

CAMINHOS DE ESPERANÇA: INTEGRAÇÕES ENTRE DIÁLOGO ABERTO E DIÁLOGO ANTECIPATÓRIO NA CRISE SUICIDA

CAMINOS DE ESPERANZA: INTEGRACIONES ENTRE EL DIÁLOGO ABIERTO Y EL DIÁLOGO ANTICIPATORIO EN LA CRISIS SUICIDA

PATHWAYS OF HOPE: INTEGRATIONS BETWEEN OPEN DIALOGUE AND ANTICIPATORY DIALOGUE IN THE SUICIDAL CRISIS

CRISTINA MÁRCIA
CARON RUFFINO ¹

¹ Conversações - Instituto de Facilitação de Diálogos, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

RESUMO: Este artigo propõe uma análise teórico-clínica integradora das abordagens do Diálogo Aberto e do Diálogo Antecipatório no manejo da crise suicida. Fundamentado em uma epistemologia construcionista e dialógica, o texto destaca a coconstrução de sentidos entre pessoa, rede de apoio e profissionais. A partir de um caso clínico, ilustra-se como essas práticas se complementam na criação de espaços terapêuticos seguros e promotores de esperança. São discutidos princípios como dialogismo, tolerância à incerteza e centralidade das relações. Conclui-se que essa integração constitui uma alternativa humanizada às práticas tradicionais em contextos de sofrimento psíquico agudo.

Palavras-chave: diálogo aberto; diálogo antecipatório; crise suicida; construção de sentido.

RESUMEN: Este artículo propone un análisis teórico-clínico integrador de los enfoques del Diálogo Abierto y Diálogo Anticipatorio en el manejo de la crisis suicida. Desde una epistemología constructivista y dialógica, este texto destaca la co-construcción de significado entre la persona, su red de apoyo y los profesionales. Basado en un caso clínico, este estudio ilustra cómo estas prácticas se complementan para crear espacios terapéuticos seguros y que fomentan la esperanza. Se analizan principios como el dialogismo, la tolerancia a la incertidumbre y la importancia de las relaciones. Se concluye que esta integración constituye una alternativa humanizada a las prácticas tradicionales en contextos de sufrimiento psicológico agudo.

Palabras clave: diálogo abierto; diálogo anticipatorio; crisis suicida; construcción de sentido.

ABSTRACT: This article proposes an integrative theoretical-clinical analysis of the Open Dialogue and Anticipatory Dialogue approaches in the management of suicidal crisis. Based on a constructionist and dialogical epistemology, the text highlights the co-construction of meaning between the individual, their support network, and professionals. Using a clinical case, it illustrates how these practices complement each other in creating safe and hope-promoting therapeutic spaces. Principles such as dialogism, tolerance for uncertainty, and the centrality of relationships are discussed. The article concludes that this integration offers a humanized alternative to traditional practices in contexts of acute psychological distress.

Keywords: open dialogue; anticipatory dialogue; suicidal crisis; meaning-making.

Recebido em: 13/06/2025
Aceito em: 31/08/2025

<https://www.doi.org/10.38034/nps.v34i83.865>



A saúde mental contemporânea enfrenta desafios cada vez mais complexos e urgentes. De acordo com a World Health Organization [WHO], mais de 700 mil pessoas morrem por suicídio todos os anos no mundo, o que equivale a uma morte a cada 40 segundos. Além disso, estima-se que, para cada suicídio consumado, ocorram cerca de 20 tentativas. Em 2019, o suicídio foi a terceira principal causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos, com aproximadamente 73% dos óbitos concentrados em países de baixa e média renda (WHO, 2021). Por trás desses números alarmantes, há histórias de sofrimento intenso que atravessam indivíduos, famílias, redes sociais e profissionais de saúde.

Enquanto a demanda por cuidados em saúde mental cresce, os modelos tradicionais de intervenção frequentemente se mostram insuficientes para lidar com a complexidade e a urgência dessas situações (Arnkil & Seikkula, 2015). Abordagens centradas exclusivamente no diagnóstico e na medicalização tendem a reduzir o sofrimento humano a categorias técnicas, negligenciando dimensões fundamentais como as relações interpessoais, a escuta sensível e o diálogo como prática de cuidado. Tais intervenções, muitas vezes, desconsideram o contexto relacional e social em que o sofrimento se inscreve (Seikkula & Olson, 2003).

Nesse cenário, torna-se imprescindível repensar as formas de cuidado, buscando alternativas mais humanas, colaborativas e não estigmatizantes. Diversas metodologias contemporâneas propõem a valorização do diálogo e do encontro entre pessoas como fundamentos centrais no cuidado em saúde mental. Tal proposta revela-se particularmente relevante em contextos de crise suicida, nos quais o acolhimento respeitoso, a escuta ativa e o fortalecimento das redes de apoio podem ser fatores determinantes para a prevenção do suicídio (Rober & De Haene, 2017; Seikkula & Trimble, 2005).

