



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em  
Saúde Coletiva  
Brasil

Gonçalves Cavalcante, Fátima; de Souza Minayo, Maria Cecília; Meneghel, Stela Nazareth;  
Magalhães da Silva, Raimunda; Machado Duran Gutierrez, Denise; Conte, Marta; Bastos Figueiredo,  
Ana Elisa; Grubits, Sonia; Sousa Cavalcante, Ana Célia; do Nascimento Mangas, Raimunda Matilde;  
Eyre de Souza Vieira, Luiza Jane; Alves Remigio Moreira, Gracyelle  
Autópsia psicológica e psicossocial sobre suicídio de idosos: abordagem metodológica  
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 17, núm. 8, 2012, pp. 2039-2052  
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63023073015>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica  
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## Autópsia psicológica e psicossocial sobre suicídio de idosos: abordagem metodológica

Psychological and psychosocial autopsy on suicide among the elderly: a methodological approach

Fátima Gonçalves Cavalcante <sup>1</sup>

Maria Cecília de Souza Minayo <sup>2</sup>

Stela Nazareth Meneghel <sup>3</sup>

Raimunda Magalhães da Silva <sup>4</sup>

Denise Machado Duran Gutierrez <sup>5</sup>

Marta Conte <sup>6</sup>

Ana Elisa Bastos Figueiredo <sup>2</sup>

Sonia Grubits <sup>7</sup>

Ana Célia Sousa Cavalcante <sup>8</sup>

Raimunda Matilde do Nascimento Mangas <sup>2</sup>

Luiza Jane Eyre de Souza Vieira <sup>4</sup>

Gracyelle Alves Remigio Moreira <sup>4</sup>

**Abstract** *The article analyzes the quality and consistency of a semi-structured interview script, adapted for the study on suicide among elderly people, and presents the psychological and psychosocial autopsy method, which is the result of application of this instrument. The objective is to demonstrate how the in-depth interview and subsequent data organization and analyses were tested and improved by a network of researchers from eight regions in Brazil. Evaluation of the method was conducted before and after the application of the instruments to collect, systematize and analyze the data. This methodology was applied in 51 cases of elderly people who committed suicide in ten Brazilian municipalities. The study did more than just collect data with scientific rigor, since it also verified the consistency of the instrument used and the applicability of the method. The improved script and the instructions of how to apply and analyze it are thus presented here. The results reveal the rigor and credibility of this methodological approach tested and qualified by a multidisciplinary and inter-institutional procedure.*

**Key words** *Psychological autopsy, Psychosocial autopsy, Suicide among the elderly, Rigor and quality of research instruments*

**Resumo** *O artigo analisa a qualidade e a consistência de um roteiro de entrevista semiestruturada, adaptado para o estudo do suicídio de pessoas idosas e apresenta o método das autópsias psicossociais que resultou da aplicação desse instrumento. O objetivo é demonstrar como o uso da entrevista em profundidade e sua forma de organização e análise de dados foram testados e aperfeiçoados por uma rede de pesquisadores de vários centros de pesquisa do Brasil. O método envolveu a aplicação do instrumento em que se socializou um manual de instruções sobre a coleta, sistematização e análise de dados. A metodologia foi aplicada no estudo de 51 casos de idosos que faleceram por suicídio em dez municípios brasileiros, e permitiu a verificação da consistência do instrumento usado e a aplicabilidade do seu método, durante o processo e ao final, por meio de uma avaliação em rede. O roteiro aperfeiçoado e as instruções para replicá-lo e analisá-lo são aqui apresentados. Os resultados apontam o rigor e a credibilidade dessa abordagem metodológica testada e qualificada de um modo interdisciplinar e interinstitucional.*

**Palavras-chaves** *Autópsia psicológica, Autópsia psicossocial, Suicídio de idosos, Rigor e qualidade de instrumentos de pesquisa*

<sup>1</sup> Laboratório Social, Mestrado em Psicanálise, Saúde e Sociedade, Universidade Veiga de Almeida, Rua Ibituruna 108, Tijuca. 20271-201 Rio de Janeiro RJ. fatimagold7x7@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Carelli, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

<sup>3</sup> Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

<sup>4</sup> Centro de Ciências da Saúde, Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza.

<sup>5</sup> Faculdade de Psicologia, Mestrado em Psicologia, Universidade Federal do Amazonas.

<sup>6</sup> Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul.

<sup>7</sup> Programa de Mestrado e de Graduação em Psicologia, Universidade Católica Dom Bosco.

<sup>8</sup> Curso de Psicologia, Universidade Estadual do Piauí

## Introdução

Este artigo apresenta um estudo sobre o método de autópsias psicológicas e psicossociais utilizado para o trabalho de campo e a análise da pesquisa *É possível prevenir a antecipação do fim? Suicídio de Idosos no Brasil e possibilidades de Atuação do Setor de Saúde*<sup>1</sup>. O instrumento aplicado e avaliado quanto ao rigor num trabalho em rede com pesquisadores oriundos de oito universidades ou centros de pesquisa do Brasil que participaram da referida investigação é aqui apresentado na versão aperfeiçoada, incorporando críticas e sugestões dos investigadores. O diferencial é que esse instrumento foi adaptado para caracterizar o suicídio de pessoas idosas. Este estudo apresenta e se articula ao detalhamento do trabalho de campo<sup>2</sup> e pode ser ilustrado através da análise qualitativa de casos de suicídio em idosos<sup>3</sup>.

As taxas de suicídio variam entre nações, por idade, sexo, raça e etnia. Em diversos países o maior grupo de risco para suicídio é o de pessoas acima dos 65 anos e esse risco aumenta com a idade<sup>4,5</sup>. Estima-se que haja mais de 600 mil pessoas idosas com 60 anos ou mais em todo o mundo e que em 2020 essa população chegará a um bilhão<sup>6</sup>. Como o risco de suicídio aumenta na velhice e a população idosa está em crescimento no mundo, ressalta-se a alta relevância em se obter um método específico para o estudo do suicídio em idosos. Afinal, a maior parte do que se conhece sobre fatores de risco e fatores protetores associados ao suicídio vem de autópsias psicológicas<sup>4,7</sup>.

Originalmente, o objetivo das autópsias psicológicas tem sido colher informações *post mortem* sobre circunstâncias e contexto do óbito de determinada pessoa, em muitos casos apoiando médicos legistas e ajudando-os a concluir se a causa foi natural, acidental, por suicídio ou homicídio. O método da autópsia psicológica foi proposto por Edwin Schneidman<sup>8-10</sup> nos Estados Unidos por volta dos anos 1950 como um tipo de estudo retrospectivo que reconstitui o status da saúde física e mental e as circunstanciais sociais das pessoas que se suicidaram, a partir de entrevistas com familiares e informantes próximos às vítimas. A autópsia é realizada como uma reconstrução narrativa. E sua consistência depende da qualidade da informação prestada. Por ser uma estratégia qualitativa de investigação, geralmente os pesquisadores trabalham com amostras pequenas de casos, o que dificulta a generalização de resultados. Seu ponto forte está na contextualização dos dados da história psicoló-

gica e psicossocial das pessoas estudadas – em qualquer faixa etária – e na possibilidade de se mostrar uma série de circunstâncias e nuances que grandes estudos epidemiológicos ou populacionais não conseguem fazê-lo. Para aumentar a fidedignidade das informações recolhidas sobre os casos, busca-se diversificar os interlocutores, realizar mais de uma entrevista, atuar em dupla de pesquisadores, recolher diferentes pontos de vista e trabalhar com várias fontes de informação. Neste último caso, são muito importantes prontuários médicos, laudos periciais, registros policiais e depoimentos de equipes de saúde que conheceram a pessoa que faleceu por suicídio e teve acesso a seu contexto familiar e comunitário<sup>7,11,12</sup>.

