

## GRUPO DE APOIO PARA SOBREVIVENTES DO SUICÍDIO

Giovana Kreuz<sup>1 2</sup>, Orcid: <http://orcid.org/0000-0003-3021-4862>

Raquel Pinheiro Niehues Antoniassi<sup>3</sup>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9223-0078>

**RESUMO.** O suicídio pode ser compreendido como o desfecho decorrente de uma complexa interação de fatores e seu resultado gera intensos impactos na família e em toda sociedade. Considerando-se que para cada suicídio estima-se que cerca de 100 pessoas sejam afetadas, recebendo pouco ou nenhum suporte, e que o luto por suicídio tem especificidades que podem complicar o processo; a tarefa da intervenção após um suicídio se amplia como imprescindível. Este artigo descreve e fundamenta o processo de construção e manejo por iniciativa voluntária de profissionais da psicologia, de um grupo de apoio para sobreviventes/enlutados pelo suicídio na cidade de Maringá-PR, iniciado em setembro de 2016, com frequência mensal e gratuidade na participação. Os grupos de apoio representam recursos fundamentais de suporte emocional na posvenção, sendo considerados como espaço de escuta, reconhecimentos, legitimação e apoio a pessoas enlutadas ou intensamente impactadas pelo suicídio, assim, possibilitando a construção de sentidos para a perda e uma adaptação ao processo continuado de ressignificação.

**Palavras-chave:** Luto; posvenção do suicídio; grupo de apoio.

## SUPPORT GROUP FOR SUICIDE SURVIVORS

**ABSTRACT.** Suicide can be understood as the undesirable outcome resulting from a complex interaction of factors, and its outcome generates intense impacts on the family and society as a whole. Considering that for each suicide about 100 people are affected, even so, these receive little or no support, and still, that mourning/grief for suicide has specificities that can complicate the process; the action of the intervention after a suicide is amplified as essential. This article describes and bases the process of construction and management, through a voluntary initiative of Psychology professionals, a support group for suicide survivors/bereaved in the city of Maringá-PR, Brazil, started in September 2016 and maintained monthly and free participation. The support groups represent fundamental resources of emotional support in the posvention, being considered space of listening, recognition, legitimation and support to people mourning/grief or intensely impacted by suicide, thus making it possible to construct meanings for loss and an adaptation to the ongoing process of re-signification.

**Keywords:** Grief; suicide posvention; support group.

<sup>1</sup> Pontifícia Universidade Católica (PUC), São Paulo-SP, Brasil.

<sup>2</sup> Email: [giovana\\_k@yahoo.com.br](mailto:giovana_k@yahoo.com.br)

<sup>3</sup> Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá-PR, Brasil.



## GRUPO DE APOYO PARA SOBREVIVIENTES DEL SUICIDIO

**RESUMEN.** El suicidio puede ser comprendido como el desenlace indeseable resultante de una compleja interacción de factores y su resultado genera intensos impactos en la familia y toda sociedad. Considerando que para cada suicidio cerca de 100 personas son afectadas, aún así, éstas reciben poco o ningún soporte, y aún, que luto por suicidio tiene especificidades que pueden complicar el proceso; la acción de la intervención después de un suicidio se amplía como imprescindible. Este artículo describe y fundamenta el proceso de construcción y manejo, por iniciativa voluntaria de profesionales de la Psicología, de un grupo de apoyo para sobrevivientes/enlutados del suicidio en la ciudad de Maringá-PR, Brasil, iniciado en septiembre de 2016 y mantenido con frecuencia mensual y gratuidad en la participación. Los grupos de apoyo representan recursos fundamentales de soporte emocional en la *posvention*, siendo considerados como espacio de escucha, reconocimiento, legitimación y apoyo a personas enlutadas o intensamente impactadas por el suicidio, así, posibilitando la construcción de sentidos para la pérdida y una adaptación al proceso continuado de resignificación.

**Palabras clave:** Duelo; *posvention* del suicidio; grupo de apoyo.

### Introdução

[...] estava destituído de todo, mesmo a entrar para a morte num último cansaço que lhe dava [...]. Ia cismar com o que não existia para o resto dos seus dias, como uma doença que não se via. Era uma doença que lhe saía nas palavras (Mãe, 2016, p. 22).

Quando uma pessoa atenta contra a própria vida instaura uma questão desconfortável e temida, rompe uma fronteira e escancara um questionamento recorrente no que concerne às razões que levam uma pessoa a querer deixar de existir, aniquilar-se.

Embora existam diversas especulações, dificilmente é possível alcançar clareza completa acerca de um fenômeno tão complexo. No entanto, o suicídio pode ser entendido como uma forma extrema de lidar com a dor, o desespero e a desesperança diante da vida (Núcleo de Estudo de Prevenção do Suicídio [NEPS] & Centro Antiveneno da Bahia [Ciave], 2017). Por isso, o suicídio revela a dor de existir e, quando esta se torna insuportável, o sujeito ao desejar livrar-se do sofrimento intenso, por diversas razões e fatores complexos que interatuam concomitantemente, pode acabar por livrar-se da própria vida.

Segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria [ABP] (2014, p. 7), o suicídio pode ser definido como “[...] um ato deliberado executado pelo próprio indivíduo, cuja intenção seja a morte, de forma consciente e intencional, mesmo que ambivalente, usando um meio que ele acredita ser letal”.

O comportamento suicida engloba um *continuum* de comportamentos que perpassam desde a ideação suicida (pensamento, ideia e desejo de se matar), podendo (ou não) evoluir para a ameaça, plano e/ou tentativa de suicídio até a morte, sendo que tal comportamento está associado a diferentes graus de intenção letal e de conhecimento do verdadeiro motivo desse ato por parte daquele que o pratica (ABP, 2014).

Segundo a Organização Mundial da Saúde [OMS] (2000), o suicídio pode ser compreendido como resultado de uma complexa interação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais. Sendo assim, o comportamento suicida torna-se um fenômeno complexo e multideterminado, tratando-se do “[...] desfecho de uma série de fatores que se acumulam na história do indivíduo, não podendo ser considerado de forma causal e simplista apenas a determinados acontecimentos pontuais da vida do sujeito. É a consequência final de um processo” (ABP, 2014, p. 10).

