

Instrumentos, estratégias e método de abordagem qualitativa sobre tentativas e ideias suicidas de pessoas idosas

Tools, strategies and qualitative approach in relation to suicidal attempts and ideation in the elderly

Fátima Gonçalves Cavalcante¹
 Maria Cecília de Souza Minayo¹
 Denise Machado Duran Gutierrez²
 Girliani Silva de Sousa³
 Raimunda Magalhães da Silva⁴
 Rosylaine Moura⁵
 Stela Nazareth Meneghel⁵

Sonia Grubits⁶
 Marta Conte⁷
 Ana Célia Sousa Cavalcante⁸
 Ana Elisa Bastos Figueiredo¹
 Raimunda Matilde do Nascimento Mangas¹
 María Cristina Heuguerot Fachola⁹
 Giovane Mendieta Izquierdo¹⁰

Abstract *The article analyses the quality and consistency of a comprehensive interview guide, adapted to study attempted suicide and its ideation among the elderly, and imparts the method followed in applying this tool. The objective is to show how the use of a semi-structured interview and the organization and data analysis set-up were tested and perfected by a network of researchers from twelve universities or research centers in Brazil, Uruguay and Colombia. The method involved application and evaluation of the tool and joint production of an instruction manual on data collection, systematization and analysis. The methodology was followed in 67 interviews with elderly people of 60 or older and in 34 interviews with health professionals in thirteen Brazilian municipalities and in Montevideo and Bogotá, allowing the consistency of the tool and the applicability of the method to be checked, during the process and at the end. The enhanced guide and the instructions for reproducing it are presented herein. The results indicate the suitability and credibility of this methodological approach, tested and certified in interdisciplinary and interinstitutional terms.*

Key words *Suicide attempts among the elderly, Suicidal ideation in old age, Semi-structured interview, Quality and precision of research tools*

Resumo *O artigo analisa a qualidade e a consistência de um roteiro de entrevista compreensiva, adaptado para o estudo da tentativa de suicídio e sua ideação entre pessoas idosas e apresenta o método utilizado na aplicação desse instrumento. O objetivo é demonstrar como o uso da entrevista semiestruturada e sua forma de organização e análise de dados foram testados e aperfeiçoados por uma rede de pesquisadores de doze universidades ou centros de pesquisa do Brasil, Uruguai e Colômbia. 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 em 67 entrevistas com idosos na faixa de 60 anos ou mais e em 34 entrevistas com profissionais da saúde em treze municípios brasileiros, em Montevideu e Bogotá, permitindo a verificação da consistência do instrumento usado e a aplicabilidade do método, durante o processo e ao final. O roteiro aperfeiçoado e as instruções para replicá-lo e analisá-lo são aqui apresentados. Os resultados apontam a adequação e a credibilidade dessa abordagem metodológica testada e qualificada de modo interdisciplinar e interinstitucional.*

Palavras-chave *Tentativa de suicídio em idosos, Ideação suicida na velhice, Entrevista semiestruturada, Rigor e qualidade de instrumentos de pesquisa*

¹ Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Carelli, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Avenida Brasil 4036/700, Mangueiras, 21040-361 Rio de Janeiro RJ, fatimagold7x7@yahoo.com.br

² Faculdade de Psicologia, Mestrado em Psicologia, Universidade Federal do Amazonas.

³ Universidade Federal de Pernambuco.

⁴ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza.

⁵ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

⁶ Programa de Mestrado e de Graduação em Psicologia, Universidade Católica Dom Bosco.

⁷ Hospital Sanatório Partenon, Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul.

⁸ Curso de Psicologia, Universidade Estadual do Piauí.

⁹ Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la República de Uruguay.

¹⁰ Maestría en Salud Pública y Desarrollo Social, Fundación Universitaria del Área Andina.

