEQUI está vinculado, o espaço domiciliar, clínicas privadas (caso a pessoa no centro de atenção esteja internada), ou em algum equipamento da RAPS de Curitiba e região metropolitana. Na impossibilidade de reunir todas as pessoas presencialmente, alternativas são pensadas, e um exemplo disso é a utilização de videochamadas.

Os primeiros encontros são de suma importância para o processo de cuidado em primeiras crises do tipo psicóticas. Isso porque é comum que esses momentos provoquem sentimentos de incompreensão sobre o que é experienciado, incerteza sobre como agir frente a situação, e receio sobre as possibilidades de risco. Diante de tal cenário, as ações mais comuns são as de terceirização do cuidado e contenção das expressões da crise, de tal forma que buscar garantir uma sensação de segurança se torna fundamental (Zeferino et al, 2016). O foco primordial imediato não é o cessar da crise, mas sim compreender como cada indivíduo a experiencia, a fim de criar um espaço que permita tolerância às incertezas típicas da situação de crise. Assim como, sentir-se apoiado durante momentos de vulnerabilidade, sofrimento ou instabilidade.

Para incentivar a participação de todos os presentes, os encontros são iniciados com perguntas abertas, como por exemplo “como cada um gostaria de usar esse encontro?” (Olson et al., 2014, p.10). A partir da resposta

⁹ Incluem-se os sete princípios mencionados e alguns elementos que caracterizam o estilo terapêutico e interativo do DA durante as reuniões: a utilização de dois ou mais terapeutas, participação da família, uso de perguntas abertas, engajamento em escuta responsiva e afinação a respostas não verbais, incentivar diferentes perspectivas, buscar utilizar as palavras escolhidas pela pessoa para falar de sua experiência, ênfase na compreensão das histórias e construções de sentido, e o uso de reflexões (Olson et al., 2014).

¹⁰ O PEQUI procura contatar quem o solicita o mais breve possível, no entanto isso pode extrapolar 24 horas, visto que dependendo da porta de entrada da solicitação de ajuda, o repasse ao grupo pode demorar um pouco mais. A brevidade de marcação do primeiro encontro também depende do arranjo de horários entre a rede envolvida e a equipe.



de cada integrante, o grupo elege uma temática para o encontro em questão. O processo colaborativo, quando exercido desde o início, torna-se aos poucos um hábito que costuma se repetir nos próximos encontros. Além disso, também abre espaço para o compartilhamento de experiências de todos acerca de seus sentimentos, sofrimentos, preocupações, alegrias, histórias de vida, ou recursos de enfrentamento; assim como, amplia o foco para além da pessoa em crise. Ressalta-se que a compreensão da experiência da crise não se restringe apenas à pessoa em crise, mas também a experiência de crise para sua família, sua rede de apoio e comunidade.

Prima-se que o acompanhamento seja contínuo, ou seja, visa-se garantir uma estabilidade da equipe que acompanha cada grupo, sem que haja rotatividade de diferentes terapeutas¹¹. Entende-se que a experiência de estabilidade de forma geral pode auxiliar a sensação de segurança da pessoa e sua rede, diante de situações de pouca estabilidade que possam estar vivendo.

Essa estabilidade, sensação de apoio e de segurança também é provido pelo uso de meio de comunicação para além dos encontros presenciais. Um dos exemplos é a criação de um grupo de *Whatsapp*. Usualmente, a partir do primeiro encontro, cria-se um grupo com o núcleo que está sendo acompanhado e a equipe vinculada. Justifica-se tal uso por ser uma ferramenta de comunicação muito utilizada no contexto cultural em questão e que facilita a interação rápida entre a rede, independentemente da localização geográfica de seus integrantes. Observou-se que os grupos contribuíram para criação de sistemas comunicativos mais horizontais, que funcionassem para além das reuniões. Neles são compartilhados experiências, preocupações ou pedidos de ajuda, e todas as pessoas envolvidas no processo têm acesso ao que está acontecendo. O movimento de participação percebido é, usualmente, uma reação coletiva de distribuição de responsabilidade frente aos acontecimentos. É um recurso de apoio às reuniões em rede, já que a equipe evita concentrar suas ações pelo *WhatsApp*, por entender que nas reuniões o diálogo é facilitado de modo mais efetivo. Desta forma, diante de alguma demanda que surja no grupo, realiza-se o convite para uma reunião.