Tratando-se de um processo, então, não há como estabelecer causas ou motivos definitivos para o suicídio. No entanto, segundo a ABP (2014), é possível identificar fatores de risco, sendo que os principais são: 1. tentativas prévias de suicídio, que implementam o risco em cerca de cinco vezes mais; 2. doença mental (incluindo depressão, transtorno bipolar, alcoolismo e abuso/dependência de outras drogas e transtornos de personalidade e esquizofrenia) não diagnosticada ou não tratada (subtratada); 3. acesso a meios letais. É importante nos atentarmos a eles, pois são parâmetros que, se verificados, somados e avaliados com precisão, podem ser indicativos para a tomada de medidas efetivas de prevenção ou suporte.

Fukumitsu et al. (2015, p. 49) descrevem outros fatores de risco para a conduta suicida, contemplando “[...] estados de humor irritável ou depressivo, períodos prolongados de isolamento, hostilidade com família e amigos, afastamento da escola ou queda importante no rendimento escolar, comportamentos como abuso de substâncias (álcool e drogas), violência física, atividade sexual imprudente e fugas de casa”.

São considerados fatores de proteção, os quais, por sua vez, envolvem todas aquelas circunstâncias, características, contextos, relações e situações consideradas como saudáveis e positivas pelos sujeitos, que podem constituir-se como barreiras para o ato suicida; podendo incluir

Autoestima elevada, bom suporte familiar, laços sociais bem estabelecidos com família e amigos, religiosidade independente da afiliação religiosa e razão para viver, ausência de doença mental, estar empregado, ter crianças em casa, senso de responsabilidade, com a família, gravidez desejada e planejada, capacidade de adaptação positiva; capacidade de resolução de problemas e relação terapêutica positiva, além de acesso a serviços e cuidados de saúde mental (ABP, 2014, p. 24).

Importante destacar que tanto os fatores de proteção quanto os de risco são variáveis e a avaliação deve contemplar o significado que cada indivíduo atribui à vivência daquele fator em particular, de acordo com todo o contexto sociocultural, percepção de risco, idade, gênero, estrutura de personalidade e valores pessoais. Mesmo havendo fatores de proteção aparentes e estáveis, eles por si só não são garantias de extinção por completo do risco.

Os suicídios são precedidos por sinais de alerta importantes, tais como sinais verbais e/ou comportamentais, que, contudo, nem sempre são perceptíveis para a família ou o entorno. No entanto, também existem suicídios que são cometidos de maneira impulsiva (NEPS & Ciave, 2017) e, assim, aparentemente não há manifestações de tais sinais. Segundo Scavacini (2017, p. 49), devemos atentar para o fato de que “[...] os sinais podem ser verbais ou comportamentais [...]”, e nem sempre são claros, fazendo sentido apenas depois do ato. Para Fukumitsu e Kovács (2015, p. 42) “[...] existem vários tipos de suicídio – os planejados, os impulsivos, os que não ofereceram nenhuma pista e os que assinalaram que a morte poderia acontecer”.

Por isso, entende-se que uma avaliação de risco deva ser conduzida de maneira atenta e particularizada por profissionais da saúde capacitados sobre o fenômeno, incluindo

a percepção do sofrimento humano em suas diferentes manifestações e, então, a construção de um adequado plano de segurança quando detectado o risco.

O suicídio representa um sério problema de saúde pública, considerando que sua mortalidade aumentou em cerca de 60% nos últimos anos. No relatório publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014), em que foi apresentado um mapeamento epidemiológico deste fenômeno em 172 países no período de 2002 a 2012, identificou-se que o suicídio se encontra entre as três principais causas de morte de pessoas na faixa etária dos 15 a 44 anos de idade, superando o número de mortes por violência ou guerra combinados. A cada 45 segundos, morre, no mundo, uma pessoa por este motivo enquanto que, no Brasil, morre uma pessoa acerca de 40 minutos. Neste contexto, o Brasil é o oitavo país em número absoluto de mortes por suicídio, dado que se torna ainda mais preocupante considerando que enquanto a média mundial permanece estável ao longo dos anos, no Brasil a porcentagem vem aumentando cada vez mais.

No que diz respeito especificamente à realidade do município de Maringá-PR, foram notificados em 2016, de acordo com dados epidemiológicos da Secretaria Municipal de Saúde, 369 casos de violência autoprovocada, ou seja, de ideação suicida e/ou tentativa de suicídio, sendo que destas 135 (37%) foram de homens e 234 (63%) de mulheres. No que se refere a mortes por suicídio notificadas no município, em 2016 foram notificados 18 óbitos, sendo 11 de homens e sete de mulheres. Este era o cenário em 2016, quando foi iniciado o trabalho do Grupo de Apoio aos Sobreviventes do Suicídio no município.

No ano de 2017, cujos dados epidemiológicos referem aumento dos casos, visto que foram notificados 576 casos de violência autoprovocada, sendo que 160 (28%) foram de homens e 416 (72%) de mulheres; estão notificados 27 óbitos, sendo 20 (74%) de homens e sete (26%) de mulheres. Contudo, deve-se ressaltar que a estimativa de tais números supere em até dez vezes o notificado por questões relacionadas à subnotificação.

## Luto

[...] porque a morte nunca responde, e não é porque não queira, é só porque não sabe o que há de dizer diante da maior dor humana (Saramago, 2005, p. 15).

Compartilhamos a afirmativa de que a morte de alguém amado ou significativo é uma das experiências mais dolorosas enfrentadas por um ser humano (Ferro, 2014). Em decorrência do evento morte ou perda, experimentamos um conjunto de respostas ou reações consideradas como universais, normais, esperadas e adaptativas, que variam conforme os parâmetros de cada sociedade/cultura.

Assim, luto é a resposta normal à ruptura de um vínculo, no qual havia investimento afetivo entre o enlutado e a pessoa que se foi. Não exclusivamente reagimos somente diante da perda de uma pessoa, mas é possível existir uma resposta diante de todo tipo de perda que envolva algo ou alguém significativo (Bowlby, 1997; Parkes, 1998), pois pode haver pesar diante de diversos tipos de perda, incluindo-se a perda de um *status*, vínculo, pessoa, animal, emprego, local, ideal. Portanto, é considerado como um processo dinâmico, constituindo-se como uma experiência subjetiva dotada de significado, inserida em uma cultura e multideterminada. Por isso, embora seja resposta universal e esteja ancorada na cultura, a maneira como cada um vivencia o luto é única, assim como o vínculo que foi rompido (Franco, 2010).