“Crise suicida” pode ser entendida de muitas formas; para efeitos deste trabalho, tomarei crise suicida como um estado de sofrimento psíquico extremo, em que o indivíduo experimenta uma dor insuportável, sensação de aprisionamento e falência das estratégias usuais de enfrentamento, percebendo o suicídio como única saída possível (Botega, 2015). Trata-se de um momento de colapso afetivo, cognitivo e relacional, no qual o pensamento torna-se rigidamente voltado à cessação da dor — uma experiência que, segundo Shneidman (1996), resulta do não atendimento de necessidades psicológicas básicas como pertencimento, reconhecimento e amparo.

Entendendo desta forma, aumenta a necessidade de abordagens que acolham o sofrimento de forma imediata, respeitosa e inclusiva, e que também favoreçam a coautoria de caminhos que devolvam à pessoa a possibilidade de viver com apoio e sentido. É nesse ponto que a articulação entre Diálogo Aberto e Diálogo Antecipatório se mostra promissora: enquanto o primeiro oferece um espaço de escuta profunda para nomear a dor e reconstruir o pertencimento, o segundo convida à mobilização conjunta em direção a futuros possíveis, mesmo que pequenos e provisórios.

Diante disso, neste trabalho proponho uma análise teórico-clínica que integra os fundamentos do Diálogo Aberto e do Diálogo Antecipatório na abordagem de pessoas em situação de crise suicida. Ambas as metodologias se ancoram em uma epistemologia construcionista e relacional, buscam sustentar o sofrimento em rede e promover a reconstrução de sentido por meio do diálogo e da presença genuína. A combinação dessas metodologias pode favorecer a abertura de caminhos de esperança, especialmente quando aplicada com sensibilidade aos aspectos verbais e não verbais da comunicação. A seguir, apresentarei os princípios centrais dessas abordagens em sua singularidade e complexidade e um recorte clínico que ilustra sua aplicação integrada na prática.

A estrutura do artigo está dividida em cinco partes: (1) apresentação dos fundamentos teóricos do Diálogo Aberto; (2) exposição dos princípios e práticas do Diálogo Antecipatório; (3) recortes de um exemplo clínico integrando ambas as abordagens; (4) discussão dos princípios compartilhados e suas implicações clínicas;

e (5) considerações sobre a potência relacional dessas práticas e a necessidade de continuidade dialógica. Minha intenção aqui é destacar o potencial dessas práticas para transformar a escuta clínica e construir, em conjunto com a rede de apoio, formas mais eficazes e humanas de lidar com o sofrimento psíquico intenso.

DIÁLOGO ABERTO: ESCUTA RADICAL E PRESENÇA EM TEMPOS DE CRISE

O Diálogo Aberto surgiu na Finlândia, na década de 1980, como uma resposta inovadora aos desafios enfrentados no cuidado a pessoas em crise psicótica. Desenvolvido por Jaakko Seikkula e sua equipe, o modelo propunha uma mudança estrutural no sistema de saúde mental, priorizando o envolvimento da rede social e a escuta dialógica em detrimento de abordagens centradas exclusivamente no diagnóstico e na medicação (Seikkula & Olson, 2003).

Com o tempo, sua eficácia levou à ampliação do uso da abordagem para outros tipos de sofrimento psíquico agudo, incluindo situações de crise suicida. A essência dessa abordagem reside na substituição de intervenções hierárquicas ou técnicas por encontros dialógicos, que envolvem a pessoa em sofrimento, sua rede de apoio e os profissionais de saúde em um processo horizontal, respeitoso e coconstrutivo. Seikkula e Trimble poeticamente definem o “*diálogo como uma forma de amor encarnado*” (Seikkula & Trimble, 2005).

Sete princípios fundamentais orientam a prática do Diálogo Aberto, conferindo-lhe consistência, coerência interna e profundidade ética. No entanto, como sua plena aplicação requer uma estrutura organizacional específica nem sempre disponível. Foram propostos doze elementos-chave que buscam preservar a fidelidade à abordagem em diferentes contextos (Olson, Seikkula & Ziedonis, 2014), os quais funcionam como critérios práticos e relacionais para sustentar o espírito da prática dialógica — mais do que apenas sua forma —, resguardando os valores centrais da escuta radical, da horizontalidade e da co-construção de sentido. São eles:

- 1. Dois (ou mais) terapeutas nas reuniões:** permite uma escuta multifocal, apoio mútuo entre profissionais e favorece o espelhamento e a polifonia.
- 2. Participação da família e rede social:** desloca o foco da intervenção do indivíduo para seu campo relacional, envolvendo pessoas significativas na coautoria das soluções.
- 3. Uso de perguntas abertas:** sustenta a abertura do diálogo, estimula a emergência de novos significados e evita posicionamentos diagnósticos ou prescritivos.
- 4. Escuta responsiva às falas e gestos:** acolhe narrativas ainda não ditas, reconhece o não verbal e legitima modos diversos de expressão.
- 5. Ênfase no momento presente:** prioriza o que está sendo vivido no aqui-agora da relação terapêutica, incluindo emoções que emergem durante o encontro.
- 6. Compreensão do discurso ou comportamento problemático como significativo:** os comportamentos desafiadores são escutados como respostas compreensíveis a contextos de sofrimento.
- 7. Valorização das palavras e histórias dos clientes:** foca-se na vida vivida e nas relações, não nos sintomas; as experiências relatadas são o centro da escuta.
- 8. Promoção da polifonia:** diferentes vozes, mesmo contraditórias, são legitimadas e mantidas em coexistência, sem busca de consenso forçado.