A frequência dos encontros é variável e é determinada a partir da necessidade de cada momento. Momentos com mais riscos - funcionais, físicos, emocionais e psicológicos - por exemplo, ou de sensação de insegurança frente a situação vivida, podem demandar maior frequência de encontros. Vale ressaltar que essa decisão é, também, definida coletivamente.

Em relação a atuação da equipe nos encontros, assegura-se o protagonismo da pessoa e sua rede e dá-se ênfase em suas construções de sentido. Para tal utilizam-se perguntas abertas, engajamento em uma escuta responsiva que demonstre interesse e validação, afinação a respostas não verbais, incentivo a diferentes perspectivas, assim como a utilização das palavras escolhidas pela pessoa para falar de sua experiência. Além disso, enfatiza-se o interesse pela compreensão das narrativas, não apenas de sintomas ou outras formas de generalização da experiência. Almeja-se compreender a singularidade de cada vivência compartilhada.

Para destacar tais aspectos também são utilizadas as Reflexões - conversações entre os facilitadores presentes, realizadas durante a reunião de forma transparente, com o objetivo de reconhecer e refletir as experiências compartilhadas. Da mesma forma, nas Reflexões são expressas perspectivas e preocupações da equipe - que também é considerada parte da polifonia oportunizada pelo encontro dialógico. Após a Reflexão, o grupo comenta sobre o que ouviu, como se sentiu, ideias e pontos de vista, dando continuidade ao processo dialógico (Seikkula & Arnkil, 2006). É preciso que a equipe realize tal Reflexão de forma habilidosa e respeitosa, especialmente acerca de assuntos desafiadores ou delicados (Putman, 2022). Compreendendo-a não como um exercício interpretativo, mas como um recurso voltado à facilitação do diálogo, ao reconhecimento e acolhimento das experiências compartilhadas e à participação, também, de sua própria perspectiva enquanto profissionais de saúde, em direção a um cuidado integral e polifônico.

Possui igual importância a psicoterapia individual, realizada pelos psicólogos da equipe, que oportunizam a livre expressão e construção da compreensão acerca dos modos de experienciar a si mesmo e ao mundo. Entende-se que o encontro psicoterapêutico visa facilitar o entendimento do vivido, o contato com a alteridade, criações dialógicas e novas construções de sentido (Stanghellini, 2019). Segundo Galbusera et al (2021), a própria relação com o psicoterapeuta tem potencial de abertura para novas experiências e possibilidades existenciais. Através dessa relação disponibiliza-se um espaço dialógico, autêntico, sem julgamentos, engajado no reconhecimento e validação da pessoa, bem como, adaptado a ela.

Galbusera et al (2021) afirma, ainda, que a postura dialógica contribui para rebalancear as dimensões da individualidade e das relações sociais da pessoa, cujos limites podem estar “borrados” em situações de crises psicóticas. Isso se dá por este tipo de relação oferecer uma clara delimitação entre o eu e o outro. Já que, através da postura de abertura, a pessoa ocupa o encontro ativamente; e a partir da autenticidade, o terapeuta apresenta-se como indivíduo separado em sua singularidade. Diante disso, é, então, um ambiente de sociabilidade, trocas e encontros adaptados às necessidades e limites dos sujeitos.

Compreendendo a singularidade das demandas, e com o intuito de ampliar as possibilidades de cuidado,

¹¹ O PEQUI busca tentar garantir o máximo de estabilidade da equipe vinculada à rede, no entanto, tendo em conta que os profissionais e estudantes são voluntários, o grupo possui uma rotatividade de integrantes. Enquanto medida para minimizar os efeitos disso, busca-se pelo menos um terapeuta presente continuamente no caso, e a transição entre a saída e entrada de novos terapeutas também é tratada com cuidado junto à rede.



existem outras terapêuticas que são disponibilizadas pelo PEQUI, como: Yoga, Terapia Ocupacional, Musicoterapia, Acompanhamento terapêutico, Acupuntura e Grupo de convivência. A oferta de tais atividades variam de acordo com a necessidade do público atendido, como também, as características e potenciais dos integrantes do PEQUI.