Entende-se o suicídio como um ato consciente de autoaniquilamento, compreendido como um mal-estar multidimensional sofrido por um indivíduo vulnerável, que define um tema-problema para o qual o autoextermínio é percebido como melhor solução<sup>13</sup>. Shneidman, embora denominasse o seu método como “autópsia psicológica” possuía uma visão integrada sobre as dimensões biológicas, psiquiátricas, históricas e sociológicas e é nesse sentido que aqui se utiliza o termo autópsia psicossocial<sup>10,13</sup>.

## Método

Neste estudo, buscou-se articular a estratégia de Shneidman<sup>9,10</sup> a outras propostas, tratando-as de forma interativa: a uma perspectiva psicossociológica proposta por Bertaux<sup>14</sup> que aprofunda a relação entre biografia e vida em sociedade; à clássica visão de Durkheim<sup>15</sup> que define o suicídio como um evento em que os fatores pessoais e psicológicos se presentificam em contextos sociais específicos; e às recomendações de Lester e Thomas<sup>16</sup> que sugerem o uso de estudos contextualizados para se estabelecer nexos causais entre aspectos sociais, contextos e subjetividade.

*Critério de avaliação empregado* – Trabalha-se aqui com a proposta de Golafshani<sup>17</sup> que encontrou termos e meios para avaliar os instrumentos de pesquisa qualitativa. O autor propõe que ao invés de buscar a validade e a confiabilidade, como se faz em estudos quantitativos, deve-se verificar o *rigor*, a *qualidade* e a *credibilidade* do instrumento e do método, tanto em termos de conteúdo (consistência), quanto em termos dos procedimentos para replicá-lo (aplicabilidade).

*Apresentação do instrumento estudado* - Será apresentado e analisado um roteiro de entrevista

semiestruturada para estudo de mortes autoinfligidas elaborado para estudos anteriores<sup>18,19</sup> e, agora, adaptado e testado para conhecer de forma circunstanciada as histórias de suicídio de pessoas idosas<sup>1-3,20,21</sup>. Esse instrumento foi submetido a um processo de crítica para seu aperfeiçoamento e avaliação do rigor e consistência, por meio do grupo de pesquisadores envolvidos na citada pesquisa<sup>1-3</sup>. Após extensa revisão bibliográfica<sup>18,19</sup>, três fontes inspiraram a elaboração do roteiro: um guia internacional, o *Guidelines for Suicidality*<sup>22</sup>, desenvolvido pelo *Suicide Risk Advisory Committee of the Risk Management Foundation of the Harvard Medical Institution*, o trabalho de Sampaio<sup>23</sup> que apresenta visão integrada do estudo do suicídio e as contribuições teóricas de Shneidman<sup>8,9,10,24,25</sup>. Na verdade, Shneidman não sistematizou nenhum roteiro de entrevista, apenas apresentou categorias norteadoras do estudo, pois buscava a pluralidade e a ampliação de visão sobre o fenômeno<sup>9,10,12</sup>.

Werlang e Botega<sup>26</sup> elaboraram e validaram um roteiro de entrevista semiestruturada para estudo da autópsia psicológica em caso de suicídio, focando os fatores precipitantes e estressores (o que causou?), a motivação (por que ocorreu?), a letalidade (de que modo a pessoa morreu?) e a intencionalidade (qual o papel que o falecido desempenhou em sua própria morte?). O instrumento apresentado por esses autores permite objetividade e confiabilidade na compreensão do impacto efetivo dos eventos estressantes de cunho psicológico e psicossocial que motivaram o suicídio, por meio de pistas verbais e comportamentais.

Este artigo dialoga com estudos autores nacionais<sup>12,26</sup> e internacionais e propõe um roteiro alternativo de entrevista, adaptado para os casos de idosos que faleceram por suicídio. Este não se restringe aos parâmetros psicológicos, embora não prescindia deles, e busca favorecer a coleta de informações que situe o problema num contexto social mais abrangente. A ampliação de enfoque só é possível quando às entrevistas se somam outras estratégias que permitam triangular perspectivas individuais, grupais, contextuais e sociais.

### Procedimentos

Serão descritos: (1) os instrumentos testados e avaliados quanto ao rigor para se realizar *entrevistas em profundidade* com familiares e informantes de idosos que morreram por suicídio; (2) as estratégias de *estudos de caso* que contextualizam os dados individuais, fazendo uma análise da bi-

ografia e das circunstâncias pessoais e socioeconômicas em que o autoextermínio ocorreu; e (3) o *método de autópsias psicológicas e psicossociais* que organiza, padroniza, socializa e propõe um fio condutor para análise dos dados provenientes dos materiais de campo, situando-se especificidades individuais, sociais, locais e regionais.

*Avaliação qualitativa do roteiro de entrevista em profundidade* – Participaram do uso, da crítica e da avaliação dos instrumentos doze pesquisadores seniores de cinco regiões do país. Foi construído um manual contendo todos os procedimentos previstos e consensualizados numa oficina de capacitação, da qual todos participaram. Já nessa oficina, os instrumentos foram discutidos e receberam algum tipo de adequação. A partir daí, um grupo de pesquisadores seniores replicou os treinamentos para as equipes locais de pesquisa, visando à realização do trabalho de campo e à compreensão do fenômeno do suicídio de idosos<sup>2,3</sup>. Foram feitas 51 entrevistas em profundidade, numa média de cinco casos em dez municípios do país. Foram escolhidos casos de suicídio de pessoas com 60 anos ou mais, cuja morte houvesse ocorrido entre dois e cinco anos, de modo que os participantes da pesquisa – na quase totalidade formada por familiares (filhos, esposas, netos, parentes) ou cuidadores – tivessem tido tempo de elaboração do ocorrido. O acesso aos casos envolveu uso de cartas, contato telefônico e visitas intermediadas por profissionais de saúde. As entrevistas foram feitas na residência da família, de parentes ou no local de trabalho dos entrevistados.

*Organizando os dados em estudos de caso* – As entrevistas, e sua sistematização e análise, ocorreram em duplas de pesquisadores e o trabalho de campo gerou dados que foram ordenados e padronizados, depois organizados em forma de estudos de caso e, finalmente, submetidos a diferentes procedimentos de análise. Os relatórios de cada localidade levaram em conta múltiplas dimensões da história de vida do idoso que culminou no suicídio.

*Sistematizando um método de análise local e global* – Após o trabalho de campo, realizou-se outra oficina de trabalho visando à crítica individual e coletiva dos produtos e roteiros. A correção dos instrumentos e dos procedimentos foi processual e sedimentada ao final, por meio de uma interação em rede, feita em conjunto por pesquisadores e coordenadores, com revisão contextualizada dos instrumentos, propostas de melhoria dos roteiros e de suas formas de aplicação, reflexão sobre o processo de seleção de

casos e balanço final das estratégias utilizadas na organização e análise de dados. Por fim, os coordenadores apresentam os passos de uma meta-análise com base na frequência de dados relevantes e hierarquia de variáveis.