9. Foco relacional no diálogo: compreende-se o sofrimento como fenômeno relacional, não como déficit intrapsíquico ou patologia individual.

10. Reflexões entre profissionais em voz alta: os terapeutas compartilham suas impressões e hipóteses na presença dos participantes, favorecendo transparência e coautoria.

11. Transparência: toda comunicação entre os profissionais é feita de forma aberta, incluindo os participantes na construção conjunta do processo.

12. Tolerância à incerteza: reconhece-se que o rumo do encontro é imprevisível; os profissionais sustentam a segurança relacional sem controlar o conteúdo que emerge.

A aplicação do Diálogo Aberto em contextos de crise suicida favorece o acolhimento imediato da dor e a ativação de vínculos que podem sustentar a vida quando ela vacila. Nessas situações, a abordagem oferece um espaço seguro para que todas as vozes — inclusive as mais vulneráveis — possam se expressar sem medo de julgamento. A pessoa em sofrimento não é isolada, mas escutada em sua totalidade, em diálogo com aqueles que compõem sua vida. Ao tornar a crise nomeável, compreensível e compartilhada, essa abordagem transforma o espaço terapêutico em campo de reconhecimento, presença e sentido.

O envolvimento da rede não apenas amplia a compreensão sobre a crise, como também estimula o senso de pertencimento, correção e corresponsabilidade — elementos centrais para romper com o isolamento frequentemente presente nas experiências suicidas. Ao criar uma escuta atenta e horizontal, a abordagem convida à reconstrução dos vínculos e ao resgate da esperança.

A prática também valoriza o “aqui-e-agora” e a responsividade àquilo que é emergente na fala dos participantes. Ao adotar uma atitude de presença genuína e escuta radical, os profissionais facilitam a coconstrução de significados e alternativas possíveis, sem recorrer a protocolos padronizados ou decisões unilaterais (Seikkula & Trimble, 2005).

Como bem destacou Shotter (2011), o diálogo é mais do que uma troca verbal: é um movimento relacional e encarnado, onde afetos, silêncios e gestos também comunicam e cocriam realidades. No Diálogo Aberto, esse potencial é valorizado, permitindo que as crises sejam compreendidas não como falhas individuais, mas como convites à transformação nas relações.

A seguir, apresentamos os fundamentos do Diálogo Antecipatório e sua articulação com esse campo de escuta dialógica e relacional.

DIÁLOGO ANTECIPATÓRIO: COCRIAR FUTUROS POSSÍVEIS EM MEIO À DOR

O Diálogo Antecipatório, desenvolvido por Tom Arnkil e sua equipe, também na Finlândia, surgiu como uma proposta de enfrentamento de situações marcadas por impasses relacionais, rigidez institucional e ausência de perspectivas compartilhadas. Com raízes no construcionismo social e na tradição dialógica, essa abordagem se articula em torno da ideia de que, mesmo em cenários de crise, é possível gerar movimento e agência a partir de pequenas aberturas para o futuro (Arnkil & Seikkula, 2015). Sua ênfase específica está voltada à imaginação de futuros possíveis, oferecendo suporte em momentos em que as pessoas se sentem paralisadas pela dor ou sem alternativas claras de ação.

Se o Diálogo Aberto se ancora na escuta do presente e na criação de segurança relacional, o Diálogo Antecipatório foca na mobilização conjunta rumo a possibilidades. Não se trata de buscar soluções prontas ou respostas imediatas, mas de abrir espaço para a

imaginação compartilhada de próximos passos — ainda que pequenos — que reativem a continuidade da vida e da esperança. Quatro princípios centrais orientam sua prática:

- 1. Foco no futuro e na mobilização:** o objetivo dos encontros é ampliar o campo das possibilidades, por meio de perguntas abertas que estimulem a imaginação de caminhos alternativos. Questionamentos como “Se algo começasse a melhorar, o que isso significaria para você?” ajudam a inaugurar novas perspectivas.
- 2. Postura de não saber e neutralidade relacional:** o facilitador não oferece respostas prontas ou diagnósticos, mas adota uma atitude curiosa e respeitosa. Essa postura cria um espaço de segurança para que os participantes explorem livremente seus próprios recursos e alternativas.
- 3. Centralidade das relações e corresponsabilidade:** os encontros valorizam o envolvimento da rede de apoio — familiares, amigos, colegas ou profissionais —, reconhecendo que a construção de alternativas mais sustentáveis acontece quando as relações são mobilizadas em direção ao cuidado mútuo.
- 4. Respeito à diversidade de perspectivas:** o Diálogo Antecipatório evita reducionismo e favorece a multiplicidade de vozes. O diálogo se torna um espaço onde diferentes experiências, valores e ideias podem coexistir, sem que se busque, necessariamente, consenso ou uniformidade.

Na prática, os facilitadores lançam mão de perguntas simples, mas profundamente mobilizadoras, que ativam a imaginação coletiva e resgatam a capacidade de agência dos participantes. Exemplos incluem:

“Se vocês pudessem imaginar um pequeno passo em direção a algo melhor, como seria isso?”

“Quais alternativas ainda não exploramos juntos?”

“O que cada um sente que pode oferecer ao outro nos próximos dias?”