Objetiva-se através desses diferentes espaços e estratégias, criar “nichos de hospitalidade” que permitam o estabelecimento de relações dialógicas. Por nicho entende-se uma parte do espaço social no qual sente-se mais enfaticamente a ressonância com o mundo e com os outros. Tais espaços auxiliam o desenvolvimento da individualidade, a experiência de agência (*agency*) e a sintonização com o mundo e os outros (Thoma & Fuchs, 2018).

Através das práticas dialógicas é possível auxiliar o restabelecimento do diálogo com a alteridade, entendida como a presença da diferença, aquilo que não se reduz ao eu e que constitui um ponto de tensão e abertura na experiência do sujeito. Esse diálogo se dá tanto em relação aos aspectos involuntários e imprevisíveis que emergem na própria experiência quanto às relações com a comunidade e o mundo social que a cerca. Entrar em diálogo com a alteridade possibilita novos sentidos e compreensões, abrindo espaço para construções alternativas da experiência e ampliando as possibilidades de ação frente às primeiras crises do tipo psicóticas. (Stanghellini, 2017, 2019)

Nas primeiras crises do tipo psicóticas, a experiência de si e do mundo se altera profundamente, gerando uma ruptura no diálogo com a alteridade que se manifesta em diversas experiências vividas, como a percepção do próprio corpo, de si mesmo, dos outros ou do mundo como um todo. Não surpreende, portanto, que tais experiências sejam frequentemente pouco compreendidas, tanto pelos outros quanto pelos próprios sujeitos, e muitas vezes difíceis de serem narradas. É nesse contexto que os “nichos de hospitalidade” e o diálogo com a alteridade assumem relevância, oferecendo condições para que construções de sentido possam ser realizadas e diálogos possibilitados, restabelecendo vínculos com o mundo compartilhado, sem que haja uma imposição adaptativa ao sujeito.

A fim de facilitar esse processo, O PEQUI utiliza-se também como base de ação prática o método PHD de psicoterapia (*Phenomenology, Hermeneutics and Psychodynamics*) de Giovanni Stanghellini (2016, 2017, 2019). Através deste método objetiva-se compreender o mundo vivido (*Lebenswelt*) da pessoa. Isso acontece por meio da co-construção dialógica entre o clínico e a pessoa, sem imposição de uma forma de compreensão sobre a outra, para evitar a injustiça hermenêutica (Fricker, 2017). A experiência da pessoa é a prioridade, em suas diferentes formas de experienciar tempo, espaço, corpo, self e o outro (Stanghellini, 2016, 2017, 2019).

Busca-se também compreender o posicionamento da pessoa sobre as situações de sua vida, à construção de sentido, a sua visão de mundo e sua estrutura de valores. Considera-se¹² o contexto do mundo vivido dentro de sua história pessoal, e, através da via narrativa, possibilita restaurar a coerência e compreensibilidade frente a situação vivida (Stanghellini, 2016, 2017, 2019). As narrativas promovem elaboração de sentidos a partir da construção-desconstrução-reconstrução, fruto do encontro com a alteridade. As dimensões involuntárias da alteridade transformam-se através da narrativa, e uma vez integradas na dinâmica da história pessoal, são expressões do diálogo entre o si-mesmo com a alteridade, diante das tensões: mesmidade e alteridade, permanência e mudança (Ricoeur, 1991). O diálogo permite vislumbrar atuais e novos posicionamentos, enfatizando o agenciamento da pessoa frente à experiência vivida (Stanghellini, 2016, 2017, 2019).