## Resultados

Para a entrevista em profundidade, três instrumentos foram utilizados: (1) uma *Ficha de identificação* pessoal e familiar da pessoa que morreu por suicídio e os dados gerais do entrevistado, nome, idade e grau de parentesco com a vítima; (2) Instruções gerais do *Roteiro simplificado para o genograma*, usado como recurso para a abordagem inicial dos entrevistados, um meio de se olhar os laços familiares e de se situar os integrantes da família nominados na história da pessoa que faleceu por suicídio; (3) *Roteiro de entrevista semiestruturada para autópsias psicológicas e psicossociais*. Este último contém 43 perguntas simples e compostas sobre caracterização social, retrato e modo de vida, descrição do suicídio e da atmosfera que o acompanhou, estado mental do idoso nos momentos que antecederam o evento e imagem da família antes, durante e depois do ato fatal.

*Ficha de identificação* – Nesta ficha foram incluídos dados de caracterização da pessoa idosa e do suicídio, de forma circunstanciada, de

sua família e do(s) entrevistado(s). Sobre esse momento é preciso ressaltar a necessidade de se manter sigilo dos nomes das pessoas citadas na interlocução e também, de se recolherem as assinaturas do Termo de Consentimento dos entrevistados, quanto à sua aquiescência em prestar informações (Quadro 1).

*Genograma* – Foi proposto o uso simplificado do genograma, buscando-se de modo prático e estratégico conhecer o lugar de cada um na família. Conhecer a família em linhas gerais ajuda a guiar a fala ao longo da entrevista. O genograma<sup>27</sup> permite mapear o tipo de laço estabelecido entre membros da família e agregados e verificar repetições de padrões de relacionamento, rupturas afetivas e de convívio que ocorreram em diferentes gerações. Falar da família ampliada, no início da entrevista, pode contribuir para uma atitude receptiva ao se tratar o tema do suicídio (Quadro 2).

*Roteiro de entrevista semiestruturada para autópsias psicológicas e psicossociais* – Este roteiro foi dividido em duas partes. Na primeira se situou o perfil pessoal e socioeconômico e se detalharam dados sobre as condições de vida da vítima em seu contexto biográfico. Na segunda se abordaram as circunstâncias do suicídio, os fatores precipitantes e o impacto na família. A ordenação dos temas e das questões favorece a uma aproximação gradual do evento traumático e a contextualização biográfica do mesmo. No

**Quadro 1.** Ficha de identificação

Ficha de Identificação		
Nome:		
Data de Nascimento:	Idade:	Sexo:
Estado Civil:	Naturalidade:	Etnia:
Religião:	Grau de Instrução:	Ocupação:
Endereço:		
<b>Família de procriação</b>		
Nome do Cônjuge:	Idade:	
Filhos (idade):		
Outras uniões, casamentos e filhos:		
<b>Família de Origem</b>		
Nome do Pai:		
Nome da Mãe:		
Irmãos:		
<b>Pessoas que responderam à entrevista</b>		Idade:
Grau de parentesco:	Grau de afinidade:	
<b>Modo de perpetração</b>		
Motivo:		
Local:		
Data:	Hora:	
Observações relevantes:		

entanto, tendo em vista tratar-se de uma entrevista semiestruturada, recomenda-se o uso *flexível do roteiro*, aberto à inclusão de outros tópicos e assuntos considerados importantes pelos interlocutores e que surjam ao longo da entrevista. Os detalhes podem ser feitos conforme a pertinência das falas, os interesses dos entrevistados e os pontos identificados pelo entrevistador como importantes de serem aprofundados. É preciso, sempre, ter cuidado com o tempo despendido e com o conteúdo da entrevista. Deve-se estar atento para não se esgotar emocionalmente os entrevistados, passando além do razoável – que seria no máximo de até duas horas (embora o campo e a literatura<sup>12,24</sup> demonstrem que o tempo de estada com a família depende das circunstâncias do acolhimento e da situação de empatia criada no encontro). No que concerne ao conteúdo da entrevista, o pesquisador precisa não perder o foco, deixando de fora pontos

fundamentais para a compreensão do caso. Muitas vezes a entrevista é feita com mais de um integrante da família ao mesmo tempo. Essa possibilidade, pela experiência ocorrida, pode-se dizer que ajuda a agregar vários pontos de vista e a esclarecer diferentes dimensões do fenômeno. Recomenda-se, quando possível, a realização de entrevistas com pelo menos dois parentes ou amigos próximos, ao mesmo tempo ou em momentos diferentes (Quadro 3).

### Estudo de caso e contextualização

Como a forma de chegar aos casos já está descrita em outros estudos<sup>2,3</sup>, o propósito aqui é falar de que modo os casos foram e podem ser organizados e preparados para análise. Apresenta-se uma estratégia para se reunir e padronizar os dados da ficha de identificação, do genograma e da entrevista.

**Quadro 2.** Roteiro simplificado para realização do Genograma

Genograma
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Construir como seria um retrato dessa família em duas ou três gerações (Averiguar o lugar afetivo, de dependência e socioeconômico de pessoas que se destaquem).</li> <li>• Ouvir como as pessoas se aproximam ou se afastam (Relações, alianças e conflitos).</li> <li>• Conversar sobre acontecimentos críticos que marcaram a família (Houve casos de suicídio ou de tentativas de suicídio? Houve acidente, doença ou morte que se destaque?)</li> </ul>

**Quadro 3.** Roteiro de entrevista semiestruturada para autopsias psicológicas e psicossociais

AUTOPSIAS PSICOLÓGICAS E PSICOSSOCIAIS
Primeira parte – perfil pessoal e socioeconômico
<p><b>I) Contato Inicial</b></p> <p>a) Leitura e esclarecimentos sobre o Termo de Consentimento</p> <p>b) Preenchimento dos Dados de Identificação</p> <p>c) Montar o Genograma Familiar</p> <p>Contato inicial: Esclarecer sobre a pesquisa e o consentimento, criar empatia e assegurar o sigilo da identidade.</p> <p>Público-alvo: Pessoa maior de 60 anos</p>
<p><b>II) Caracterização Social</b></p> <p>1. Qual a profissão e grau de instrução da pessoa idosa que morreu por suicídio?</p> <p>2. Qual a profissão e grau de instrução do cônjuge e dos filhos?</p> <p>3. O que era relevante no trabalho/emprego? (dificuldades, limites e possibilidades)</p> <p>4. Era aposentado(a) e fazia alguma outra atividade?</p> <p>5. Qual era a sua renda e as fontes de rendimento familiar? (ordenado fixo e outros) Além da pessoa idosa, quem contribuía para a renda familiar?</p> <p>6. Como era a casa onde ele(a) morava? (própria, alugada, outros; número de cômodos; rede de esgotos, água encanada, luz elétrica, coleta de lixo; número de residentes)</p> <p>7. Poderias descrever o bairro e local de moradia?</p>