Vale destacar que, mesmo quando a perda é por morte de uma pessoa amada, estabelecendo uma ruptura concreta e física na relação, devemos também considerar atentamente a dimensão simbólica desta ruptura. O que significa exatamente pensar em

tais rupturas? Após a perda, o enlutado vivencia, de uma maneira muito particular e singular, muitas mudanças relacionadas ao meio social, familiar, econômico (Braz & Franco, 2017), assim, a realidade apresenta um novo contexto de vida em que a pessoa que se foi não voltará e quem ficou experimenta a vida, a rotina, o trabalho, as relações, enfim, a própria existência diante daquela ausência definitiva.

De acordo com estudiosos do tema (Franco, 2010; Barbosa, 2010; Franco, 2002; Braz & Franco, 2017), a percepção de todo o processo de luto deve considerar vários fatores que interatuam concomitantemente. De maneira didática, os autores elencam: 1. o significado e/ou função de determinada pessoa, animal ou coisa que foi perdida; 2. o tipo de relação e o vínculo estabelecido entre a pessoa que se foi e aquela(s) que ficou(aram); 3. a idade do falecido em relação à idade de quem fica; 4. o tipo de morte (anunciada, acidental ou inesperada, por suicídio); 5. se existe o corpo para os rituais fúnebres significativos à família e se foi possível realizá-los; 6. se há crises vitais/normativas vividas pelo enlutado; 7. como foi a experiência vivida (com maior ou menor proximidade, rede de apoio, conflitos) durante o processo de rompimento.

O luto, para a maioria das pessoas, integra-se de maneira a permitir uma adaptação ao mundo e à vida sem a pessoa falecida. Com o processo de elaboração e no tempo de cada sujeito, a ausência é reconhecida e o sobrevivente pode pensar no falecido sem sentir-se completamente tomado pela dor ou por emoções com as quais não consegue lidar, pode retomar as atividades, reexperimentar sensações confortáveis e sentimentos amorosos, desenvolver capacidades para olhar para si mesmo e para o mundo de maneira a integrar a perda (Ferro, 2014). No entanto, para algumas pessoas esse processo não transita para a integração causando dificuldades funcionais, ocupacionais e diárias; maiores dificuldades emocionais, comorbidades, perturbação depressiva, estresse pós-traumático, pior saúde física e ideação suicida – tais vivências podem configurar-se no que se define como luto complicado (Young et al., 2012 apud Ferro, 2014).

## **Luto por suicídio**

No mundo, a cada 40 segundos uma pessoa morre por suicídio e, a cada 03 segundos, uma pessoa atenta contra a própria vida. O Brasil é o oitavo país em número absoluto de suicídios, sendo que em 2012 foram registradas 11.821 mortes, cerca de 30 por dia, sendo 9.198 homens e 2.623 mulheres. Entre 2000 e 2012, houve aumento de 10,4% na quantidade de mortes, sendo observado aumento de mais de 30% em jovens. Devemos nos atentar para os números subnotificados, ainda assim, no Brasil, a cada 45 minutos uma pessoa se mata (ABP, 2014; OMS, 2014).

Pensando no fato de que para cada morte por suicídio cerca de seis pessoas são afetadas (ABP, 2014), devemos levar em consideração que somente no Brasil há pelo menos uma centena de pessoas por dia impactadas pelo suicídio de um ente familiar ou de alguém muito próximo. Para Young et al. (2012 apud Ferro, 2014), o número de sobreviventes pode girar em torno de seis a 14 pessoas. De qualquer maneira, parecem ser ainda maiores quando se estima o conjunto de membros atingidos em uma família (pais, filhos, avós, irmãos, tios, primos) ou, por exemplo, em uma sala de aula com cerca de 50 alunos e professores, ou ainda, quando ocorre um suicídio no local de trabalho, em meio a equipes de saúde e demais pacientes ou em ambientes públicos. Assim, segundo dados da National Action Alliance for Suicide Prevention (2015 apud Fukumitsu, 2019) cada morte por suicídio impacta 115 pessoas.

Diante deste contexto, faz-se necessário o questionamento: que tipo de apoio ou suporte os enlutados por suicídio têm acesso?

Estamos diante de um tipo de perda com especificidades que são, muitas vezes, invisibilizadas e negligenciadas, visto que os sobreviventes/enlutados recebem pouco ou nenhum cuidado para seu luto, segundo pesquisas da Johns Hopkins University e Karolinska Institute (2010) apresentadas por Pitman (2016).

O suicídio de um membro da família ou amigo pode ter impacto intenso e, muitas vezes, devastador sobre as pessoas emocionalmente próximas (Jordan & McIntosh, 2011 apud Cook, Jordan, & Moyer, 2015). Está bem estabelecido que a exposição à morte por suicídio pode ser fator de risco significativo para o desenvolvimento de muitas consequências negativas no enlutado, incluindo o aumento do risco de suicídio (Pittman, Osborn, King, & Erlangsen, 2014 apud Cook et al., 2015).

A literatura internacional apresenta vários termos para descrever quem passa por uma perda por um suicídio, incluindo *survivor*, *suicide survivor*, *survivor of suicide*, *survivor after suicide*, *suicide loss survivor*, *bereaved by suicide*, *bereaved through suicide*. O termo sobrevivente tem diferentes significados em diferentes países e contextos (Andriessen, Krysinska, & Grad, 2017, p. 05). A National Action Alliance for Suicide Prevention (NAASP) usa a terminologia *Survivors of Suicide Loss* (Cook et al., 2015).

Se o consenso para a terminologia não é unânime, para Andriessen (2009, p. 43) não há consenso também na definição, pois perder uma pessoa significativa não necessariamente significa que essa pessoa era amada. Neste sentido, o autor refere, por exemplo, sobre

[...] um motorista de trem que se torna involuntariamente um instrumento no suicídio de uma pessoa que está de pé nos trilhos. Neste caso, o suicídio e o sobrevivente provavelmente nem se conhecem. No entanto, o último poderia ser traumatizado pelo suicídio e então ser chamado de sobrevivente.