Essas perguntas visam evocar possibilidades já existentes — muitas vezes invisibilizadas pela dor — e ajudar a transformá-las em ações concretas e compartilhadas. Trata-se de um convite à mobilização e à corresponsabilidade, elementos que favorecem tanto o alívio imediato quanto a prevenção de futuras recaídas.

Ao estimular o pensamento prospectivo, o Diálogo Antecipatório também ajuda a reduzir a sobrecarga individual, deslocando o foco da solução “individualizada” para um campo relacional e cooperativo. A crise, nesse modelo, é compreendida como uma oportunidade de reconstrução conjunta, onde o futuro não está determinado, mas pode ser cocriado a partir do encontro entre as vozes presentes.

Em contextos de crise suicida, por exemplo, essa abordagem pode ajudar a mobilizar pequenas mudanças — como reconfigurar rotinas, organizar presenças de apoio, iniciar novos projetos ou buscar ajuda especializada — sem pressionar a pessoa a encontrar uma “resposta final” para sua dor. Como propõem Arnkil e Seikkula (2015), o valor do Diálogo Antecipatório está justamente em sua capacidade de sustentar o movimento mesmo quando o caminho ainda é incerto.

Com isso, o Diálogo Antecipatório se configura como uma potente ferramenta de reconstrução da esperança, sem negar a complexidade do sofrimento, mas apostando

na potência das relações e na força dos pequenos passos compartilhados — aqueles que, mesmo tímidos, desenham novos caminhos no terreno delicado da dor e anunciam, em sua humildade, a possibilidade de futuros vivos.

ENTRE O PRESENTE E O PORVIR: COMPLEMENTARIDADE ENTRE AS ABORDAGENS

Diálogo Aberto e Diálogo Antecipatório compartilham fundamentos éticos e epistemológicos que os tornam plenamente integráveis. Ambas as práticas partem de uma concepção relacional do sofrimento e compreendem o diálogo como elemento central do cuidado. No entanto, cada uma traz uma ênfase distinta: o Diálogo Aberto privilegia o acolhimento imediato e a escuta profunda do presente; o Diálogo Antecipatório orienta-se à coimaginação de possibilidades futuras.

A integração dessas abordagens permite sustentar a crise suicida em dois tempos complementares: o tempo da dor que precisa ser reconhecida e nomeada, e o tempo da esperança que se constrói em pequenos gestos de continuidade. Essa dinâmica articula acolhimento e ação, escuta e mobilização, presença e projeto.

Há alguns eixos de convergência e complementaridade, destaco aqui quatro dimensões centrais: (1) o dialogismo, (2) a centralidade das relações e (3) a postura de não saber e (4) a tolerância à incerteza.

DIALOGISMO: O ENCONTRO ENTRE VOZES COMO MOTOR DA TRANSFORMAÇÃO

Inspiradas no pensamento de Mikhail Bakhtin, ambas as práticas compreendem o diálogo como um processo vivo, no qual múltiplas vozes se entrelaçam e produzem novos sentidos (Bakhtin, 2011). O dialogismo, aqui, não se restringe à comunicação verbal: ele se manifesta na escuta atenta, nos silêncios, nas hesitações e nos afetos que atravessam o encontro terapêutico (Shotter, 2011).

No Diálogo Aberto, o foco recai sobre o presente: criar um espaço seguro em que as vozes da pessoa em sofrimento, de sua rede e dos profissionais possam se expressar de maneira horizontal. O objetivo não é explicar ou corrigir, mas permitir que a crise seja nomeada, partilhada e escutada como um fenômeno que afeta e convoca a todos (Seikkula & Trimble, 2005).

Já no Diálogo Antecipatório, o diálogo se orienta para o porvir. O facilitador propõe perguntas que evocam alternativas e pequenos passos possíveis, mesmo em meio à incerteza. A imaginação conjunta de caminhos é o que sustenta o movimento: “Se algo começasse a melhorar, o que isso significaria para vocês?” ou “Quem poderia estar ao seu lado agora, e como?” (Arnkil & Seikkula, 2015).

Ambas as abordagens lançam um convite à ruptura com os modelos terapêuticos tradicionais, enraizados na hierarquia do saber técnico. Em vez de buscar a “resposta certa”, abrem espaço para o encontro verdadeiro — aquele em que os silêncios também falam, e onde novos sentidos brotam do entrelaçar delicado das perspectivas que se reconhecem e se transformam mutuamente.

CENTRALIDADE DAS RELAÇÕES: O CUIDADO COMO CONSTRUÇÃO RELACIONAL

Outro ponto de encontro entre os modelos está na compreensão de que as relações são o lugar onde o sofrimento nasce — mas também onde o cuidado pode florescer. Tanto no Diálogo Aberto quanto no Diálogo Antecipatório, reconhece-se que a dor psíquica não habita o indivíduo isolado, mas se entrelaça às tramas de histórias, vínculos, contextos e

culturas. É nesse mesmo solo, tecido de presenças, que se pode semear alívio, restaurar pertencimentos e abrir caminhos de reconstrução (Rober & Haene, 2017).