Introdução

Este artigo apresenta um estudo metodológico que utiliza a entrevista compreensiva¹ como estratégia para conhecer o que os idosos pensam das situações que os levam a preferir a morte ou a fazer escolhas que colocam sua vida em risco. A proposta da entrevista compreensiva é que essa conversa com finalidade possa ser mediada por um roteiro semiestruturado, mas tratado como instrumento orientador para o aprofundamento do tema. No caso presente, a semiestruturação das questões foi importante para incluir os pontos principais tratados pela literatura, e pelo fato dela servir a um conjunto grande de pesquisadores. O texto discute as *tentativas de suicídio em idosos sob a perspectiva da saúde pública*², visando compreender o impacto de problemas físicos, neurobiológicos, psicológicos e sociais e seus efeitos combinados nesse tipo de fenômeno. A pesquisa foi apoiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

O instrumento aplicado foi avaliado quanto a sua adequação, num trabalho em rede com os estudiosos de doze instituições universitárias e de pesquisa do Brasil, Uruguai e Colômbia, que realizaram a investigação. A versão aqui apresentada incorporou críticas e sugestões do referido grupo, após terminar o trabalho de campo. O foco da interlocução foram as próprias pessoas idosas, que também contribuíram para qualificar o instrumento e o método, na medida em que mostraram sua adequação para conduzir a narrativa sobre as razões que as levaram a tentar ou a idear o suicídio. É preciso recordar que saber conduzir uma entrevista sobre o tema é fundamental, na medida em que se trata de um assunto tabu nas famílias, nos serviços sociais e de saúde e na comunidade³⁻⁵, não só no Brasil⁶, mas em outros países.

A *tentativa de suicídio* se refere a atos de um indivíduo que pretende se matar, mas cujo desfecho não resulta em óbito. A *ideação suicida* aparece em vários graus de intensidade do pensamento de se matar^{7,8}.

Minayo e Cavalcante⁹ avaliaram 75 artigos sobre tentativas de suicídio em idosos no mundo, entre 2002 e 2013. No início da primeira década, a depressão constituiu o foco maior dos estudiosos, vindo a seguir as análises de sua associação com doenças crônicas e transtornos de personalidade. Na primeira década, pode-se constatar, também, que a maioria dos artigos que trataram de tentativas de suicídio de idosos provinha de autores da América do Norte, Europa e Ásia. Ao

final dos anos 2000, grande parte desses estudiosos passou a aprofundar propostas de prevenção, o que se pode observar nos artigos de pesquisadores do Japão, China, França, Inglaterra, Alemanha, Estados Unidos e Canadá.

O início da segunda década do século XXI mostra grande diversificação nos estudos de tentativas de suicídio por países e continentes. Aparecem as primeiras investigações na América do Sul, intensificam-se os estudos nos países asiáticos, mas a África continua ausente da literatura científica sobre o tema. Também se amplia e se complexifica a visão sobre as tentativas de morte autoinfligida: por faixas etárias (sendo os idosos mais velhos reconhecidos como os de maior vulnerabilidade); muitos autores passam a considerar a biografia da pessoa que tenta suicídio; são tratadas diferenças de gênero, de etnia, de grupos específicos, como veteranos de guerra, moradores de rua, e se aprofundam análises sobre relações das tentativas e ideações com problemas familiares e microssociais. Também tentativas e ideações aparecem associadas ao isolamento social, à ansiedade, à qualidade de vida, à desorganização cognitiva e à falta de esperança de idosos com psicose, além da presença da depressão. A literatura se encaminha para a concordância de que é possível prever e prevenir tentativas de suicídio entre pessoas idosas, com sintomas depressivos, que tentam se matar e têm ideações suicidas, na medida em que se atua nos fatores desencadeantes de tais comportamentos. Embora sempre se reconheça que existe o envolvimento da vontade e dos desejos do sujeito em extremo sofrimento quando comete tais atos.

Verificou-se que as tentativas costumam ser tratadas em sobreposição aos estudos do suicídio, tanto nas investigações epidemiológicas como nas qualitativas⁹. Nesses casos, as interpretações são abordadas a partir das autópsias psicológicas, embasadas em relatos familiares e laudos, e não na fala da pessoa em risco. Na referida revisão⁹ foi encontrada uma predominância de investigações epidemiológicas (94,7%), com base em dados secundários, provenientes de arquivos de serviços de saúde; estatísticas populacionais; resultados de *surveys*, de testes psicológicos e de análises neuropatológicas. Nesses casos, as investigações tendem a não levar em conta nem o contexto nem os sujeitos. Já os estudos com base em pesquisas qualitativas encontradas na literatura apresentam séries teóricas, no uso da metodologia e nas análises. Lester e Thomas¹⁰, já nos anos 1990, ressaltaram a tendência hegemônica dos estudos por questionários estandardizados a

partir de dados secundários, e fizeram recomendações de que se examinassem *in loco* as relações interacionais e os estilos de vida envolvidos no comportamento suicida.