No entanto, faremos uso do termo 'sobrevivente' como denominação apresentada para designar aquelas pessoas enlutadas ou fortemente impactadas pelo suicídio e cuja vida é fortemente alterada por causa da perda (Andriessen, 2009; Jordan & McIntosh, 2011 apud Cook et al., 2015).

A população enlutada é reconhecidamente vulnerável, exigindo sérios cuidados éticos em relação ao manejo e pesquisa (Franco, Tinoco, & Mazon, 2017). Os enlutados por suicídio, especificamente pelas características que revestem o tipo de morte, podem experimentar a vivência do luto como algo silencioso, escondido, interdito.

O suicídio é considerado um tipo de morte violenta, inesperada e traumática, amplamente estigmatizada e alvo de intenso julgamento social, assim, implementando fatores de risco para os sobreviventes, principalmente para quem presencia a cena e passa a rememorar os fatos e imagens, ou ainda, para aqueles que estão envolvidos com as indagações íntimas acerca dos motivos ou precisam responder publicamente sobre as (im)prováveis razões de envolvem aquela morte. Assim, tal processo é único, pois a própria natureza do tipo de morte afeta a experiência do luto (Cook et al., 2015).

Neste sentido, para Gleich (2017), não é possível formular uma resposta que contemple alguma universalidade nas decisões que antecedem o ato suicida. Para o autor, há uma pergunta que talvez jamais seja respondida: 'por quê?', por mais que existam cartas ou bilhetes, a ausência de respostas implementa a carga de culpa.

Segundo Pires (2014, p. 231), "[...] a perda de uma pessoa significativa por morte violenta [...] é uma experiência disruptiva e chocante, que encerra um caráter de imprevisibilidade e uma complexidade diferente da perda por morte natural". Diante de tal

contexto, para a pessoa enlutada a morte ocorre por consequência de uma ação humana intencional (suicídio) o que reforça a crença de que essa morte não deveria ter acontecido. Este tipo de morte, geralmente, é de domínio público e a pessoa enlutada é exposta à curiosidade da mídia e dos que a rodeiam – resultando invasão da intimidade e da privacidade. Todo “[...] este enredo pode influenciar o processo de luto, resultando em desconfiança, maior dificuldade em procurar ajuda e isolamento social” (Pires, 2014, p. 231).

Há estressores muito intensamente presentes no luto por suicídio que podem configurar como características deste tipo de luto, assim, potencializando a possibilidade de complicações. Cândido (2011, p. 98) aponta “[...] sentimentos de culpa, vergonha, raiva, sensação de angústia ou falta de sentido existencial, sentimento de estigmatização, de falta de apoio ou compreensão dos outros, assim como uma maior tendência ao isolamento”. O autor apresenta também a ocorrência de transtornos ansiosos e depressivos, ideações e comportamento suicida, dificuldades psicossociais e familiares já presentes na dinâmica destes familiares enlutados, antes do falecimento.

Pesquisas da NAASP também reiteram o suicídio como acontecimento chocante, que provoca descrença, culpa e autculpa, vergonha, sentimentos de abandono e rejeição, raiva, medo, alívio, aumento do risco de suicídio e a constante pergunta ‘Por quê?’. Ainda, fatores como a ambiguidade que envolve a decisão de morrer; o suicídio ser caracterizado como evitável na população; suicídio ser estigmatizado e traumático, são elencados por Cook et al. (2015).

Outros fatores importantes que circulam a morte por suicídio e afetam o sobrevivente enlutado são pesquisados por Silva (2015) e dizem respeito ao tabu que, nestes casos, acaba favorecendo o pacto do silêncio e a cristalização de um segredo familiar, ou ainda, prejudicam ou impedem a prática de rituais fúnebres a depender de como o corpo fica após o ato (muitas vezes mutilado, exigindo urnas lacradas) e ainda, questões de cunho religioso, por ser considerado como ato pecaminoso.

É necessário considerar que as pessoas enlutadas pelo suicídio são potencialmente afetadas por três tipos de trauma, segundo Cook et al. (2015). Sendo eles, o trauma psicológico, quando refletem ou reconstroem a trajetória de dor psicológica pela qual passou a pessoa falecida; a exposição direta à cena do suicídio, quando testemunham o ato ou encontram o corpo; e a exposição imaginada, quando consideram uma imagem mental do ocorrido ou do sofrimento pelo qual a pessoa passou ao morrer ou anteriormente ao ato (Cook et al., 2015).

Para Nakagima et al. (2012 apud Ferro, 2014, p. 247), a prevalência de luto complicado aumenta quando a causa da morte é o suicídio, isso por fatores como “[...] falta de preparação para a morte (morte inesperada), a dificuldade na atribuição de um significado/explicação para o suicídio, e diversos estressores sociais”. Assim, alguns sinais importantes de que o luto pode estar complicando devem ser observados, pois nestes casos, o grupo de apoio aos sobreviventes pode não ser o recurso mais indicado. Sinais importantes como pensamento intrusivo e persistente, ansiedade de separação, descrença prolongada, luto que perdura muito no tempo e causa disfunções na vida do indivíduo, prejudicando suas atividades; devem servir de alerta para um possível luto complicado – e nestes casos, a conduta é o encaminhamento para psicoterapia individual.

## Posvenção

E como as esperanças têm esse fado de se cumprir, nascer uma das outras, por isso é que, apesar de tantas decepções, ainda não se acabaram no mundo [...] puseste os significados que desejavas em palavras que afinal de contas tinham outros sentidos [...] (Saramago, 2005, p. 151).

Define-se como posvenção as intervenções realizadas no pós ou após acontecimento (auto)destrutivo ou traumático. De forma geral, seria tudo o que se relaciona aos cuidados necessários com enlutados por alguém que tirou a própria vida, no intuito de reduzir os efeitos traumáticos (Ferro, 2014; Scavacini, 2017; Shneidman, 1993 apud Cândido, 2011).