No Diálogo Aberto, as reuniões são organizadas com a presença da rede de apoio da pessoa em crise. Familiares, amigos, colegas e outros atores significativos participam ativamente do diálogo, reconhecendo-se mutuamente como afetados e corresponsáveis. O cuidado emerge do encontro e da correção que se produz ali (Dana, 2018).

No Diálogo Antecipatório, as relações não são pano de fundo — elas ocupam o coração do processo. O foco está em despertar os recursos que já existem, muitas vezes adormecidos, tanto na pessoa em crise, quanto nas pessoas que a cercam. Juntos, imaginam caminhos possíveis de cuidado concreto e presença real. Trata-se de lembrar, com delicadeza e firmeza, que ninguém precisa atravessar uma crise sozinho.

POSTURA DE NÃO SABER E TOLERÂNCIA À INCERTEZA: O CUIDADO COMO PRESENÇA ABERTA

Tanto no Diálogo Aberto quanto no Diálogo Antecipatório, o profissional assume uma posição ética de escuta e humildade. Em vez de oferecer respostas prontas ou interpretar o sofrimento à luz de categorias diagnósticas, ele se abre ao desconhecido, valorizando a singularidade da experiência de cada pessoa e rede (Seikkula & Olson, 2003; Smoliak & Strong, 2018).

Essa postura de não saber é o que permite a construção conjunta de sentido. Ela convida cada participante a ser autor e interlocutor de sua própria história, o que fortalece a autonomia e o protagonismo, especialmente em contextos marcados por vulnerabilidade e desesperança.

A tolerância à incerteza, por sua vez, é um dos pilares da segurança relacional. Em vez de apressar soluções ou silenciar o desconforto, ambas as abordagens acolhem a complexidade como parte do processo. A crise não é um problema a ser resolvido rapidamente, mas uma experiência que pode ser escutada, elaborada e transformada ao longo do tempo (Seikkula & Trimble, 2005).

No Diálogo Aberto, essa tolerância se revela na escuta atenta ao tempo de cada pessoa e de cada rede — um tempo que não se apressa, que espera junto. Já no Diálogo Antecipatório, ela se manifesta como abertura generosa a caminhos múltiplos, mesmo quando não se sabe ao certo para onde eles levam. Em ambos, o não saber não é falta, mas presença — um espaço vivo onde o encontro verdadeiro pode, enfim, acontecer. Como sublinhado por Arnkil (2019), esse tipo de espaço relacional só se sustenta quando o foco está em seguir o outro, ao invés de conduzir o processo com metas preestabelecidas. É justamente ao acompanhar sensivelmente o que emerge na relação — e não ao tentar controlar seus rumos — que se ampliam as possibilidades de sentido e de mudança.

A complementaridade entre essas abordagens não se dá apenas no plano técnico, mas sobretudo no plano ético: juntas, elas recusam a lógica da intervenção prescritiva e afirmam o cuidado como encontro, como presença, como disponibilidade para sustentar — com o outro e entre outros — o que parecia insustentável. Essa integração constitui um convite à clínica da esperança: uma prática que escuta o abismo sem se precipitar nele, e que aposta na potência dos vínculos como campo fértil de reconstrução.

APLICAÇÃO INTEGRADA DAS ABORDAGENS EM UMA SITUAÇÃO DE CRISE SUICIDA: SUSTENTAR O PRESENTE, IMAGINAR O POSSÍVEL

A seguir, apresento recortes¹ de uma situação clínica que ilustra como essas duas metodologias podem se articular, de forma complementar, no cuidado em saúde mental.

¹ A pedido da família, não incluímos suas falas diretas, apenas as falas das terapeutas.

O objetivo não é oferecer um modelo prescritivo, mas evidenciar como os princípios dessas abordagens podem ser incorporados de forma ética, sensível e responsiva.

ACOLHIMENTO DA CRISE: PRESENÇA E ESCUTA COMPARTILHADA

A.L.², 21 anos, estudante de engenharia elétrica, filha única e morando longe da cidade dos pais, ligou para a amiga N. depois do uso de superdosagem de medicação. A amiga conseguiu interferir e levar A.L. ao pronto atendimento. N. e a assistente social do hospital entram em contato com os pais de A.L. Após os cuidados emergenciais, seguindo as orientações que receberam no hospital, os pais de A.L. entram em contato comigo (como terapeuta), pedindo um atendimento para A.L.. Pergunto se já haviam pensado em uma terapia familiar ao invés da terapia individual. Os pais se interessam. Proponho consultarem a A.L. e, se ela topasse, que perguntassem se ela gostaria que mais alguém estivesse presente. Explico que eu os atenderia em coterapia. Os pais acatam e A.L. também aceita, pedindo que N. faça parte.

A reunião foi iniciada com uma breve apresentação da proposta dialógica:

“Queremos agradecer a presença de vocês e a confiança neste processo. Nossa intenção aqui é criar um espaço em que todas as vozes possam ser ouvidas, com respeito e escuta mútua. Não estamos aqui para buscar culpados ou dar soluções mágicas, mas para compreender juntos o que está acontecendo e como podemos apoiar uns aos outros.”

A família começa a falar, de forma um pouco aflita, eles começam a se interromper para “consertar” a fala um do outro. Uma terapeuta sugere:

“Eu percebo como essa situação está sendo difícil para vocês. Que tal nos permitirmos ouvir o que cada um sente que precisa compartilhar neste momento? Minha proposta é que possamos nos permitir ficar no lugar confortável de só ouvir, simplesmente ouvir, sem precisar interromper ou ‘corrigir’. Seria possível?”