continua



**Quadro 3.** continuação

<p><b>III) Retrato e Modo de Vida</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Como você descreve o(a) idoso(a) aqui estudado(a)? (características marcantes)</li> <li>2. Qual é a sua origem? Qual a origem de seu pai e de sua mãe? (especifique fluxo migratório e descendência)</li> <li>3. Com quem ele (ela) se parecia mais? Fisicamente? Modo de ser?</li> <li>4. Ele (ela) se aborrecia com frequência? Em que tipo de situação?</li> <li>5. Como ele (ela) reagia diante de situações difíceis? Havia algo que o (a) chateava mais?</li> <li>6. Houve história de perdas (filhos, esposa (o), irmãos, amigos, emprego, patrimônio)?</li> <li>7. Como essa pessoa idosa lidava com as situações de perda?</li> <li>8. Existiam problemas de relacionamento com familiares (cônjuges, filhos, irmãos, pais)? E com os amigos?</li> <li>9. Que mudanças viveu? Rupturas de relacionamentos? Reconstrução de vínculos?</li> <li>10. Sofreu situações de violência durante a sua vida? (verbal, psicológica, física, no trabalho, sexual, patrimonial). E durante o processo de envelhecimento?</li> <li>11. Onde e com quem encontrava apoio?</li> <li>12. Ele (ela) teve apoio de parentes, vizinhos, colegas ou ex-colegas de trabalho ou outras pessoas? Como foi este apoio? (havia uma rede de apoio ou de proteção?)</li> <li>13. Ele (ela) teve apoio de grupos religiosos? Como foi este apoio?</li> <li>14. Participava de Clubes e Associações voluntárias e ou comunitárias, Partido político, Sindicato ou Organização Profissional?</li> <li>15. Que investimentos na vida foram importantes? Família? Estudo? Emprego? Outros?</li> <li>16. Há história anterior de doença grave? Qual? Dos nervos? Tratamentos?</li> <li>17. Havia algum cuidador? Quem? Que cuidados a pessoa idosa estava recebendo?</li> <li>18. Há algo que ele teria gostado de mudar em sua vida, se tivesse tido essa chance?</li> </ol>
<p><b>Segunda parte – atmosfera e imagem do suicídio</b></p>
<p><b>IV) Avaliação da atmosfera do ato de suicídio</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Como ocorreu o ato suicida? (Qual o método escolhido? Ele foi planejado? Houve algum aviso prévio? Foi deixada alguma mensagem?)</li> <li>2. Onde ocorreu o suicídio? Em que data, dia da semana e hora?</li> <li>3. Como foram as circunstâncias do suicídio? (Qual o tempo decorrido entre o suicídio e o auxílio? Quem o encontrou e em que circunstâncias? O que foi feito?)</li> <li>4. Como a família vivenciou o momento da notícia? E do sepultamento?</li> <li>5. Anteriormente, a pessoa demonstrou pensamentos ou sentimentos suicidas? Com que frequência, duração e intensidade?</li> <li>6. Como a família viu esse gesto? (sobre o suicídio). Na visão da família, por que ele (ela) agiu assim? (causas e fatores associados)</li> <li>7. Houve tentativas anteriores? Quantas? Como? Já houve suicídios ou tentativas de suicídio na família ou no círculo de amigos? Quais e há quanto tempo?</li> </ol> <p><b>Verificar os seguintes indicadores:</b> a gravidade do suicídio, o impacto do mesmo na família, a letalidade do método empregado e sua visibilidade, a proximidade de fontes de ajuda e a intenção de morte.</p>

continua

O Quadro 4 mostra o *Roteiro de organização de estudos de caso* que propõe duas formas de ordenamento. A primeira aglutina informações que identificam o caso e caracterizam o suicídio, detalhando as circunstâncias associadas ao evento fatal (forma de perpetração, letalidade, local, modo como a pessoa foi encontrada e outros), incluindo ainda dados do entrevistado (grau de parentesco, sexo e idade) e da pessoa idosa que morreu por suicídio (sexo, faixa etária, perfil social, cultural, econômico e religioso). A segunda forma de organização contextualiza o suicídio na história individual que será reconstituída. Parte

da caracterização pessoal e social da vítima, passa por seus dados biográficos, mostra seu estado mental, motivações e fatos relevantes; descreve fatores precipitantes ou estressores associados ao ato e relata os efeitos da morte autoinfligida na família.

Apresenta-se no Quadro 5, o *Roteiro de organização de dados socioantropológicos* que inclui informações sobre os municípios onde os casos de suicídio ocorreram. O roteiro situa o município quanto à sua origem e formação social, econômica, e cultural. Ele permite a caracterização da vida da população da localidade onde ocorre-

**Quadro 3.** continuação

<p><b>V) Estado mental que antecedeu o suicídio</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A pessoa estava confusa ou parecia ter alguma alteração no fluxo dos pensamentos?</li> <li>2. A pessoa falava de pensamentos, sentimentos ou ideias que pareciam “irreais”?</li> <li>3. A pessoa parecia ter alteração nas percepções, ouvindo vozes ou tendo visões?</li> <li>4. A pessoa estava deprimida, ou muito agitada, ou oscilava entre essas fases?</li> <li>5. A pessoa costumava falar de sentimentos de culpa, tristeza ou desespero?</li> <li>6. A pessoa foi avaliada ou acompanhada por psiquiatra ou psicólogo? Que diagnóstico, tratamento, orientações ou recomendações foram feitas? Fazia uso de medicamentos? Quais?</li> <li>7. A pessoa tinha plano de saúde?</li> <li>8. Se era atendida pela SUS, como avaliava esse atendimento?</li> </ol>
<p><b>VI) Imagem da Família</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Como está sendo a reação da família (de seus integrantes) frente ao suicídio e suas circunstâncias? Qual foi a reação da família com o cuidador imediato?</li> <li>2. Esse acontecimento trouxe conflitos à família? Quais? Como a família lida com isso?</li> <li>3. A família já recorreu a algum tipo de apoio? Qual? A família tem encontrado dificuldade na busca desse apoio? Quais dificuldades?</li> <li>4. Como a família está buscando prosseguir e confortar-se?</li> </ol> <p><b>Verificar os seguintes indicadores:</b> (apenas pela observação do fluxo discursivo)</p> <p><i>Tipo de comunicação estabelecida na família</i> – aberta com crítica, subentendida, velada e com segredos, insuficiente, ou com dupla mensagem;</p> <p><i>Como são as fronteiras entre as pessoas</i> – misturadas, delimitadas com rigidez ou delimitadas com flexibilidade;</p> <p><i>Tipo de funcionamento familiar</i> – fusionado, unido, separado, conflituoso, fusionado e conflituoso;</p> <p><i>Forma de formular e estabelecer regras</i> – a explicitação ou não de regras, rigidez ou flexibilidade diante de mudanças e a capacidade (de integrantes) para se adaptar.</p>
<p>O tema suicídio é altamente mobilizante e pode provocar ansiedade ou desconforto ao se falar dele. Será necessário conduzir um tipo de entrevista que possa favorecer a expressão de sentimentos, atitudes e opiniões, numa continência afetivo-cognitivo-social necessária a um assunto dessa complexidade.</p>