Autores também definem como posvenção o acompanhamento daquelas pessoas que tentaram o suicídio, mas não obtiveram o resultado morte. Neste sentido, Andriessen (2009, p. 43) cita literalmente a designação de Shneidman (1969, p. 19), ao cunhar o termo posvenção como sendo “[...] as atividades úteis que ocorrem depois de uma situação estressante ou perigosa”. Especificamente seriam as “[...] atividades que ocorrem após um evento suicida” (p. 22), podendo ser após um comportamento que resultou em suicídio ou tentativa. Assim, por posvenção compreende-se a intervenção específica sobre os familiares e amigos do suicida, com o objetivo de ajudar na resolução do processo de luto, incluindo o desencorajamento de eventuais ideias ou tendências suicidas. Desta forma, o cuidado aos sobreviventes de um suicídio é uma forma de prevenção de outras mortes autoprovocadas/prevenção para futuras gerações (Scavacini, 2017).

Na posvenção são empreendidas condutas, ações, habilidades e estratégias para o manejo e cuidado daquele que tentou o suicídio ou daqueles enlutados pela morte de quem se suicidou. Para Roy (2013), os objetivos da posvenção são, em geral, atenuar os impactos associados ao suicídio. Especificamente seria reduzir os efeitos do estresse temporário ou os transtornos do estresse pós-traumático, reduzir os impactos da crise, favorecer o trabalho de luto prevenindo o desenvolvimento de um luto complicado e, transversalmente, prevenir o efeito contágio. Por isso, Roy aponta que os programas de intervenção psicossocial na posvenção devem ter como princípios essenciais a promoção de uma sensação de segurança oferecendo técnicas que ajudem a reduzir a ansiedade, reforçar o senso de competência pessoal e coletiva, estimular o apoio social, o apego e a esperança.

Existem diferentes modalidades de intervenção preconizadas e desenvolvidas na posvenção. São apresentados como recursos a autópsia psicológica, os grupos de ajuda mútua ou suporte, a psicoterapia individual (Ferro, 2014). Uma importante tarefa na posvenção inclui o treinamento e/ou suporte para as equipes locais que intervêm logo após um suicídio, incluindo socorristas, bombeiros e outros profissionais que atuam nas situações de crise (Berman et al., 2006 apud Bteshe, 2013). Há também outras respostas da comunidade ao gerenciamento de casos de suicídios, muitas vezes denominados como ‘respostas de posvenção’, que visam promover recuperação após um suicídio e evitar mais mortes por suicídios (Andriessen, 2009).

Para Andriessen (2009), mesmo que a eficácia da posvenção não seja totalmente comprovável, o autor afirma que nos programas de posvenção os sobreviventes estão ativamente envolvidos e contribuem para a melhor compreensão do suicídio e sua prevenção. Assim, toda suicidologia sem o envolvimento de sobreviventes é considerada má suicidologia, assim como, uma prevenção do suicídio sem sobreviventes seria considerada como uma má prevenção. Uma vez que os sobreviventes são um grupo de risco para o suicídio e, simultaneamente, estão envolvidos na prevenção do suicídio, a posvenção ou pós-intervenção, é uma “[...] parte preventiva integral e indispensável de um



programa de prevenção do suicídio, ou seja, a posvenção é prevenção” (Andriessen, 2009, p. 46).

## Objetivo

O artigo tem por objetivo geral descrever o processo de construção e manejo de um grupo de apoio para sobreviventes pelo suicídio na cidade de Maringá-PR, e especificamente, fundamentar teoricamente a finalidade do grupo enquanto espaço de troca e suporte para o enfrentamento deste tipo de luto, de acordo com o recorte sintético das percepções das autoras.

## Percurso metodológico

Os grupos são configurados no seguinte formato: trata-se de um encontro mensal (exceto período entre dezembro a fevereiro de cada ano), aberto a toda comunidade de sobreviventes, incluindo enlutados pelo suicídio (aceitando-se eventualmente também sobreviventes da tentativa de suicídio), gratuito, sem necessidade de inscrição prévia, sem conotação religiosa. O grupo tem duração de aproximadamente 02h30min, tendo como objetivo principal o apoio e a psicoeducação. No entanto, mesmo aberto à participação de pessoas de todas as idades, há clareza de que o grupo não está preparado para receber crianças.

Os encontros são divulgados por meio de mídias sociais gratuitas e verbalmente em encontros com a comunidade e realizados em espaço cedido em consultório particular. A iniciativa é planejada e conduzida por dois profissionais autoras deste texto, que possuem graduação em psicologia (1999 e 2005), sendo uma delas doutora em psicologia clínica pela PUCS-SP e a outra, doutoranda em psicologia pela UEM-PR, ambas com experiência clínica e acadêmica na prevenção e posvenção do suicídio, sustentadas pela formação em suicidologia, e atualmente, especialização pelo Instituto Vita Alere-SP e demais cursos nacionais e internacionais no tema.

Quanto aos procedimentos, os grupos de apoio são conduzidos por profissionais com a função delimitada de escuta, direcionamento, clarificação, acolhimento e psicoeducação. Ainda assim, as atividades, frequência e ajustes para o funcionamento grupal são discutidos e definidos com todos os membros a cada encontro.

O enquadre teórico que fundamenta o suporte para pessoas enlutadas apoia-se na abordagem de estudos, pesquisas e intervenções no processo de luto preconizados por Franco (2010) e Parkes (1998).

## Grupo de apoio para sobreviventes do suicídio

[...] porque sobre as dores de cada um se celebravam de algum modo as partilhas, a disponibilidade cada vez mais consciente da amizade [...]. Confiar já era a resposta (Mãe, 2016, p. 103).

Contextualmente, nossa experiência com os grupos de apoio para sobreviventes do suicídio na cidade de Maringá (Paraná) é uma iniciativa voluntária de cunho profissional, iniciada na ocasião da Campanha do Setembro Amarelo<sup>4</sup> de 2016 como uma das atividades programadas para a conscientização e a prevenção do suicídio.

Diante da questão: ‘A pessoa que tentou o suicídio também é denominada sobrevivente?’, nos amparamos na atuação de Almeida, Scavacini e Silva (2016), cuja

---

<sup>4</sup> Dia 10 de setembro é oficialmente o Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio ([www.abp.org.br](http://www.abp.org.br)).

proposta inicial para a realização do I Encontro Nacional de Sobreviventes do Suicídio era receber enlutados por suicídio, para que pudessem conversar sobre a experiência de perda. No decorrer da organização, os coordenadores do encontro receberam inscrições de outra categoria de sobreviventes: aqueles que tentaram o suicídio e sobreviveram, indicando a compreensão do termo sobrevivente em outro sentido. Mesmo diante da controvérsia teórica, pois a nomenclatura 'sobrevivente' não se aplica à pessoa que tentou e não obteve o resultado morte, estas pessoas foram amparadas naquele grupo. Com a percepção da importância em acolher sobreviventes enlutados e sobreviventes da tentativa de suicídio, nas categorias receber apoio e compartilhar experiências, realizaram encontro tendo sido possível conduzir de forma positiva ambas as demandas. Por isso, nosso grupo de apoio em Maringá também recebeu, mas não exclusivamente, pessoas que fizeram tentativas de suicídio.