Na presente abordagem, se sublinha a importância de combinar evidências clinicossociais e dados epidemiológicos com argumentos das próprias pessoas idosas sobre sua trajetória existencial e sobre suas razões para desistirem de viver.

Método

Desenvolveu-se uma investigação qualitativa de base hermenêutica-dialética¹¹, portanto, compreensiva, que leva em conta opiniões, crenças, representações e as contradições internas dessas expressões culturais. A matéria-prima deste tipo de pesquisa é composta pelas seguintes categorias filosóficas e sociológicas: a *experiência*, aprendizagem a partir das ações e do lugar que a pessoa ocupa no mundo; a *vivência*, produto da reflexão pessoal sobre a experiência¹²; o *senso comum*, formado por opiniões, valores, crenças e modos de pensar, sentir, relacionar e agir, extraídos de experiências e vivências e traduzidos em linguagens, atitudes e conduta¹³; e *ação social*, que consiste no exercício comum, e ao mesmo tempo contraditório, de indivíduos, grupos e instituições para construir suas vidas, suas histórias e suas instituições¹⁴.

Do ponto de vista teórico, o estudo se baseou na visão de Shneidman¹⁵, que descreveu os vários graus de perturbação por meio dos quais a pessoa se torna inimiga do próprio self; na perspectiva psicossociológica proposta por Bertaux¹⁶, que aprofunda a relação entre biografia e vida em sociedade; na clássica visão de Durkheim¹⁷, que define o suicídio como um evento em que os fatores pessoais e psicológicos se presentificam em contextos sociais específicos; e nas recomendações de Lester e Thomas¹⁰, que sugerem o uso de estudos que estabeleçam nexos entre contexto, aspectos sociais e subjetividade.

O método de análise hermenêutico-dialético, aqui usado, leva o pesquisador a buscar *compreender*, colocar-se no lugar do outro, considerando sua história e singularidade; *interpretar* as falas buscando seu significado dentro do contexto, em diálogo com o avanço do conhecimento na matéria; *dialetrizar*, ou seja, contrastar e criticar as narrativas e as biografias banhadas no tempo histórico, cenário do protagonismo do sujeito que enfrenta as tensões e contradições subjetivas, sociais e culturais¹¹. Esse método foi utilizado tanto

para abordagem empírica como para análise do material recolhido no campo, inclusive na observação participante.

Crítérios de avaliação empregados para a adequação dos instrumentos – Seguiu-se o pensamento de Golafshani¹⁸, segundo o qual, ao invés de se buscar a validade e a confiabilidade nos termos usados em estudos quantitativos, focalizou-se a *adequação, a qualidade e a credibilidade* do instrumento e do método, tanto quanto aos conteúdos como aos procedimentos, visando à sua replicabilidade. Os critérios de *credibilidade e qualidade* foram observados na elaboração dos roteiros tendo como base uma revisão ampla da literatura, cujos pontos significativos foram transformados em itens dos roteiros. Já o critério de *adequação* foi trabalhado no processo de construção do roteiro e se aprofundou com a discussão da pertinência e da sensibilidade das questões para guiar a conversa com a pessoa idosa, o que foi feito por meio de um grupo de discussão *online* durante todo o trabalho de campo; e ao final dos trabalhos, quando se procedeu a uma crítica mais sistemática do que havia dado certo ou não, o que era redundante ou em excesso e o que seria preciso acrescentar.

Instrumentos operacionais – O instrumento principal de pesquisa foi o roteiro de entrevista cuja elaboração obedeceu à necessidade de orientar pesquisadores de vários locais no seu trabalho de campo e análise do material. Três fontes inspiraram sua elaboração: um guia internacional, o *Guidelines for Suicidality*¹⁹, desenvolvido pelo *Suicide Risk Advisory Committee of the Risk Management Foundation of the Harvard Medical Institution*; o trabalho de Sampaio²⁰, que apresenta visão integrada do fenômeno do suicídio; e as contribuições de Shneidman²¹⁻²³. Na verdade, Shneidman^{22,23} não sistematizou nenhum roteiro de entrevista, apenas apresentou categorias norteadoras do estudo, pois buscou sempre a pluralidade e a ampliação de visão sobre o fenômeno.