**Quadro 4.** Roteiro de organização dos estudos de caso

<b>Organização dos Estudos de Caso</b>
<p><b>I) Dados de identificação do caso de suicídio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Critério de escolha do caso</li> <li>. Dados do entrevistado</li> <li>. Dados da pessoa com morte autoinfligida</li> <li>. Forma de perpetração e cena do suicídio (relato da família e laudo pericial)</li> </ul>
<p><b>II) Estudos de caso individuais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Descrição pessoal, social e familiar (genograma e caracterização social)</li> <li>. Biografia da pessoa que cometeu o suicídio (autorretrato e modo de vida)</li> <li>. Estado mental que antecedeu o suicídio (risco psiquiátrico e psicossocial)</li> <li>. Avaliação da atmosfera do suicídio (clima e circunstâncias antes e depois do ato)</li> <li>. Impacto do suicídio na família (imagem do ato, reações e impressões da família)</li> <li>. Síntese ou comentários finais (pontos a serem destacados)</li> </ul>

ram os suicídios e, no caso concreto, especifica a situação da população idosa quanto a oportunidades de trabalho e lazer, de apoio social e de serviços disponíveis na área da saúde e assistência social.

### **Método de análise de autópsias psicológicas e psicossociais**

A análise das autópsias psicológicas e psicossociais se inicia com uma pré-análise de cada caso realizada por um pesquisador e revisada por uma



**Quadro 5.** Roteiro de organização dos dados socioantropológicos

Organização dos Dados Socioantropológicos
<ul style="list-style-type: none"> <li>. Quais são as principais características do município? (urbano ou rural)</li> <li>. Como o município se constituiu e tem sido caracterizado? (trata-se de um município mais aberto socialmente ou fechado?)</li> <li>. Qual a formação social e origem da população?</li> <li>. Como o município se organiza economicamente, socialmente, culturalmente?</li> <li>. Como é a vida da população em termos de saúde, educação e segurança?</li> <li>. Quais os recursos sociais existentes? (clubes, agremiações religiosas, atividades artesanais, atividades turísticas?)</li> <li>. Como se caracteriza a população idosa nessa região? Que serviços estão disponíveis para ela? (Serviços de Saúde, Centros de Convivência, Centros de Valorização da Vida?).</li> <li>. Faça uma síntese da situação de vida dos idosos na localidade.</li> </ul>

dupla de pesquisadores, seguindo orientações do manual de instruções previamente consensualizado. No estudo citado<sup>1</sup>, os pesquisadores reorganizaram os casos de modo compacto em quatro categorias: (1) descrição compreensiva de cada episódio (histórico e contexto, fatores de risco e protetores, fatos relevantes, motivações ou intenções para o suicídio); (2) evolução e dinâmica do caso (fluxo dos acontecimentos, fatores agravantes como doenças, comorbidades e circunstâncias afetivas, sociais ou econômicas críticas e consequências na vida pessoal); (3) descrição do ato do suicídio e seu impacto na família (meios empregados, condições em que a vítima foi encontrada, informações sobre o sepultamento e efeitos da morte na família); (4) reflexões sobre o caso (razões para o suicídio, extraídas de pistas discursivas e comportamentais e hipóteses sobre o caso). O propósito desta etapa é ressaltar os fatores mais relevantes e concatená-los de forma circunstanciada.

Uma vez organizados os estudos dos casos individuais, os dados que os contextualizam e criada uma logística para disponibilizar de todo esse material num banco de dados acessível aos pesquisadores responsáveis pela análise final, tem-se em mãos o material necessário para se construir uma *análise qualitativa ao mesmo tempo singular, local e comparada*. É importante ter em conta que essa análise mais apurada deve se apoiar no acervo de artigos científicos publicados internacionalmente sobre o tema.

No caso concreto da pesquisa que utilizou esses instrumentos, cada núcleo produziu um recorte analítico próprio na pré-análise, dando ênfase não só aos aspectos subjetivos, relacionais e aos relativos ao comprometimento da saúde física e mental do idoso, mas também aos contextuais. Essa diversidade construída a partir

de uma matriz comum evidenciou o olhar e o interesse dos pesquisadores<sup>27-30</sup> que deram ênfase aos vários fatores de risco, às questões de gênero, ao impacto na família e às possibilidades e necessidades de prevenção.

O Quadro 6 apresenta o *Roteiro de análise de dados por região*, construído a partir do tratamento analítico dado ao material dos cinquenta e um casos de suicídio<sup>3</sup>. Ao final se elaborou uma meta-análise que consistiu na releitura de todo o material de campo, agrupando as categorias extraídas de cada caso em tabelas, dentro de uma lógica temática que está descrita no Quadro 6. Além disso, foi feito um trabalho de *síntese compreensiva de cada caso*<sup>3</sup>, reescrevendo-se dados centrais do contexto biográfico, e fazendo-se um exercício de “aproximação presumida” do ponto de vista da pessoa que decidiu por fim à própria vida.

Foi feita uma primeira análise por frequência de variáveis, com propósito descritivo da amostra estudada. Comparou-se a frequência do suicídio por faixa etária e ocorrência dos casos estudados nas cinco regiões do país e o estudo levou em conta dados por faixa etária (dentro do segmento dos idosos) e sexo, forma de perpetração, local em que ocorreu o suicídio, perfil socioeconômico das vítimas, fatores de risco e fatores protetores. Sempre que necessário, recorreu-se a dados individuais de modo a situar o fenômeno singular no contexto local e regional. Assim foi possível transitar das especificidades individuais, para as tendências grupais e destas para as tendências locais ou regionais, cruzando-se as informações com a contextualização.

Num segundo momento, foi construída uma análise por hierarquia de variáveis, de duas maneiras distintas: (1) *por saturação*, quando se agrupou um ou mais motivos associados ao suicídio caso a caso. Assim foram aglutinados 79

**Quadro 6.** Roteiro de análise de dados por região

- I) Estudo do suicídio por frequência de variáveis
- . *Distribuição dos suicídios segundo faixas etárias*
    - 60 a 64 anos
    - 65 a 69 anos
    - 70 a 74 anos
    - 75 a 79 anos
    - 80 a 84 anos
    - > 85anos
  - . *Distribuição dos suicídios segundo forma de perpetração e sexo*
    - Enforcamento
    - Arma de fogo
    - Envenenamento
    - Arma branca (faca)
    - Queda de altura
    - Carbonização
    - Afogamento
  - . *Distribuição dos locais de ocorrência do suicídio segundo sexo nas cinco regiões*
    - Domicílio
    - Área externa
  - . *Perfil socioeconômico dos idosos segundo sexo*
    - Estado civil
    - Escolaridade
    - Religião
    - Vida rural ou urbana
    - Atividade profissional
    - Vínculo ativo ou inativo
  - . *Fatores de risco associados ao suicídio segundo sexo*
    - Sobrecarga financeira
    - Abusos e desqualificações
    - Morte e adoecimentos de parentes
    - Deficiência, doenças físicas e transtornos mentais Isolamento social e traços depressivos
    - Ideações, tentativas e suicídio na família
  - . *Fatores protetores associados ao suicídio segundo sexo*
    - Apoio familiar e de amigos
    - Estabilidade material
    - Busca por apoio à saúde
    - Apoio religioso