Para oferecer esse suporte à pessoa e à sua rede de apoio, é fundamental que os próprios terapeutas também recebam acompanhamento. Com esse objetivo, o PEQUI realiza encontros semanais entre seus membros, denominados InterVisão. O modelo de InterVisão advém do DA e propõe que o foco seja a experiência da equipe, o que envolve as eventuais dificuldades de atuação ou experiências que necessitem ser melhor compreendidas. De acordo com Putman (2022) não se trata de um monitoramento do trabalho por parte do supervisor, tampouco da resolução de questões de quem está sendo acompanhado. Esse é o momento em que os integrantes falam de suas experiências, revisitam os princípios do DA e aprendem com as reflexões dos colegas. Em suma, convida-se as vozes da equipe a se fazerem presentes (Anestis, et al, 2024). Além de ser um momento dedicado à prática reflexiva e ao apoio mútuo, proporciona espaço para que a equipe revise os valores e princípios do DA, além de promover aprendizado com a prática e reflexões uns dos outros (Anestis et al, 2024; Taylor et al, 2023). O PEQUI caracteriza-se pelo cuidado ofertado tanto para as pessoas que o buscam, quanto para seus membros. É potencialmente um espaço que provoca reverberações pessoais, e não só profissionais. Nesse processo de cuidado, considera-se fundamental reconhecer o ser-pessoa do terapeuta; a sensibilidade em relação aos envolvidos torna-se indispensável para que as relações estabelecidas possam ir além das categorias de “paciente” ou “colega de equipe”.

Com frequência semanal e duração aproximada de duas horas, as InterVisões são, geralmente, presenciais. Contudo, dependendo das circunstâncias, podem acontecer online. Participam todos os membros do PEQUI e, costumeiramente, a reunião inicia-se com um momento de auto-reflexão, que pode acontecer com o auxílio de

¹² A análise psicodinâmica não deve ser confundida com uma busca por causalidades, pois visa situar a experiência de mundo em uma história de vida singular, atravessada por contextos culturais, sociais e familiares. (Stanghellini, 2016, 2017, 2019)



práticas de meditação, *mindfulness*, ou o compartilhamento de como cada um está naquele dia. A intenção, ao utilizar o *mindfulness* é preparar e convocar a presença de todos, visto que essa é uma prática que enfatiza a auto-percepção e a consciência do momento presente (Demarzo, 2011).

Os atendimentos realizados são discutidos na InterVisão e dialogados com cuidado ético. Para tanto, a fim de abordar aspectos fundamentais do que é experienciado nos encontros em rede, compartilha-se a experiência vivida dos terapeutas por meio da Versão de Sentido. A Versão de Sentido é um recurso usado na formação em psicologia, na prática clínica e em pesquisas qualitativas no intuito de resgatar o sentido vivido em um encontro, através do registro da experiência pessoal que se atualiza no contexto de interlocução presente (Amatuzzi, 1996). Em outras palavras, é uma via de acesso ao sentido do fenômeno vivido e, quando colocada no contexto de InterVisão, presentifica o que foi experienciado em dado encontro, além de possibilitar o diálogo polifônico. Ademais, essa ferramenta auxilia na condução da atmosfera necessária para esse momento do processo ao atuar em consonância com o foco da InterVisão: a experiência da pessoa-terapeuta na relação com a rede.

O princípio dentro do DA chamado de tolerância à incerteza é, de maneira geral, sentido como bastante desafiador na atenção às primeiras crises do tipo psicóticas. Como mencionado anteriormente, por não haver uma “saída” prévia já conhecida, ou uma ferramenta pronta, para o enfrentamento da crise a incerteza sobre como se dará o desenvolvimento da situação é vivida por todos os que participam do encontro em rede. Incluindo os membros da equipe do PEQUI, que não estão imunes a isso. Esse cenário expõe a realidade dos profissionais enquanto pessoas vulneráveis, sujeitos, também, aos desafios do processo. Diante disso, a InterVisão propicia um espaço para que vulnerabilidades e sentimentos sejam compartilhados, oferecendo apoio para lidar com as situações encontradas e favorecendo a distribuição de responsabilidades¹³. Nesse sentido, cuidar daqueles que sustentam o cuidado, incluindo os próprios terapeutas, não se configura como um aspecto secundário, mas como condição imprescindível para a sustentação de uma prática verdadeiramente democrática e dialógica, na qual a abertura à incerteza, o compartilhamento de responsabilidades e a disponibilidade para o encontro possam, de fato, se realizar.