Tecnicamente, trata-se de um grupo de apoio, diferindo-se de um grupo de autoajuda em vários quesitos. Segundo as instruções do guia intitulado Preventing Suicide – How to start a survivors' group (World Health Organization [WHO], 2000), os grupos de autoajuda são compostos por pessoas direta e pessoalmente afetados por uma questão, condição ou preocupação específica, no caso, os próprios enlutados pelo suicídio são os que controlam as atividades e as prioridades do grupo, sendo os membros os que conduzem e tomam as decisões no/pelo grupo.

Os grupos de apoio, desde seu início, receberam um número bastante variável de participantes a cada encontro, sendo possível estimar uma média de três a oito pessoas – alguns encontros não contaram com nenhum participante que inviabilizou o grupo e, outros encontros com até 15 presentes. Por isso, configurou-se como desafio, inicialmente, o fato de que, mesmo sendo um grupo gratuito e aberto à comunidade de enlutados pelo suicídio, as adesões ainda eram pequenas se comparadas com o número de sobreviventes na região de Maringá. Talvez a dificuldade em reconhecer ou expor a história de perda diante de pessoas, até então, desconhecidas, fosse um fator impeditivo para muitos acessarem ao grupo. Como iniciativa para sanar tal situação, elencamos a forma de divulgação e a ampliamos, para além das divulgações em mídias sociais gratuitas, contatando também profissionais da saúde que pudessem encaminhar seus pacientes enlutados para a participação no grupo. Entendemos que tal iniciativa fez com que mais informações sobre o luto do sobrevivente chegassem aos profissionais e estes se tornaram parceiros na divulgação da existência e formato deste grupo de apoio.

Por isso, informar a comunidade, estudantes e profissionais, por meio de palestras, capacitações e participação na mídia local, sobre o processo de luto por suicídio foi uma tarefa traçada concomitantemente, e muito necessária, pois forneceu espaço para que dúvidas fossem discutidas rompendo o preconceito que silencia a expressão da dor.

Quanto aos participantes, uma percepção recorrente nos grupos, foi a participação mais frequente de pessoas do sexo feminino. Sendo um panorama a participação de homens (pais que perderam filhos/as), sendo as demais participantes filhas de mães falecidas, mães e madrasta de filhos (as) falecidos (as), amigas, irmãs, acompanhantes de familiares e uma pessoa (sexo F) com tentativas de suicídio. As idades variaram entre 18 a 50 anos.

A razão central que os motivaram a participar de um grupo de apoio foi justamente a expectativa de receber algum tipo de apoio e encontrar ressonância ou respostas para o que estavam vivendo.

## Discussão

A realização destes grupos de apoio tem demonstrado que são recursos importantes de acesso, resgate e acolhimento de pessoas em momentos de vulnerabilidade, proporcionando reconhecimento e legitimidade ao sofrimento que estão enfrentando. O grupo, neste sentido, pode fornecer espaço para a escuta ativa de um conteúdo cerceado pelo tabu e, até então, silenciado ou rechaçado pela sociedade, família e, muitas vezes, pelo próprio sujeito. Considerando-se a dificuldade em pedir ajuda, que muitas pessoas enlutadas apresentam pelo forte estigma que marca e rotula o suicídio, o oferecimento de um espaço de acolhimento para a expressão de sentimentos propicia o resgate do vínculo e oferecimento de base segura para a legitimação do sofrimento.

No entanto, apesar de o grupo de apoio ser um recurso disponível, é importante salientar que outros recursos podem ser apresentados e validados como consolo e busca de ajuda. Walsh e McGoldrick (1998) destacam que o apoio familiar, a presença de amigos, a religião, o contato com a natureza, a literatura, a música e os filmes podem ser fontes de inspiração, alívio e aproximação após uma perda. No grupo de apoio este tipo de conduta é incentivado, permitindo que os participantes expressem suas alternativas e caminhos para manejar a vida diante de uma perda tão difícil.

Davel e Silva (2014, p. 114), ao se referirem à sua experiência de Apoio a Perdas Irreparáveis (API), afirmam que o propósito do grupo é facilitar o processo de luto por meio do compartilhamento. Isso ocorre “[...] na medida em que as conversas de externalização entre os membros possibilitam visualizar os diferentes modos de compreensão e vivência dos problemas decorrentes das perdas que afetam suas vidas”.

Entendemos que os grupos de apoio permitem um contexto onde a experiência emocional pode ser percebida como algo aceitável, por isso manifestada e integrada ao encontro, afinal, todos os participantes identificam-se no mesmo tipo de perda traumática. Assim, como afirma Yalom (2006), fatores terapêuticos como instilação de esperança, universalidade, compartilhamento de informações, altruísmo, recapitulação corretiva, desenvolvimento de técnicas de socialização, comportamento imitativo, aprendizagem interpessoal coesão grupal, catarse, fatores existenciais, podem ser base para as mudanças e servem para moldar a experiência do grupo, maximizando sua potência.

Por isso, identifica-se a expressão dos fatos que envolvem toda a ocorrência do suicídio e, conseqüentemente, aspectos da relação do enlutado com o falecido. Neste sentido, concordamos que os relatos no grupo “[...] trazem à tona as imagens, as lembranças significativas das pessoas falecidas e suas formas de relacionamento” (Davel & Silva, 2014, p. 114).

Em nossa experiência de encontros do grupo de apoio, os participantes relataram aspectos sobre a ocorrência da perda. O detalhamento de como, quando, em quais circunstâncias a perda se concretizou permite ao grupo um acesso ao conteúdo doloroso, fazendo os participantes reviverem o impacto das notícias ou imagens de constatação da morte. Nestes casos, o impacto vivido pelo sobrevivente que encontra o corpo é ainda mais significativo, as imagens são consideradas traumáticas e tendem a permanecer ou retornar com frequência à lembrança. Em repetição, o conteúdo da cena traumática é relatado em encontros subsequentes quando um participante se sente acolhido e decide detalhar sobre o ocorrido, resgatando os sentimentos deste confronto com a realidade desconcertante que a imagem lhe provoca/representa.