**II) Estudo do suicídio por hierarquia de variáveis**

- . *Motivos atribuídos ao suicídio segundo sexo e faixa etária*
  - Alterações de comportamento Impacto de perdas
  - Doenças ou deficiências
  - Conflitos conjugais ou familiares
  - Estilo de vida
  - Aposentadoria ou desemprego
  - Sobrecarga financeira
- . *Interação de fatores ligados ao suicídio segundo sexo e faixa etária*
  - Doenças (físicas, mentais, alcoolismo) e deficiências
  - Depressão e estados depressivos
  - Conflitos familiares e crises conjugais

motivos que ampliaram o leque de fatores estressores ou motivacionais associados ao suicídio de idosos e permitiram produzir hipóteses explicativas sobre os 51 casos; (2) e *uma análise por hierarquia de interações* que agrupou os prin-

cipais fatores precipitantes do ato fatal, buscando-se compreender o papel das variáveis em interação e identificar-se o que foi predominante. Formularam-se 51 hipóteses multicausais, de modo a se construir uma espécie de “laudo das

autópsias”, quantificando-se um padrão de respostas interativas de maior peso para justificar a decisão da vítima pela morte autoinfligida. Nesse momento, traços psicológicos se articulam com os biográficos, socioeconômicos e culturais. Esse procedimento analítico propicia uma visão holística do tema contrapondo-se à tendência unidimensional de muitos estudos que tratam as causas do suicídio como tópicos isolados e não como fatores múltiplos, interativos e que competem entre si, tornando as pessoas progressivamente mais vulneráveis.

## Discussão

Uma vez que os instrumentos foram apresentados no formato final, serão discutidos pontos que nortearam o seu aperfeiçoamento e utilização, tendo em vista ser necessário cuidar não só de sua lógica e da coerência interna da pesquisa, mas também apontar recomendações para a sua aplicação. Aqui se levaram em conta as experiências do grupo de pesquisa e sugestões da literatura. Houve cuidado para que os pesquisadores que compusessem a equipe desta investigação fossem pessoas com prática clínica e vivência em saúde mental e saúde pública. Essa decisão se fundamentou na sensibilidade requerida para se trabalhar com um tema tão delicado e complexo e que exige elevado grau de maturidade na abordagem dos familiares e no tratamento dos dados.

*Busca de qualidade no trabalho* - Foram importantes para assegurar a qualidade do estudo e dos instrumentos: (1) uma oficina de capacitação realizada ao início dos trabalhos com o grupo de pesquisadores seniores e as que foram promovidas para as equipes locais, todas tendo como base o manual que padronizou de forma consensualizada os procedimentos; (2) o acesso de todos à literatura que fundamentou os pressupostos e as hipóteses da pesquisa; (3) a oficina realizada após a finalização do trabalho de campo e depois de construído o processo de pré-análise, em que se socializaram as narrativas provenientes de cada autópsia; discutiram-se seus aspectos gerais, semelhanças e diferenças; reavaliou-se a pertinência de cada um dos procedimentos; e (4) houve, portanto, uma reflexão coletiva feita com a especificidade de cada caso e de cada localidade.

*Qualificação da equipe* - Houve diferenças entre as equipes locais na forma como realizaram a capacitação de seus membros: algumas procederam de modo sistemático, reproduzindo a pri-

meira oficina para os pesquisadores seniores, outros trabalharam os instrumentos por meio de dramatizações de histórias fictícias e aplicaram o genograma aos membros do grupo. Outros, ainda, fizeram um primeiro teste piloto em situação real, para verificar tanto o instrumento como sua capacidade como entrevistador e depois discutiram cada item dos procedimentos, buscando diminuir as possibilidades de erros, embora sabendo que cada caso seria um caso. Recomendaram-se essas estratégias participativas para a capacitação de pesquisadores de campo, para que experimentem diferentes possibilidades e se reconheçam no lugar de entrevistado e de entrevistador, desenvolvendo sentimentos de empatia e de acolhimento e evitem julgamento.

*Modificações ocorridas no uso dos instrumentos* - As equipes utilizaram a ficha de identificação sem problemas, mas lhe foram acrescentados dados sobre etnia e sobre afinidade do entrevistado com a vítima. Embora o genograma seja teoricamente considerado como excelente instrumento para coletar dados sobre a família, ele foi pouco utilizado nesta pesquisa, seja porque alguns pesquisadores não se sentiram preparados para usá-lo, seja porque os entrevistados desconheciam informações importantes sobre seu grupo familiar. Assim, a maioria dos investigadores preferiu investir na narrativa informal proporcionada pelos familiares sobre a história do idoso que havia falecido por suicídio, uma vez que no espaço de até duas horas, em média, não seria fácil elaborar metodicamente uma história familiar<sup>25</sup>. Recomenda-se que caso não se use o genograma no início da entrevista, busque-se manter uma conversa inicial com a pessoa ou as pessoas que darão a entrevista, na busca de compreender o lugar do idoso na família, os fatos e as circunstâncias marcantes de sua biografia e o contexto cotidiano e social dele e de seu grupo de parentesco. O propósito desses momentos preliminares é traçar um retrato provisório da família que favoreça a compreensão do suicídio do idoso dentro do contexto.

*Sobre o roteiro de autópsia psicológica e psicossocial* - O roteiro de entrevista em profundidade foi bastante discutido quanto à adequação de sua linguagem à compreensão de todos. Os seguintes pontos foram acrescentados à proposta inicial: (1) quem na família contribuía para a renda familiar, além do idoso, nos casos em que ele fosse o chefe; (2) se havia um cuidador dedicado à pessoa idosa e que cuidados ela lhe proporcionava; (3) se havia uma rede de apoio ou proteção que ultrapassasse o âmbito familiar; (4) se houve ten-

tativas de suicídio por parte do idoso que faleceu ou de outros familiares, buscando quantificar esses dados; (5) se a pessoa idosa fazia uso de medicamentos, identificá-los e dizer sua indicação médica; (6) se o idoso tinha plano de saúde; (7) se o idoso usava o sistema público, como era o acesso e como se sentia acolhido; (8) qual foi a reação da família com o cuidador quando tomou conhecimento do suicídio e que conflitos a morte autoinfligida produziu na família. O roteiro de entrevista, com os devidos aperfeiçoamentos permitiram a operacionalização, a coleta e a organização de dados, favorecendo a criação de um fio condutor temático e a formação de vínculo entre pesquisadores e participantes.

*Sobre o desenvolvimento das entrevistas com os familiares ou outros interlocutores* - O uso do roteiro de entrevista para realização das autópsias ocorreu de forma diferenciada, dependendo das relações entre o interlocutor e o entrevistador. Em alguns casos, logo que eram formuladas algumas questões, o entrevistado fluentemente detalhava a história do idoso, o episódio do suicídio e abrangia vários tópicos do roteiro que funcionava como guia. Num outro extremo, mesmo quando havia empenho dos pesquisadores e todas as questões eram formuladas aos poucos, acompanhando o desenrolar da narrativa do entrevistado, as respostas eram evasivas ou dispersivas e algumas não correspondiam ao que estava sendo perguntado. Nesses casos, observou-se que quando a pessoa não aprofunda um tópico geralmente tem dificuldade emocional para fazê-lo, ou não quer dizer o que pensa, ou ainda, tem limitações para entender e para refletir sobre o ocorrido. Exemplo de uma situação desse tipo foi a resposta algumas vezes ouvida: *“A causa dele ter feito isso, só ele saberia dizer”*. Mesmo quando o relato foi fluente ou foi inibido, o roteiro revelou-se um instrumento adequado de ajuda ao entrevistador, desde que formule suas questões com flexibilidade, esteja atento a associações de ideias e deixe fluir informações espontâneas e carregadas de afeto ou de outros sentimentos. Em qualquer circunstância não é ocioso lembrar que o pesquisador nunca deve se deixar engessar por perguntas ou interromper o fluxo narrativo do interlocutor.