Procedimentos

Foi construído um manual contendo todos os procedimentos previstos e consensualizados pelo grupo de pesquisa para a preparação do estudo, o trabalho de campo e a análise dos dados. Nele são descritos: (1) os instrumentos testados e avaliados para realização das *entrevistas* com pessoas idosas e, quando necessário, com profissionais que atuam na atenção à saúde do idoso ou com familiares cuidadores; (2) as estratégias para *estudos dos casos*; e (3) a forma de *organização*,

padronização, socialização e crítica dos dados provenientes dos materiais de campo, situando especificidades individuais, sociais, locais e regionais relacionadas à pessoa idosa, tendo como guia o *método hermenêutico-dialético*.

Avaliação qualitativa do manual que contém os roteiros e os procedimentos – A tarefa de elaboração do manual se realizou dentro de uma oficina de capacitação para todos os pesquisadores que, a seguir, participaram do uso, da crítica e da avaliação dos instrumentos e dos procedimentos de análise. Esse mesmo grupo seminal replicou o treinamento para suas equipes locais de pesquisa de campo^{2,5,6}. Ao término da investigação, os pesquisadores seniores, responsáveis pelos trabalhos nas localidades (nas cinco regiões do Brasil e de dois países da América Latina), fizeram uma releitura do manual e uma crítica dos instrumentos e propostas de análise.

Foram realizadas 60 entrevistas com pessoas idosas e 28 com profissionais de saúde em treze municípios brasileiros (88 ao todo), quatro com idosos em Montevideu, e três em Bogotá. Nessa última cidade também foram ouvidos seis profissionais de saúde. No total, foram 101 pessoas entrevistadas.

A rede de pesquisa contou com 53 pessoas no Brasil, quatro no Uruguai e nove na Colômbia. Dez pesquisadores brasileiros e dois estrangeiros atuaram na coordenação local dos trabalhos. A coordenação geral foi feita por duas estudiosas brasileiras. As equipes que participaram da investigação são multidisciplinares, contando com profissionais de saúde pública, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, médicos, antropólogos e sociólogos, que atuam em núcleos de pesquisa ou trabalham em instituições como hospitais, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMI), ou ainda estão inseridos na gestão de hospitais, unidades de atenção à saúde e centros de vigilância epidemiológica, além de estudantes de mestrado e doutorado.

Acesso aos casos – Houve grande dificuldade de se encontrar e acessar casos de tentativas e ideação suicida de idosos, por parte de todas as equipes. Por isso, foi necessário contatar um número três a seis vezes maior de pessoas para se obter a amostra pretendida de pelo menos cinco pessoas por localidade. O tema do comportamento suicida constitui um tabu e estigmatiza a pessoa e suas famílias, por isso, há um movimento sutil no âmbito doméstico e nos serviços para ocultar em lugar de colocar luz sobre o acontecido. Muitos idosos tiveram dificuldade e vergonha de falar so-

bre o assunto. Chamou atenção a elevada subnotificação das tentativas e mais ainda das ideações, dentre os motivos detectados em campo, porque os próprios profissionais e serviços de saúde tendem a dar pouca relevância aos casos, mantendo os registros desorganizados e incompletos. O mais exitoso nesta experiência foi acionar as redes de contatos profissionais que atuam em hospitais, centros de atenção a idosos (CAPS e CAIMI), na Estratégia de Saúde da Família (ESF), em Instituições de Longa Permanência (ILPI) e nos Centro de Vigilância em Saúde. Pessoas específicas desses serviços ajudaram a garimpar as fichas de atendimento em que o comportamento suicida era mencionado, sobretudo, nos casos recentes. Destaca-se a colaboração de agentes comunitários de saúde que sabiam dos eventos e foram facilitadores fundamentais para acesso aos casos.

Organização dos dados em estudos de caso – As entrevistas, sua sistematização e pré-análise ocorreram em duplas de pesquisadores e o trabalho de campo gerou dados que foram ordenados, padronizados e 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 culminaram no comportamento suicida.