Embora extremamente dolorosa tal oportunidade de contar sobre a ocorrência da perda, encontrando nos pares um olhar de compreensão e legitimação, pode ser facilitadora no processo de resignificação da cena e do conteúdo daquele evento.

No relato dos participantes há menção ao estabelecimento de um espaço seguro para o relato da dificuldade de aceitação de uma morte por suicídio. Fatores como ‘tempo para viver o luto e compreender a perda’ necessitam de apoio para se fazer autorizados. Para os participantes, a inexatidão ou inexistência de motivos ou sinais perceptíveis, considerados definitivos e concretos para o suicídio de seus entes, é um ponto recorrente. A sensação de culpa por não ter percebido os sinais se mistura ao sentimento de raiva pelo ente que não demonstrou sinais concretos ou não foi capaz de pedir ajuda de maneira clara.

Neste tipo de grupo, o apoio é acessível aos enlutados por meio do compartilhamento. O uso de métodos psicoeducativos ajuda a reconhecer as reações vivenciadas em si e nos pares, certificando-se de que o que sentem é compartilhado ou encontra ancoragem também na vivência de outros enlutados – mesmo quando surgem sentimento hostis que não encontrariam ressonância em outros meios. No grupo, diante de histórias de perdas, as experiências trocadas são abordadas pelas psicólogas de maneira a, gradativamente, clarificar e permitir a correção de conceitos equivocados que possam implementar a culpa, a impotência e outros complicadores. Ainda, a narrativa dos fatos, recebida sem julgamentos no apoio deste grupo, pode fornecer alívio da ansiedade, permitindo que o enlutado faça suas resignificações e conexões – auxiliados em todo o processo pelo suporte profissional presente.

Assim, entendemos que o grupo de apoio seja, de fato, um espaço de acolhimento e partilha destas dores, com o propósito de resgate da confiança fortemente abalada pela perda violenta. Nestes grupos, os enlutados são recebidos e convidados a iniciarem um percurso gradativo, respeitando seu ritmo, tempo e possibilidades de resignificação para a dor. Resignificar envolve juntar os fragmentos retirando-os de lugares escondidos, rompendo os silêncios e segredos, mantendo o olhar para si mesmo e para as relações, permitindo que o grupo se aproxime e auxilie na construção ou fortalecimento dos vínculos e sirva de rede de apoio neste momento tão delicado.

## Considerações finais

Quem elegeu a busca não pode recusar a travessia (Rosa, 1986, p. 12).

Os grupos são um importante recurso de apoio e acolhimento, uma vez que poucas ações de posvenção são efetivadas em nossa região e, os sobreviventes, muitas vezes, dispõem de rede de suporte limitada ou inexistente e passam a lidar individualmente ou isoladamente com as vulnerabilidades deste processo.

Contextualmente, o compartilhamento sobre a vivência de uma dor dilacerante, marcada no real da carne, visceral, encontra refúgio nas demais narrativas do grupo, mas também nos olhares e gestos, nos sem-palavras, no silêncio. São histórias de dor que afetam familiares, amigos, comunidade e toda uma sociedade; fazendo alguns viverem a perda de maneira devastadora.

O grupo de apoio abriga cada sujeito em sua dor particular e única, mas também congrega o reconhecimento mútuo de uma dor coletiva. As narrativas que tocam cada participante a seu modo, conforme suas possibilidades de fala e de escuta; permitem emergir empatia, comoção, cuidado, amparo, compaixão, mas também ancoram um enlace seguro para a identificação de sentimentos ambíguos, em que raiva, tristeza e culpa podem

ser expressos. De tal maneira, os participantes são acolhidos pelo respeito que constroem conjuntamente, buscando alguma coesão, sem julgamentos.

A dor real e brutal tem no grupo um encontro com diversas possibilidades de interpretação, assim, vai recebendo cuidado, curativo, condução. O processo permite, entre os participantes, uma conexão pela dor que, ao ser reconhecida e reconduzida, encontra gradativamente um lugar; possibilitando a expansão dos sentidos e uma adaptação num processo continuado de resignificação.

Neste contexto, a adaptação, como afirmam Walsh e McGoldrick (1998), não significa elaboração, no sentido de uma aceitação completa e definitiva da perda, mas a descoberta de maneiras de colocar a perda em perspectiva e seguir adiante.

Por isso, um princípio importante que guardamos é justamente o respeito absoluto pelos sentimentos expressos no grupo, pois entendemos que o luto pode ser acolhido, permitindo-se ser cuidada em seu sofrimento. Mesmo assim, é importante considerar que a perda é de cada um, e estará para sempre. E sobre esta, só sabe quem sente. Tal como escreve Guimarães Rosa (1986), um sentir é do sentente, mas o outro é o do sentidor.

## Referências

- Almeida, C. F. A., Scavacini, K., & Silva, D. R. (2016). *1º Encontro Nacional de Sobreviventes do Suicídio no 1º Congresso Brasileiro de Prevenção do Suicídio: prevenção do Suicídio: uma tarefa para muitas mãos*. Belo Horizonte, BH: Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio - ABEPS.
- Andriessen, K. (2009). Can postvention be prevention? *Crisis – The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 30(1), 43-47.
- Andriessen, K., Krysinska, K., & Grad, O. T. (2017). Current understandings of suicide bereavement. In K. Andriessen, K. Krysinska, & O. T. Grad (Eds.), *Postvention in action - the international handbook of suicide bereavement support* (p. 3-16). Toronto, CA: Hogrefe Publishing.
- Associação Brasileira de Psiquiatria [ABP]. (2014). *Suicídio: informando para prevenir..* Brasília, DF: CFM/ABP.
- Barbosa, A. (2010). Processo de luto. In A. Barbosa & I. Galriça Neto (Eds.), *Manual de cuidados paliativos* (p. 487-532). Lisboa, PT: Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa.
- Bowlby, J. (1997). *Formação e rompimento dos laços afetivos*. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Braz, M. S., & Franco, M. H. P. (2017). Profissionais paliativistas e suas contribuições na prevenção de luto complicado. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(1), 90-105.
- Bteshe, M. (2013). *Experiência, narrativa e práticas info-comunicacionais: sobre o cuidado no comportamento suicida* (Tese de Doutorado). Fiocruz, Rio de Janeiro.
- Cândido, A. M. (2011). *O enlutamento por suicídio: elementos de compreensão na clínica da perda* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Brasília, Brasília.