*Sobre o apoio que os entrevistadores podem oferecer* - Antes mesmo da abordagem trazer benefícios ou recomendações ao setor saúde, em geral, observou-se um ganho emocional imediato para os familiares, na medida em que tiveram possibilidade de expressar sentimentos que traziam reprimidos e de elaborar seu próprio en-

tendimento do vivido: *Isso aqui está melhor que uma terapia de grupo; Lembrei coisa que não lembrava, falei coisa que nunca tinha falado; Nunca falei assim com ninguém sobre o que aconteceu com meu pai; é sofrido lembrar novamente do que aconteceu, mas estou me sentindo bem por ter falado*. Essas foram algumas falas ouvidas dos entrevistados. Destaca-se a importância da atitude de acolhimento para que a interlocução, se bem conduzida, se constitua numa forma de retomada da experiência e da reflexão sobre ela. Pois, frequentemente, a entrevista é a primeira forma de suporte, de escuta e de elaboração do vivido para os familiares que contam a história do suicídio e falam sobre o idoso que faleceu, num ambiente que não os julga e que lhes proporciona compreensão e empatia.

*Momento da entrevista como espaço de esclarecimento* - Os encontros com as famílias para a realização das autópsias constituem-se também num espaço para responder perguntas que estavam sendo ruminadas há muito tempo pelos familiares sobre a questão da morte autoinfligida. Por exemplo, uma senhora queria saber sobre a possibilidade de transmissão genética do suicídio, por medo de repetir o ato do pai. Um filho de origem alemã e que conserva os mesmos valores paternos, mas que se permite divertir, tirar férias e ir à praia, diferentemente dos antigos hábitos da família, perguntou se ele poderia encontrar um destino diferente do seu pai. Essas perguntas exigiram uma posição afirmativa dos pesquisadores que mostraram a possibilidade de escolhas diferentes a serem feitas desde já. Outro rapaz que cuidou do pai até a morte, chorou muito durante a entrevista, e se perguntava se realmente havia feito todo o possível nos cuidados que lhe proporcionara. Esse foi um momento de explicitação de sentimentos em que culpa e afetos mobilizaram reflexões compreensivas sobre o ocorrido. Essa interlocução favoreceu-lhes uma melhor elaboração interna e social.

*Dificuldades na aplicação dos instrumentos e na realização das entrevistas* - Dentre as principais dificuldades que apareceram na aplicação dos instrumentos estão: os tabus e não ditos que envolvem o fenômeno do suicídio e que se apresentam sob a forma de estigma, discriminação e vergonha; lembranças associadas à culpa, raiva ou rancor suscitadas por crônicos conflitos familiares; descontentamentos com a falta de apoio em vida aos idosos por parte de órgãos públicos e de assistência<sup>8</sup>; censuras enunciadas por familiares que não se ocupavam diretamente da pessoa que se suicidou; e medo de contar fatos que

poderiam suscitar comprometimento legal como recebimento de seguro, de aposentadoria, ou questões policiais<sup>9</sup>. Tais assuntos demandam manejos delicados e é importante que o pesquisador esteja preparado para enfrentá-los, evitando sempre julgar ou tomar partido.

*O impacto das entrevistas nos pesquisadores e solidariedade entre eles* – O momento da entrevista, em geral, gerou forte impacto tanto nos entrevistadores quanto nos entrevistados<sup>8,24</sup>. Ao se defrontar com um ‘outro’ tão sofrido, os investigadores contaram que vivenciaram seus próprios limites e frequentemente provaram sentimentos tumultuados por experiências de sofrimento, dor e morte. O acolhimento mútuo entre as duplas de entrevistadores e as discussões em grupo lhes deram suporte emocional: *ficamos tão envolvidos com a pesquisa que ela se tornou o nosso assunto diário e predileto*. Brincar e fazer humor ajudou no processamento dos sentimentos mobilizados pelo estudo. E a abertura para ouvir além do que o roteiro de entrevista exigia foi fundamental para que a solidariedade com os familiares ocorresse, para que encaminhamentos aos serviços de apoio fossem feitos e para que mutuamente as pessoas se confortassem. Recomenda-se que o instrumento não venha a se sobrepor à necessidade de acolhimento e que os pesquisadores busquem se apoiar mutuamente, uma vez que ninguém está isento de se desequilibrar emocionalmente frente a histórias tão tristes e comoventes.

*Articulações com os serviços e encaminhamentos* – Por fim, recomenda-se que a mesma preparação que o núcleo de pesquisa empreendeu para se qualificar, sempre que possível, seja disponibilizada a equipes locais de Atenção Básica ou de Saúde Mental visando a contribuir na prevenção de suicídios, sobretudo de idosos. É importante também dialogar com os profissionais para que acolham e acompanhem os familiares. Essa articulação é tão mais necessária, quanto mais se percebe que o tema do suicídio é tabu também para a maioria dos profissionais das redes locais de saúde. Portanto, apoiá-los significa dar-lhes oportunidade de conhecer os casos e as formas de atuar, para o que o Manual SUPRE-MISS da Organização Mundial de Saúde<sup>26</sup> e o documento do Ministério da Saúde<sup>27</sup>, que traçam diretrizes para uma atenção peculiar, muito contribuem.

## Considerações finais

Os roteiros de entrevista em profundidade, as técnicas e as estratégias correlatas foram todas aperfeiçoadas, especialmente ao final do trabalho de campo, quando o grupo de pesquisadores já podia efetuar um olhar crítico e mais apurado a respeito dos procedimentos. As diferentes formas de capacitação, os materiais didáticos, o acervo de artigos socializado para todas as pessoas das equipes e as permanentes trocas entre os pesquisadores devem ser destacados. Os encontros presenciais, a disponibilização dos bancos de dados e a operacionalização de uma rede comunicacional foram meios que asseguraram trocas discursivas e de interesses, como um fio que alinhavou tanto o processo quanto os produtos da pesquisa. Ao final, um debate argumentado no formato escrito registrou o pensamento crítico e reflexivo de todo o grupo, revisando o passo a passo da pesquisa. Como disse uma pesquisadora:

Foi importante dar a todos a oportunidade de participar, pois isso criou uma ‘inteligência de pesquisa’, sem separar o ‘pesquisador de gabinete’ do ‘bóia-fria’ que habitualmente funciona como quem apenas coleta os dados. O processo foi riquíssimo e muito participativo, trouxe muito aprendizado e reflexões, possibilitando uma visão do processo no seu todo.