Considerações Finais

As questões mobilizadas ao longo deste relato de experiência apontam menos para a consolidação de um modelo fechado de cuidado e mais para a abertura de um campo de tensões e possibilidades no encontro com as primeiras crises de tipo psicóticas. Propor uma postura compreensiva implica reconhecer que o sentido da experiência não está dado de antemão, mas se constrói no entrelaçamento interpessoal, no contexto sócio-cultural, nas diferentes vozes que compõem essa polifonia. Nesse processo, o desafio não reside apenas em compreender o outro, mas também em sustentar a própria implicação enquanto profissional, sem recorrer a respostas imediatas que possam sobrepor a complexidade do vivido.

Ao deslocar o foco da contenção sintomática para a construção compartilhada de sentido, evidencia-se que o cuidado em saúde mental demanda disposição para habitar a incerteza, acolher o desconforto e reconhecer a dimensão relacional da crise. Isso implica considerar que a experiência de instabilidade não se restringe à pessoa em sofrimento, mas reverbera em sua rede e nos próprios profissionais, convocando modos de cuidado que incluam também esses afetos.

Nessa direção, as práticas dialógicas se apresentam, não como soluções únicas ou prescritivas, mas como vias possíveis para sustentar espaços em que múltiplas perspectivas possam coexistir, tensionar-se e produzir novos sentidos. Trata-se, portanto, de afirmar um cuidado que não se esgota na técnica, mas que se constrói eticamente na relação, na escuta e na abertura ao inesperado - condições fundamentais para um fazer em saúde mental que se pretenda, de fato, plural e sensível à singularidade das experiências.

Ao longo dos anos, o PEQUI passou por diversas modificações, adaptações e transformações diante das necessidades dos encontros e de suas realidades. Neste artigo procurou-se apresentar a conjuntura atual. No entanto, para o grupo, o princípio da flexibilidade também implica que a estrutura do PEQUI esteja sempre aberta a reflexões e reconstruções. Espera-se que o artigo possa instigar reflexões acerca do campo de atuação da saúde mental, eventualmente contribuindo para o avanço da pesquisa sobre a atenção às primeiras crises do tipo psicóticas.

Referências

Anestis E, Weaver T, Melia C, Clarke K & Pilling S (2024) *Becoming an Open Dialogue practitioner: a qualitative study of practitioners' training experiences and transitioning to practice*. *Frontiers in Psychology*, 15, 1432327. doi: 10.3389/fpsyg.2024.1432327

¹³ Ainda em relação às responsabilidades do grupo, cabe mencionar que é de incumbência dos terapeutas o desenvolvimento de relatórios acerca das atuações, desde os encontros em rede e atendimentos individuais, até outras ações e acontecimentos relevantes dentro dos acompanhamentos. Além da obrigatoriedade profissional dessa tarefa, os relatórios são ferramentas de trabalho que auxiliam a compreensão longitudinal da terapêutica. Neles registram-se as versões de sentido, reflexões e são usados como fonte de dados para realização de pesquisas do PEQUI.