Sistematização das análises locais e do conjunto das entrevistas – Após o trabalho de campo, realizou-se uma segunda oficina de trabalho visando à crítica individual e coletiva dos achados de campo e do roteiro utilizado para orientar os pesquisadores. A correção dos instrumentos e dos procedimentos foi processual e sedimentada por meio da interação do conjunto dos pesquisadores que fizeram uma revisão contextualizada dos instrumentos, das propostas de mudanças nos roteiros e de suas formas de aplicação. Foi realizado também um balanço sobre o processo de seleção de casos e das estratégias utilizadas na organização e análise de dados. Por fim, os coordenadores apresentaram os passos de uma análise de conjunto que incluía todo o material de campo e as pré-análises realizadas localmente, com base na frequência de dados relevantes e hierarquia de variáveis⁶.

Resultados

Para a entrevista, quatro instrumentos foram utilizados: (1) *Ficha de identificação* da pessoa idosa que tentou suicídio ou é acometida de pensamentos de morte; (2) *Roteiro de entrevista*

contendo 56 questões simples e compostas sobre caracterização social; biografia e modo de vida da pessoa idosa; descrição das tentativas e ideias, do estado mental do idoso e das circunstâncias de risco; visão da pessoa acerca de seu pensamento ou comportamento suicida e das repercussões sobre sua família; e acesso a algum tipo de apoio frente ao evento crítico; (3) *Entrevista complementar com familiar*, com seis perguntas, – caso fosse necessário contatá-lo, uma vez que o foco da pesquisa foi a conversa com a pessoa idosa – para compreender pontos obscuros da entrevista do idoso; (4) *Roteiro de entrevista com profissionais que atuam no cuidado e atendimento à pessoa idosa*, com oito perguntas, – também caso o pes-

quisador julgasse necessário – buscando compreender como eles e as instituições onde trabalham lidam com o risco de morte autoinfligida.

Ficha de identificação – Nesta ficha recolhem-se dados de caracterização da pessoa idosa de forma circunstanciada e de sua família. Sobre esse momento é preciso ressaltar a necessidade de se manter sigilo dos nomes das pessoas citadas e também, de se recolherem as assinaturas do Termo de Consentimento dos entrevistados, quanto à sua aquiescência em prestar informações. A ficha de identificação (Quadro 1) é complementar ao instrumento para entrevista (Quadro 2) e há dados que devem ser preenchidos ao final, como informações sobre tentativas e ideias.

Quadro 1. Ficha de Identificação.

Nome:		
Data de Nascimento:	Idade:	Sexo:
Estado Civil:	Naturalidade:	Etnia:
Raça:	Grau de Instrução:	Profissão:
Renda do idoso:	Renda familiar:	Religião:
Reside com (família, sozinho, em ILPI, ou outros):		
Endereço:		
Ocupação atual:		
Família constituída		
Cônjuge (atual):		Idade:
Grau de instrução:		Profissão:
Filhos (idade):		
Grau de instrução:		Profissão:
Outras uniões, casamentos e filhos:		
Preencher ao final		
Tentativa de Suicídio*		
Quantidade e letalidade:		
Meio(s) utilizado(s):		
Gravidade:		
Local:		Data:
		Hora:
Ideações*		
Frequência e Intensidade:		
Meio(s) pensado(s):		
Plano suicida:		Gravidade:
Observações relevantes:		
Algum familiar respondeu à entrevista?		
[] Sim [] Não		Parentesco:
		Idade:

*As informações devem ser sobre todas as tentativas e as ideias.

Quadro 2. Roteiro de entrevista para estudo das tentativas e ideias.