Durante a conversa, A.L. diz que se sente sobrecarregada pelas exigências acadêmicas e pela vivência de opressões de gênero no curso de engenharia e na vida. O namorado, a quem era bastante apegada, havia rompido com ela recentemente por ciúmes dos colegas de curso. Relata viver na universidade um ambiente hostil e competitivo, que a vem afetando de forma constante e crescente. Os pais, ao ouvirem a filha de forma tão aberta, revelam surpresa, preocupação e também sentimentos de culpa e impotência. Compartilham o desejo de se (re)aproximarem, mas confessam que não sabem como fazê-lo, cada um fala de suas próprias dificuldades de conexão e contato. N., por sua vez, relata experiências semelhantes de sobrecarga emocional, reconhecendo em A.L. alguém que, em outros momentos, também lhe ofereceu apoio fundamental.

As profissionais tentam ajudar a construir um espaço onde cada pessoa possa encontrar suas próprias palavras para expressar o que sente, percebe e deseja. Com perguntas cuidadosas, ajudam a tecer conexões, reconhecendo os laços e os recursos que os participantes já viveram/vivem nas relações. Apresento aqui alguns recortes que ilustram como foram alimentando o diálogo e jogando luz nas relações presentes:

“N., o que existe nessa amizade com A.L. que te fez largar tudo e correr para estar com ela, dar assistência e seguir ao lado dela? Como você percebe a força dessa relação?”

2 Os nomes aqui foram substituídos para preservar a identidade dos participantes. Todos os presentes assinaram o Termo de consentimento livre e esclarecido com a condição de terem acesso prévio ao material que seria utilizado, o que foi cumprido.

“A.L., quando você ouviu sua amiga contar que suas palavras foram fundamentais em um momento difícil para ela, como se sente? Você lembrava desse momento?”

“Pais, como foi para vocês ouvirem A.L. expressar tudo isso? O que gostariam que ela soubesse sobre vocês agora?”

Nosso interesse era abrir caminhos de diálogo em direções aparentemente não exploradas. Tínhamos intenção de facilitar a correção emocional, valorizar os vínculos afetivos e criar um campo de pertencimento — aspectos que nos pareciam fundamentais na abordagem de situações suicidas. A escuta horizontal e a validação mútua foram gradualmente transformando o ambiente da reunião em um espaço de conexão e alívio. Assim, houve um intencional deslocamento da narrativa centrada na crise para o fortalecimento dos vínculos, dos recursos relacionais e da coragem de A.L. em compartilhar sua dor. O encontro foi se tornando um espaço de pertencimento e confiança.

MOBILIZAÇÃO DIALÓGICA: PEQUENOS PASSOS PARA O FUTURO

Com a presença consolidada e a rede reunida, a equipe começou a introduzir elementos do Diálogo Antecipatório. As perguntas propostas não visavam soluções rápidas, mas a coimaginação de pequenos passos possíveis para lidar com o sofrimento e fortalecer os apoios disponíveis.

“O que vocês imaginam que poderia ajudar a aliviar essa pressão que A.L. vem sentindo? Existem pequenas mudanças no dia a dia que fariam diferença?”

“Se pensarmos em ações dentro da universidade, há alguém que possa estar aberto a ouvir essas questões? Quem poderia caminhar junto nisso?”

“Quando vocês pensam nos próximos dias, o que faria A.L. sentir-se mais acompanhada? Há algo prático que possamos organizar juntos?”

Essas perguntas não tinham o objetivo de propor soluções fechadas, mas de ativar a capacidade de agência dos envolvidos e cultivar a corresponsabilidade na rede. A partir do diálogo, surgiram compromissos compartilhados: os pais se comprometeram a apoiar financeiramente a busca por psicoterapia e acompanhamento psiquiátrico; N. convidou A.L. para juntas incluírem momentos de lazer na rotina, pensaram em um curso de dança; os pais começaram a pensar em formas de reorganizar seus compromissos profissionais para estarem mais disponíveis aos fins de semana, promover maior convivência e presença afetiva.

Durante esse processo, as terapeutas vão validando as contribuições e reforçando os vínculos:

“Foi muito importante ouvir você hoje, A.L. Sua coragem em falar ajuda todos a compreenderem melhor o que você tem vivido. Obrigada pela confiança.”

“Me tocou ver o quanto vocês se importam uns com os outros. Isso me parece a grande força com a qual poderão contar.”

“O que acham de combinarmos algumas ações simples para os próximos dias? Algo que traga mais leveza e presença?”

Por fim, as terapeutas ajudaram a nomear os acordos emergentes e a estabelecer mecanismos para monitoramento coletivo do bem estar.

“Quem entre vocês costuma perceber primeiro quando algo não vai bem? O que poderia ser um sinal de alerta para voltarmos a conversar?”

“Se sentirem que precisam rever os combinados ou buscar novos caminhos, como gostariam que isso fosse feito?”

Os combinados sobre o monitoramento e atenção no futuro foi um ponto interessante. Os participantes puderam reconhecer que muitas vezes combinaram coisas que nunca cumpriram e nem perceberam. Tentamos pensar juntos em formas de manter a atenção, sem tensão.