- Amarante, P. (1994). Uma aventura no manicômio: *A trajetória de Franco Basaglia*. História, Ciências e Saúde, Manguinhos, 1 (1), p. 61-77. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/R9QryCkZWQcXCkKCxtsDWDj/?format=pdf&lang=pt>
- Amatuzzi, M. M. (1996). *Uso da versão de sentido na formação e pesquisa em psicologia*. In Repensando a Formação do Psicólogo: da Informação a Descoberta. Campinas: Alinea. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/directbitstream/145da029-41f1-4ebc-86e8-36ddcfc61ed/24.pdf>
- Bakhtin, M. M. (1984). *Problems of Dostoevsky's poetics* (C. Emerson, Trans.). Minneapolis, MN: University of Minnesota Press. (Original work published 1929).
- Basaglia, F. (2005). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Organização: Paulo Amarante. Tradução de Joana Angélica d'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond.
- Blankenburg, W. (2018). *Qual é o alcance da abordagem dialética na psiquiatria?*. Revista Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea, 7(1), 44-67. (Obra original publicada em 1981).
- Bergström, T., Seikkula, J., Alakare, B., Mäki, P., Köngäs-Saviaro, P., Taskila, J. J., et al. (2018). *The Family-Oriented Open Dialogue Approach in the Treatment of First-Episode Psychosis: Nineteen-Year Outcomes*. Psychiatry Research, 270, 168–175. doi:10.1016/j.psychres.2018.09.039
- Costa, I. I. da (2017). *Crise psíquica enquanto paradigma do sofrimento humano. (Re)Pensando o psíquico como expressão do existir e seu cuidado*. In: A. F. Holanda e N. J. de Faria (Org.). *Sofrimento e Cuidado: Fenomenologia do adoecer e do cuidar*. Curitiba: Juruá.
- Costa, I. I. (Org.). (2013). *Intervenção precoce e crise psíquica grave: Fenomenologia do sofrimento psíquico*. Curitiba, Brasil: Editora Juruá.
- Demarzo, M. M. P. (2011). *Meditação aplicada à saúde*. Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre, Brasil: Artmed, 6, 1-18. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/310842352_Meditacao_aplicada_a_Saude_Meditation_for_Health
- Fricker, M. (2017). *Evolving concepts of epistemic injustice*. In *The Routledge handbook of epistemic injustice* (pp. 53-60). New York, NY: Routledge. doi: <https://doi.org/10.4324/9781315212043>
- Fuchs, T. (2007). *Psychotherapy of the lived space: a phenomenological and ecological concept*. American Journal of Psychotherapy, 61(4), 423-439. doi: 10.1176/appi.psychotherapy.2007.61.4.423
- Fuchs, T. (2023). *Why Does Mental Illness Exist? Reflections on Human Vulnerability*. In: Boubilil, E., & Ferrarello, S. *The Vulnerability of the Human World*. Cham, Switzerland: Springer. Disponível em: https://doi.org/10.1007/978-3-031-41824-2_5
- Fulford, K. W. M., Peile, E., and Carroll, H. (2012). *Essential values-based practice: Clinical stories linking science with people*. Cambridge, England: Cambridge University Press. doi: 10.1017/CBO9781139024488
- Galbusera, L., & Kyselo, M. (2021). *Openness and authenticity in the Open Dialogue approach*. In *Open Dialogue for Psychosis* (pp. 278-279). Routledge. doi: [10.4324/9781351199599-59](https://doi.org/10.4324/9781351199599-59)
- Galbusera, L., Fuchs, T., Holm-Hadulla, R. M., & Thoma, S. (2022). *Person-centered psychiatry as dialogical psychiatry: The significance of the therapeutic stance*. Psychopathology, 55(1), 1-9. doi: 10.1159/000519501
- Heinämaa, S. (2007). *Selfhood, consciousness, and embodiment: A Husserlian approach*. In *Consciousness: From perception to reflection in the history of philosophy* (pp. 311-328). Dordrecht, Netherlands: Springer Netherlands. doi: [10.1007/978-1-4020-6082-3_14](https://doi.org/10.1007/978-1-4020-6082-3_14)
- Husserl, E. (1989). *Ideas pertaining to a pure phenomenology and to a phenomenological philosophy: Second book studies in the phenomenology of constitution* (Vol. 3). Springer Science & Business Media. (Obra original publicada em 1976).
- Jakovljevic, M., Abou-Saleh, T. (2016). *Person-centered psychopharmacotherapy*. In: Mezzich JE, Botbol M, Christodoulou GN, Cloninger CR, Salloum IM. (eds). *Person centered psychiatry*. Cham, Switzerland: Springer International Publishing. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/978-3-319-39724-5>
- Køster, A., & Fernandez, A. V. (2023). *Investigating modes of being in the world: An introduction to phenomenologically grounded qualitative research*. Phenomenology and the Cognitive Sciences, 22(1), 149-



169. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11097-020-09723-w>

- Lehtinen, V., Aaltonen, J., Koffert, T., Rökköläinen, V., Syvälahti, E. (2000). *Two-year outcome in first-episode psychosis treated according to an integrated model*. Is immediate neuroleptisation always needed? *European Psychiatry*, 15(5), 312–320. doi:10.1016/s0924-9338(00)00400-4
- Merleau-Ponty, M. (1999). *Fenomenologia da percepção*. Tradução de Carlos Alberto Ribeiro de Moura. 2ª ed. São Paulo, Brasil: Editora Martins Fontes.
- Messas, G. (2021). *The existential structure of substance misuse: a psychopathological study*. Cham, Switzerland: Springer Nature.
- Messas, G. P. (2013). *Sentido e limites do diagnóstico diferencial entre psicoses endógenas e exógenas*. *Revista Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea*, 2(1), 2-15. Disponível em: <https://revistapfc.com.br/rpfc/article/view/1026>
- Messas, G., Stanghellini, G., & Fulford, K. W. M. (2023). *Phenomenology yesterday, today, and tomorrow: a proposed phenomenological response to the double challenges of contemporary recovery-oriented person-centered mental health care*. *Frontiers in Psychology*, 14, 1240095. doi:10.3389/fpsyg.2023.1240095
- Mezzich JE, Botbol M, Christodoulou GN, Cloninger CR, Salloum IM, editors. (2016). *Person centered psychiatry*. Cham, Switzerland: Springer International Publishing. doi:10.1007/978-3-319-39724-5
- McGorry, P. D. (2015). *Early intervention in psychosis: Obvious, effective, overdue*. *The Journal of nervous and mental disease*, 203(5), 310. doi:10.1097/NMD.0000000000000284
- Olson, M, Seikkula, J. & Ziedonis, D. (2014). *The key elements of dialogic practice in Open Dialogue*. Worcester, MA: The University of Massachusetts Medical School. Disponível em: <https://www.umassmed.edu/globalassets/psychiatry/open-dialogue/keyelements1.109022014.pdf>
- Pelbart, Peter Pal. (1989). *Da clausura do fora ao fora da clausura*. São Paulo: Brasiliense.
- Puchivailo, M. C. (2014). *Repercussões clínicas de uma experiência em grupo de musicoterapia com pessoas em sofrimento psíquico grave: Um estudo fenomenológico* (Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Paraná). Repositório Institucional da UFPR. Disponível em: <https://hdl.handle.net/1884/36325>
- Puchivailo, M. C., Silva, G. B. da, & Holanda, A. F.. (2013). *A reforma na saúde mental no brasil e suas vinculações com o pensamento fenomenológico*. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 19(2), 230-239. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672013000200011&lng=pt&tlng=pt.
- Puchivailo, M. C. (2021). *Atenção às primeiras crises do tipo psicóticas: uma experiência em um CAPS III de Curitiba*. (Tese de doutorado). Universidade de Brasília, Brasília, Brasil. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/41725>
- Putman, N. (2022). *What is Open Dialogue?*. *Open Dialogue For Psychosis*, Nova Iorque, Routledge, p. 9- 34. Abingdon, England: Routledge. Disponível em: <https://doi.org/10.4324/9781351199599>
- Ricœur, P. (1991). *O si mesmo como um outro*. Trad. Lucy Moreira Cesar. Campinas, Brasil: Papyrus.
- Rodrigues R. C., Silva C. M. (2021). *Atenção à saúde no território como prática democrática: ações em cenas de uso de drogas como analisadores da democracia brasileira*. *Interface (Botucatu)*. 2021; 25: e200484. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200484>
- Rudnick, A. (Ed.). (2012). *Recovery of people with mental illness: philosophical and related perspectives*. Oxford, England: Oxford University Press. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/med/9780199691319.001.0001>
- Seikkula, J. (2008). *Inner and outer voices in the present moment of family and network therapy*. *Journal of Family Therapy*, 30: 478 - 491. doi:10.1111/j.1467-6427.2008.00439.
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., & Lehtinen, K. (2006). *Five-Year Experience of First-Episode Non-affective Psychosis in Open Dialogue Approach: Treatment Principles, Follow-Up Outcomes, and Two Case Studies*. *Psychotherapy Res.* 16 (2), 214–228. doi:10.1080/10503300500268490