- Cook, F., Jordan, J. R., & Moyer, K. (2015). *Responding to grief, trauma, and distress after a suicide: survivors of suicide loss task force: U.S. national guidelines*. Recuperado de: <https://www.sprc.org/resources-programs/responding-grief-trauma-and-distress-after-suicide-us-national-guidelines>
- Davel, A. P. C., & Silva, D. R. (2014). O processo de luto no contexto do API-ES: aproximando as narrativas. *Pensando Famílias*, 18(1), 107-123.
- Ferro, A. (2014). Luto e suicídio. In A. Barbosa (Org.), *Contextos do luto* (p. 245-260). Lisboa, PT: Núcleo Acadêmico de Estudos e Intervenção Sobre o Luto, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa.
- Franco, M. H. P. (2002). *Estudos avançados sobre o luto*. Campinas, SP: Livro Pleno.
- Franco, M. H. P. (2010). Por que estudar o luto na atualidade? In M. H. P. Franco (Org.), *Formação e rompimento de vínculos* (p. 17-42). São Paulo, SP: Summus.
- Franco, M. H. P., Tinoco, V. U., & Mazorra, L. (2017). Reflexões sobre os cuidados éticos na pesquisa com enlutados. *Revista M.*, 2(3), 138-151.
- Fukumitsu, K.O. (2019). *Sobreviventes enlutados por suicídio: cuidados e intervenções*. São Paulo, SP: Summus.
- Fukumitsu, K. O., Abilio, C. C. C., Lima, C. F. S., Gennari, D. M., Pellegrino, J. P., & Pereira, T. L. (2015). Posvenção: uma nova perspectiva para o suicídio. *Revista Brasileira de Psicologia*, 2(2), 48-60.
- Fukumitsu, K. O., & Kovács, M. J. (2015). O luto por suicídios: uma tarefa da posvenção. *Revista Brasileira de Psicologia*, 2(2): 41-47.
- Gleich, P. (2017). Suicídio é sempre um abalo narcísico para os que ficam. *Revista IHU Online*, 515, 28-31.
- Mãe, V. H. (2016). *O filho de mil homens*. São Paulo, SP: Biblioteca Azul.
- Núcleo de Estudo de Prevenção do Suicídio [NEPS], & Centro Antiveneno da Bahia [Ciave]. (2017). *Suicídio: enigma e estigma social*. Cartilha elaborada por profissionais do NEPS e Ciave .
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2000). *Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária*. Genebra, CH.
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. Recuperado de: [https://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/en/](https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/)
- Parkes, C. M. (1998). *Luto: estudos sobre perda na vida adulta*. São Paulo, SP: Summus.
- Pires, R. M. (2014). Luto por morte violenta. In A. Barbosa (Org.), *Contextos do luto* (p.231-243). Lisboa, PT: Núcleo Acadêmico de Estudos e Intervenção Sobre o Luto, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa.
- Pitman, A. (2016). *Estudos da London Global University*. Lisboa, PT: Diário de Portugal.

- Rosa, G. (1986). *Grande sertão: veredas*. Rio de Janeiro, RJ: Nova Fronteira.
- Roy, F. (2013). L'importance de bien identifier les types de réactions à la suite d'un suicide. 1<sup>o</sup> *Webinaire du CRISE*. Recuperado de: [https://pt.slideshare.net/CRISE\\_UQAM/crise-webinaire-2013-fr?next\\_slideshow=1](https://pt.slideshare.net/CRISE_UQAM/crise-webinaire-2013-fr?next_slideshow=1)
- Saramago, J. (2005). *As intermitências da morte*. São Paulo, SP: Companhia das Letras.
- Scavacini, K. (2017). Na sociedade em que a morte é tabu, suicídio é o maior. *Revista IHU Online*, 515, 49-51.
- Silva, D. R. (2015). Na trilha do silêncio: múltiplos desafios do luto por suicídio. In G. Casellato (Org.), *O resgate da empatia: suporte psicológico ao luto não reconhecido* (p. 111-128). São Paulo, SP: Summus.
- Walsh, F., & McGoldrick, M. (1998). *Morte na família: sobrevivendo às perdas*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- World Health Organization [WHO]. (2000). *Preventing Suicide: How to Start a Survivors' Group*. Geneva, CH.
- Yalom, I. D. (2006). *Psicoterapia de grupo; teoria e prática*. Porto Alegre, RS: Artmed.

*Recebido em 18/04/ 2018*

*Aceito em 06/08/2019*

---

*Giovana Kreuz*: Graduada PUC-PR, Psicóloga Clínica na SPES Psicologia e Essentia Clínica de Psiquiatria e Psicoterapias – Maringá-PR, Especialista em Psicologia Hospitalar e da Saúde (CPF e Alapsa), formação em Teoria, Pesquisa e Intervenção em Luto pelo Instituto de Psicologia 4 Estações-SP, Membro da Associação Brasileira de Estudos e Prevenção do Suicídio (ABEPS), Especializanda em Intervenção na Automutilação, Prevenção e Posvenção do Suicídio (Instituto Vita Alere), Mestre em Saúde Coletiva UERJ-RJ, Doutora em Psicologia Clínica PUC-SP, Docente na pós-graduação (UniCesumar, Cefi-POA, Unipar).

*Raquel Pinheiro Niehues Antoniassi*: Psicóloga, graduada pela Universidade Estadual de Maringá (UEM), Especialista em Psicologia da Saúde e Hospitalar, pelas Faculdades Pequeno Príncipe (FPP), Especialista em Gestalt-terapia (UniCesumar), Especialista em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde (Escola de Saúde Pública do Paraná), Especializanda em Intervenção na Automutilação, Prevenção e Posvenção do Suicídio (Instituto Vita Alere), Mestre em Psicologia Clínica – núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar (PUC-SP), Doutoranda em Psicologia (UEM).