Essa etapa revela o valor do Diálogo Antecipatório na construção de uma perspectiva de futuro partilhada, concreta e sensível às possibilidades de cada participante. Como indicam Arnkil & Seikkula (2015), essas conversas ampliam o campo de ação e ajudam a prevenir recaídas, ao oferecer um mapa relacional de suporte.

O futuro ainda incerto foi acolhido, mas não evitado. O caso ilustra como a integração entre escuta e imaginação, presença e mobilização, pode sustentar um cuidado esperançoso e compartilhado.

UM PROCESSO EM ESPIRAL: ACOLHIMENTO, ESCUTA E MOBILIZAÇÃO

Ao integrar as duas abordagens, o cuidado se organiza em espiral: inicia-se pelo acolhimento dialógico da crise no presente, avança para a mobilização de recursos na rede e culmina na criação conjunta de um plano de cuidado relacional. A pessoa em sofrimento não é tratada como paciente isolado, mas como alguém inserido em uma rede viva de relações, cujos vínculos podem ser fonte de suporte e transformação.

Essa prática integrada desafia intervenções unilaterais e medicalizantes, promovendo um espaço onde escuta, empatia e ação compartilham o centro do cuidado. A experiência descrita parece inspirar que, mesmo em momentos de dor intensa, é possível criar encontros que reativem a esperança e fortaleçam os laços humanos — condições indispensáveis à prevenção do suicídio e à reconstrução de vidas em rede.

Assim, uma vez tendo um espaço seguro de conexão e colaboração, foi possível introduzir perguntas direcionando para um planejamento futuro e corresponsabilização. Exploramos também possibilidades de ações que poderiam envolver outras pessoas e instâncias e como levar a essas instâncias estas reivindicações.

“O que vocês acham que poderia ajudar a aliviar essa pressão que A.L. e N. vêm sentindo na universidade? Imaginam que algo pode ser feito em termos de ações coletivas? Quem lá de dentro estaria receptivo a uma conversa assim? Quem e como poderia iniciar?”

“Se cada um de vocês pudesse contribuir de alguma forma, o que acham que poderiam fazer?”

Para a A.L.:

“Quando você pensa nos próximos dias/meses, quem ou o que faz você sentir mais segurança ou conforto?”

Para todos:

“Como vocês poderiam organizar o dia a dia de forma que ela sinta que não está sozinha e que pode contar com vocês? Alguma ideia prática que possamos pensar juntos?”

“Como seria isso que propõe? Por onde começaria? Com quem poderia contar?”

“Quem seria beneficiado com essa ação? A quem mais atenderia?”

Durante a conversa, as terapeutas buscam salientar a importância das relações e valida as falas para fortalecer o vínculo:

“A.L., sinto que foi importante você compartilhar como se sente. Sua voz aqui nos ajuda a entender melhor o que você está passando e como podemos ajudar. Somos gratas pela sua confiança neste processo. “

“Me gera esperança ver o quanto vocês se importam uns com os outros e estão aqui hoje, dispostos a ouvir e ajudar. Como foi estar aqui para vocês?”

As terapeutas buscam um encerramento que deixe marcado o pertencimento, reforçando a conexão e a colaboração para os próximos passos:

“Parece que hoje conseguimos abrir um espaço importante para conversarmos juntos. Não sei se sou só eu, mas sinto que ninguém está sozinho aqui. Isto me conforta, me sinto acompanhada. E vocês?”

“Podemos seguir pensando em formas de nos apoiarmos.”

“O que acham de combinarmos algumas ações simples para os próximos dias/meses? Algo que possa trazer um pouco mais de leveza para todos?”

As terapeutas julgaram importante pensar juntos no que indicaria que os combinados não estariam produzindo os efeitos desejados ou que precisaríamos rever e encontrar outras formas de ação, ao mesmo tempo em que chamamos todos para um lugar de corresponsabilidade:

“Quem poderia ser o primeiro a perceber que algo não vai bem novamente e o que indicaria isso?”

“Se isso vier a acontecer, o que pensam que poderia ser uma boa conduta? Partiria de quem?”

No final de cada encontro, as terapeutas conferiam com os participantes um resumo do que havia sido importante, salientando ações que emergiram do diálogo para torná-las mais concretas:

“Então, vejam se entendi bem, a partir do que conversamos, vocês estão se propondo a... Vocês acrescentariam algo que nós tenhamos esquecido ou que possa ter nos passado despercebido?”

Essas falas e perguntas pareceram criar um espaço inclusivo e transformador, onde cada participante parecia ter se sentido ouvido, respeitado e parte de um esforço coletivo. Aparentemente, contribuíram para a valorização das relações, a redução do isolamento e promoveram ações práticas que puderam trazer alívio imediato, construindo um ambiente de apoio mútuo.

No exemplo dado, após os encontros conduzidos à luz do Diálogo Aberto que acolheram e validaram o sofrimento, o Diálogo Antecipatório ajudou a rede a organizar um planejamento. Esse equilíbrio entre presente e futuro não é linear, mas processual. Os participantes podem transitar entre o acolhimento das emoções atuais e a construção de alternativas futuras conforme a rede se fortalece e os vínculos se ampliam. Por vezes, é necessário retornar à escuta do sofrimento antes de seguir com o planejamento de ações. Outras vezes, imaginar uma possibilidade futura torna-se o impulso necessário para continuar sustentando o presente.