- Seikkula, J., Olson, M., & Santos (Tradutor), P. (2019). *A abordagem do diálogo aberto para a psicose aguda: sua poética e micropolíticas*. Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental, 7(2), 15-34. Disponível em: <https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/198>
- Seikkula, J. & Arnkil, T. E. (2006). *Dialogical meetings in social networks*. London, England: Karnac Books. Disponível em: <https://doi.org/10.4324/9780429473685>
- Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2011). *The comprehensive open-dialogue approach (II). Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care: The Western Lapland Project*. Psychosis, 3(03), 1-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/17522439.2011.595819>
- Schmolke, M., Amering, M., Sveltini, A. (2016). *Recovery, empowerment and person centeredness*. In J. E. Mezzich, M. Botbol, G. N. Christodoulou, C. R. Cloninger, & I. M. Salloum (Eds.), *Person centered psychiatry* (pp. 261–274). Cham, Switzerland: Springer. doi:10.1007/978-3-319-39724-5_17
- Stanghellini, G., Broome, M., Raballo, A., Fernandez, A. V., Fusar-Poli, P., & Rosfort, R. (Eds.). (2019). *The Oxford handbook of phenomenological psychopathology*. Oxford University Press, USA. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198803157.001.0001>
- Stanghellini, G. (2019). *The PHD method for psychotherapy: integrating phenomenology, hermeneutics, and psychodynamics*. Psychopathology, 52(2), 75-84. doi: [10.1159/000500272](https://doi.org/10.1159/000500272)
- Stanghellini, G. (2017). *Lost in dialogue: anthropology, psychopathology, and care*. Oxford University Press.
- Stanghellini, G. (2016). *Phenomenological psychopathology and care. From person-centered dialectical psychopathology to the PHD method for psychotherapy*. In G. Stanghellini & M. Aragona (Eds.), *An experiential approach to psychopathology: What is it like to suffer from mental disorders?* (pp. 361–378). Springer International Publishing/Springer Nature. https://doi.org/10.1007/978-3-319-29945-7_20
- Taylor AK, Taylor FB and Anderson DA (2023) *Practitioners of open dialogue report their personal transformations as a result of conducting network meetings*. Front. Psychol. 13:1083996. doi: [10.3389/fpsyg.2022.1083996](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1083996)
- Thoma, S., Fuchs, T. (2018). *Inhabiting the Shared World: Phenomenological Considerations on Sensus Communis, Social Space and Schizophrenia*. In: Hipólito, I., Gonçalves, J., Pereira, J. (eds) *Schizophrenia and Common Sense*. Studies in Brain and Mind, vol 12. Cham, Switzerland: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-73993-9_2
- Vasconcelos, E. M. (2010). *Desafios Políticos no Campo da Saúde Mental na Atual Conjuntura: uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional*. In E. M. Vasconcelos (Org.), *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira* (pp. 17–44). São Paulo, Brasil: Hucitec. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/w4mfCrW8jDsBdvyQfXrq4Xx/?format=html&lang=pt>
- Von Peter, S., Aderhold, V., Cubellis, L., Bergström, T., Stastny, P., Seikkula, J., et al. (2019). *Open Dialogue as a Human Rights-Aligned Approach*. Front. Psychiatry 10, 387. doi:10.3389/fpsyg.2019.00387
- Von Peter, S., Bergström, T., Nenoff-Herchenbach, I., Hopfenbeck, M. S., Pocobello, R., Aderhold, V., Alvarez-Monjaras, M., Seikkula, J., & Heumann, K. (2021). *Dialogue as Response to the Psychiatrization of Society? Potentials of the Open Dialogue Approach*. Frontiers in Sociology, 6, 806437. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2021.806437>
- Zeferino, Maria Terezinha, Cartana, Maria do Horto Fontoura, Fialho, Marcelo Brandt, Huber, Manoela Ziegler, & Bertonecello, Katia Cilene Godinho. (2016). *Percepção dos trabalhadores da saúde sobre o cuidado às crises na Rede de Atenção Psicossocial*. Escola Anna Nery, 20(3), e20160059. Epub June 07, 2016. <https://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160059>

Recebido em 21.02.2025 – Primeira Decisão Editorial em 25.09.2025 – Aceito em 19.02.2026