Primeira parte – perfil pessoal e socioeconômico
<p>I) Contato Inicial</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Esclarecer sobre a pesquisa, assegurar o consentimento esclarecido para a entrevista, criar um clima de empatia e assegurar sigilo da identidade pessoal e familiar; 2. Leitura e esclarecimento sobre o Termo de Consentimento para a entrevista; 2. Preenchimento dos dados de identificação; 4. Público-alvo: pessoa acima de 60 anos. <p>II) Caracterização Social</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Falar da profissão que exerceu ou ainda exerce e de sua importância para a pessoa. 2. Falar sobre as atividades que desenvolve atualmente. Sua opinião sobre elas. 3. Renda e fontes de rendimento familiar. Se com seu ordenado, a pessoa ajuda sua família e seus filhos. Ou se a pessoa não tem rendimentos e é sustentada pela família. 4. Se a casa em que a pessoa mora é sua. 5. Se a casa é sua, a pessoa continua a ocupar nela o mesmo espaço de sempre. Ou se foi colocada em outro cômodo para deixar espaço para os filhos. Se gosta do lugar que ocupa na casa. 6. Se estiver na casa de algum parente, como a pessoa se sente: acolhida? isolada? participante? sem função? <p>III) Modo de conduzir a vida</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Como a pessoa ocupa seu tempo: se cuida de casa; se toma conta de netos; se visita amigos; se participa de atividades associativas. 2. Como a pessoa vem se sentindo nos últimos tempos em relação à aposentadoria, ao envelhecimento, à saúde. 3. Como a pessoa reage a situações difíceis. O que mais a chateia. 4. Se a pessoa se sente triste com frequência, isolado, inútil e sem função na família ou onde vive. 5. Se a pessoa se sente deprimida; se toma remédio para depressão; se passa por atendimento psicológico. 6. Se a pessoa sofre alguma doença que a preocupa; se tem alguma deficiência; se sente muitas dores; se tem doença dos nervos. 7. Se a pessoa sofre problemas de relacionamento com seus familiares; ou com seus amigos. 8. Se a pessoa tem alguém da família que lhe dispensa maior cuidado e carinho. Quem é esse familiar. Por que o considera importante neste momento da vida. 9. Quando a pessoa precisa, em quem encontra apoio. 10. Se a pessoa tem um cuidador profissional. 11. Se a pessoa já lidou com situações de perdas que o afetaram muito: filhos, cônjuge, irmãos, amigos, emprego, patrimônio. 12. Se a pessoa sofreu situações de violência durante a vida, no trabalho ou depois que envelheceu. Levar em conta violência verbal, psicológica, física, sexual, patrimonial. 13. Se a pessoa é religiosa praticante. Se ela participa de algum grupo religioso. Se isso a ajuda a levar melhor as dificuldades da vida.

continua

Roteiro de Entrevista – Inicialmente deve-se ressaltar que o seguinte roteiro – dividido em duas partes - não foi concebido como um questionário, mas como uma listagem de temas importantes para serem aprofundados na interlocução com os entrevistados. Na primeira, se situa o perfil pessoal e socioeconômico e se detalham dados sobre as condições de vida da pessoa idosa, em seu contexto biográfico. Na segunda, abordam-se as circunstâncias das tentativas e das ideias, os fatores precipitantes e o impacto na saúde do

idoso e na família. A organização do instrumento em etapas de complexidade crescente propiciou uma aproximação gradual do acontecimento crítico, numa contextualização biográfica que ancora o sujeito em sua história. A orientação foi que a abordagem ao idoso ocorresse em forma de uma conversa fluida e informal, em clima de empatia e de cuidado com sua fragilidade. Portanto, recomendou-se o uso *flexível do roteiro*, aberto à inclusão de tópicos e assuntos trazidos pelos interlocutores, adequação das questões à