Esse equilíbrio é, ao mesmo tempo, clínico e ético. Ele reconhece que a pressa por soluções pode silenciar experiências valiosas, ao passo que a imobilidade pode perpetuar o sofrimento. A prática integrada propõe, portanto, um cuidado que caminha com o tempo das pessoas e de suas relações, permitindo que o novo emergja de forma orgânica, relacional e compartilhada.

Mais do que uma técnica, trata-se de uma forma de estar com o outro: escutar com presença, dialogar com humildade e construir, com delicadeza, pequenos futuros habitáveis. É nesse espaço entre o que dói agora e o que pode ser melhor amanhã que se abre a possibilidade de sustentar a vida com dignidade, vínculo e esperança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: ESCUTAR O ABISMO, SUSTENTAR A VIDA

Diante do aumento das crises suicidas e das limitações dos modelos tradicionais, é urgente cultivar práticas clínicas que, mais do que intervir, saibam acompanhar. Cuidar, nesse contexto, é sustentar conversas que não evitam a dor, mas que não se resignam a ela. É reconhecer que o suicídio não é apenas um problema a ser prevenido, mas uma experiência-limite a ser compreendida com humanidade.

Que possamos seguir construindo espaços onde o diálogo seja ponte, a presença seja amparo e, a esperança, uma possibilidade compartilhada para que possamos, de formas mais humanas, éticas e relacionais, sustentar a vida quando ela vacila. E, como todo bom diálogo, este também permanece aberto.

Mais do que concluir, este artigo se propõe investir nas possibilidades. Deixamos, assim, algumas perguntas como convite a novas conversas, tanto no campo clínico quanto no acadêmico: Como sustentar práticas dialógicas em contextos institucionais marcados pela rigidez, pela pressa e pela escassez de recursos? Que formas de cuidado emergem quando se aposta na potência das relações, mesmo em redes fragilizadas? Como seguir ampliando o espaço de fala e escuta quando há silêncio, retraimento ou ruptura de vínculos? E ainda: como avaliar os efeitos dessas práticas sem reduzir

sua complexidade a métricas convencionais? Que outros modos de pesquisa seriam éticos e coerentes com sua epistemologia?

Essas perguntas não visam o esgotamento, mas a continuidade. Que cada encontro clínico, cada experiência de cuidado, cada gesto de presença nos inspire a seguir interrogando, escutando e co-imaginando — abrindo, assim, diálogos vivos onde antes havia apenas abismo.

REFERÊNCIAS

- Arnkil, T. E.** (2019). Co-generating dialogical spaces: Challenges for Open and Anticipation Dialogues and dialogical practices in general. *International Journal of Collaborative-Dialogic Practices*, 9(1), p.37-50.
- Arnkil, T. E., & Seikkula, J.** (2015). Developing dialogicity in relational practices: Reflecting on experiences from Open Dialogue and Anticipation Dialogues. *International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, 2015(1), p.31-41. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/anzf.1099>>.
- Bakhtin, M.** (2011). *Problemas da poética de Dostoiévski*. Tradução de P. Bezerra. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Botega, N. J.** (2015). *Crise suicida: avaliação e manejo*. Porto Alegre: Artmed.
- Dana, D.** (2018). *The polyvagal theory in therapy: Engaging the rhythm of regulation*. New York: Norton.
- Olson M, Seikkula J, Ziedonis D.** (2014). *The Key Elements of Dialogic Practice in Open Dialogue: Fidelity Criteria*. Worcester, MA, University Massachusetts Medical School.
- Rober, P., & Haene, L. de** (2017). Hospitality in family therapy practice: A further engagement with Jacques Derrida. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 38(3), p.378-390. Disponível em: <<https://doi.org/10.1002/anzf.1254>>.
- Seikkula, J., & Olson, M. E.** (2003). The open dialogue approach to acute psychosis: Its poetics and micropolitics. *Family Process*, 42(3), p.403-418.
- Seikkula, J., & Trimble, D.** (2005). Healing elements of therapeutic conversation: Dialogue as an embodiment of love. *Family Process*, 44(3), p.461-475.
- Shneidman, E. S.** (1996). *The suicidal mind*. New York: Oxford University Press.
- Shotter, J.** (2011). Embodiment, abduction, and expressive movement: A new realm of inquiry? *Theory & Psychology*, 21(4), p.439-456.
- Smoliak, O., & Strong, T.** (Ed.). (2018). *Therapy as discourse practice and research*. Cham: Springer Nature Switzerland AG.
- World Health Organization.** (2021). *Suicide worldwide in 2019: Global health estimates*. Geneva: WHO. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>>.

CRISTINA MÁRCIA CARON RUFFINO

Pedagoga, mestre e doutora em Psicologia. Terapeuta Familiar e de Casal, Orientadora Parental, Mediadora de Conflitos, Supervisora Clínica. Cofundadora do Instituto Conversações de Ribeirão Preto-SP.

E-mail: cristina@conversacoes.com.br

<https://orcid.org/0009-0009-5488-3498>