Os instrumentos e as técnicas aqui apresentados mostraram-se confiáveis e consistentes, sempre que os cuidados para sua aplicação foram garantidos. No entanto, nunca é demais lembrar que métodos e técnicas sempre são meios de que o pesquisador se vale para atuar. Sua presença, sua compreensão e sua empatia fazem a diferença. Foi isso que este estudo mostrou quando conseguiram a partir de entrevistas realizadas com rigor metodológico não só coletar dados importantes para a saúde pública, mas também fazer emergir o tema tabu do suicídio, rompendo silêncios e ofertando espaço para uma escuta de situações em que culpas, segredos, vergonhas e medo se entrelaçam. Ou seja, além de seu papel técnico numa pesquisa, o entrevistador pode contribuir para aliviar o sofrimento das famílias, apresentando-lhes novos meios de lidar com a autoagressão.

Por fim, conclui-se que a principal vantagem das autópsias psicológicas e psicossociais é coletar e analisar informações contextualizadas que sirvam para se construir ações de prevenção junto a idosos. Nos cuidados com pessoas idosas em potencial risco, é crucial se compreender a interação entre variáveis – sintomas psiquiátricos ou

clínicos, fatores de risco e protetores, traços de personalidade, eventos circunstanciais, continência familiar e capacidade de suporte da área da saúde. Cada padrão interativo revela que o suicídio é multicausal e singular, pois cada pessoa reage e interpreta o sofrimento que a atinge de um modo particular. Então, como a velhice aproxima o homem e a mulher de vulnerabilidades crescentes e múltiplas é crucial que a saúde possa se instrumentalizar com meios de identificar, propor e assegurar cuidados globais aos idosos – na pesquisa, na assistência e nas políticas públicas.

## Colaboradores

FG Cavalcante e MCS Minayo coordenaram a estruturação e a análise do manuscrito, com a colaboração de SN Meneghel, RM Silva, DDM Gutierrez, M Conte, AEB Figueiredo, S Grubits, ACS Cavalcante, RMN Mangas, LJS Vieira e GAR Moreira, que participaram igualmente das etapas centrais de elaboração do artigo.

## Referências

1. Minayo MCS, Cavalcante FG. *É possível prevenir a antecipação do fim? Suicídio de Idosos no Brasil e possibilidades de Atuação do Setor Saúde*. [Projeto de Pesquisa]. Rio de Janeiro: Claves, Fiocruz; 2010.
2. Minayo MCS, Grubits S, Cavalcante FG. *Observar, ouvir, compartilhar: trabalho de campo para autópsias psicossociais*. *Cien Saude Colet* 2012; 17(8):2027-2038.
3. Cavalcante FG, Minayo MCS. Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. *Cien Saude Colet* 2012; 17(8):2039-2052.
4. Conwell Y, Thompson C. Suicidal Behavior in Elders. *Psychiatr Clin North Am* 2008; 31(2):333-356.
5. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiol Rev* 2008; 30:133-154.
6. World Health Organization (WHO). *Suicide rates per 100,000*. Genève: WHO; 2001.
7. Hawton K, Appleby L, Platt S, Foster T, Cooper J, Malmberg A, Simkin S. The psychological autopsy approach to studying suicide: a review of methodological issues. *J Affect Disord* 1998; 50(2-3):269-276.
8. Litman RE, Curphey TJ, Shneidman ES, Farberow NL, Tabachnick N. The psychological autopsy of equivocal deaths. In: Shneidman ES, Farberow NL, Litman RE, editors. *The Psychology of suicide*. Scranton: Science House; 1970. p. 485-496.
9. Shneidman ES. Suicide, lethality and the psychological autopsy. In: Shneidman ES, Ortega M, editors. *Aspects of depression*. Boston: Little Brown; 1969.
10. Shneidman ES. Suicide thoughts and reflections, 1960-1980. *Suicide Life-Threat Behav* 1981; 11(4):198-359.
11. Pérez T G. Espectro de aplicación de La autopsia psicológica. *Med Leg Costa Rica* 1998; 15(1-2):17-18.
12. Werlang BG, Botega NJ. Avaliação retrospectiva (autópsia psicológica) de casos de suicídio: considerações metodológicas. *Psicologia (PUCRS)* 2002; 33(1):97-112.



13. Shneidman ES. *Definition of suicide*. Northvale: Aronson; 1985.
14. Bertaux D. Biography and Society. *The Life History Approach in the Social Sciences*. Thousand Oaks: Sage Publications; 1981.
15. Durkheim E. *O Suicídio: Um Estudo Sociológico*. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1982.
16. Lester D, Thomas CC. *Why People Kill Themselves: A 2000 Summary of Research on Suicide*. Springfield IL: Charles C Thomas; 2000.
17. Golafshani N. Understanding Reliability and Validity in Qualitative Research. *The Qualitative Report*. 2003; 18(4):597-607.
18. Cavalcante FG, Minayo MCS. Organizadores psíquicos e suicídio: retratos de uma autópsia psicossocial. In: Almeida-Prado MCC, organizador. *O mosaico da violência*. São Paulo: Vetor; 2004. p. 371-343.
19. Minayo MCS, Cavalcante FG, Souza ER. Methodological proposal for studying suicide as a complex phenomenon. *Cad Saude Publica* 2006; 22(8):1587-1596.
20. Minayo MCS, Cavalcante FG, Mangas RM, Souza JRA. *Um estudo sobre suicídio em idosos no Rio de Janeiro baseado em autópsias psicossociais*. 2010. [Mimeo]
21. Cavalcante FG, Minayo MCS, Mangas RM. *Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos*. Mimeo, 2010.
22. Jacobs D, Gutheil TG, Harburger J, Delly MJ, Maltsberger JT, Miller MC, Schouten R, Sederer LI. *Guidelines for Identification, Assessment, and Treatment Planning for Suicidality*. Cambridge: Suicide Risk Advisory Committee of the Risk Management Foundation of the Harvard medical Institutions; 1996.
23. Sampaio D. *Ninguém morre sozinho: o adolescente e o suicídio*. Lisboa: Editorial Caminho; 1991.
24. Shneidman ES. *Autopsy of a Suicidal Mind*. Oxford: Oxford University Press; 2004.
25. Shneidman ES. *Comprehending Suicide: Landmarks in 20<sup>th</sup> Century Suicidology*. Washington DC: American Psychological Association; 2001.
26. Werlang BG, Botega NJ. A semi-structured interview for psychological autopsy in suicide case. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2003; 25(4):212-219.
27. Wendt NC, Crepaldi MA. A Utilização do Genograma como instrumento de coleta de dados na pesquisa qualitativa. *Psicol. Reflex. Crit.* 2008; 21(2): 302-310.
28. World Health Organization (WHO). *Multisite intervention study on suicidal behaviours – SUPRE-MISS: Protocol of SUPRE-MISS*. Genève: WHO; 2002.
29. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Prevenção do Suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Brasília: MS, OPAS, Unicamp; 2006. [acessado 2012 jul 7]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual\\_prevencao\\_suicidio\\_saude\\_mental.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_prevencao_suicidio_saude_mental.pdf)
30. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. *Avaliação por triangulação de métodos*. Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Editora Fio-cruz; 2005.

---

Artigo apresentado em 21/04/2012

Aprovado em 10/05/2012

Versão final apresentada em 25/06/2012