Quadro 2. continuação

Segunda parte – Atmosfera e impacto da tentativa e ideação
<p>IV) Avaliação da Atmosfera da Tentativa de Suicídio</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Como a pessoa descreve sua tentativa de suicídio. Se ela pensava muito nisso antes. 2. Como a pessoa conta os motivos que tinha para tentar se matar. 3. Se a pessoa planejou a tentativa. Se avisou alguém sobre sua intenção. 4. Onde (local) e quando ocorreu a tentativa de suicídio (data, dia da semana e hora). 5. Se a pessoa se lembra do tempo decorrido entre a tentativa e o atendimento que recebeu de alguém. Quem a encontrou e em que circunstâncias. 6. Se a pessoa foi levada para o Pronto-socorro. Quem a acompanhou. 7. Como a pessoa avalia (se gostou ou não) o atendimento recebido no hospital ou em outros serviços de saúde. 8. Se a pessoa já havia tentado suicídio outras vezes. Pedir que conte como foi. 9. Se a pessoa já teve familiares e vizinhos que se suicidaram ou que já tentaram se matar. Caso a resposta seja positiva, se isso a havia impressionado. <p>V) Avaliação da ideação suicida</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se a pessoa teve ideias, pensamentos ou vontade de tirar a própria vida. 2. Se as ideias são frequentes. Se a pessoa pensa muito sobre isso. 3. Se a pessoa já pensou em como faria para se matar. 4. Que motivos a pessoa alega para pensar em suicídio. 5. Se a pessoa já conversou com alguém sobre as ideações de morte que tem. 6. Se a pessoa julga que precisa de apoio para afastar tais pensamentos. 7. Se a pessoa é acompanhada por algum serviço de saúde. <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>Nota sobre como avaliar o momento da Tentativa de Suicídio²⁴</p> <p>(1º) Crise suicidária aguda (período de alta letalidade) - intervalo de curta duração, em algumas horas ou dias, com descarga rápida de emoção e ataque autodestrutivo;</p> <p>(2º) Ambivalência está presente em maior ou menor grau. De certa forma as pessoas que tentam o suicídio querem e não querem morrer;</p> <p>(3º) A existência de um aspecto relacional, ou seja, de um elemento significativo que transforma o gesto autodestrutivo num comportamento e numa comunicação</p> <p>(4º) Avaliação especializada do ponto de vista médico – saber se foi grave ou não</p> <p>Verificar os seguintes indicadores: a gravidade da tentativa de suicídio, a letalidade do método empregado e sua visibilidade e a proximidade de fontes de ajuda.</p> <p>Critérios de alta gravidade: métodos violentos; tentativa feita pela pessoa quando estava sozinha; ameaças prévias de suicídio; premeditação. Idosos do sexo masculino são mais vulneráveis.</p> <p>Avaliação da intenção suicida: (a) inexistente: sem ideação ou planos; (b) leve: ideação sem plano específico; (c) moderada: ideação com plano para se matar; (d) severa: ideação frequente e intensa, com plano letal e com meios disponíveis; (e) extremo: clara intenção de cometer suicídio com frequente busca de oportunidade; presença de muitos fatores de risco²⁴.</p> </div>

continua

linguagem deles e priorização da sequência espontânea da conversa. No entanto, foi recomendado que os oito tópicos centrais do roteiro fossem aprofundados por todos os pesquisadores, seja porque contêm o conjunto de pressupostos baseados na bibliografia estudada sobre o tema em pauta, seja para permitir comparabilidade de todos os documentos provenientes do trabalho de campo. Foi dada especial atenção também ao tempo despendido nas entrevistas para que não

houvesse o esgotamento emocional dos entrevistados. Houve uma recomendação aos pesquisadores para valorizarem e preservarem na íntegra a fala da pessoa idosa. Por todos os pontos aqui assinalados, recomenda-se a quem for replicar este instrumento que não o faça sem treinamento prévio²⁴ (Quadro 2).

Roteiro de entrevista com a família – O roteiro de entrevista complementar orienta uma conversa com o familiar – principalmente com

Quadro 2. continuação

Segunda parte – Atmosfera e impacto da tentativa e ideação
<p>VI) Estado mental que antecedeu a tentativa de suicídio (se puder responder)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Como a pessoa se sentia mentalmente antes da tentativa de suicídio. 2. Se a pessoa alimentava sentimentos de culpa, tristeza ou desespero. 3. Se a pessoa se sentia deprimida, inquieta ou agitada. 4. Se a pessoa se sentia confusa ou se seus pensamentos pareciam alterados. 5. Se a pessoa ouvia vozes ou se considera que teve visões. 6. Se a pessoa recebeu atendimento para sua situação por parte de algum órgão comunitário, de saúde ou religioso. Em caso positivo, por quanto tempo e que recomendações lhe foram feitas. 7. Se a pessoa já foi atendida por psiquiatra ou psicólogo. Em caso positivo, por quanto tempo e que recomendações lhe foram dadas. 8. Se a pessoa usa alguma medicação. Em caso positivo, quantas e quais (anotar). 9. Se a pessoa já foi atendida pelo CAPS de seu município. E se gostou ou não do atendimento. <p>VII) Impacto na Saúde e na Família</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se a pessoa considera que a tentativa de suicídio trouxe consequências para sua saúde: física, orgânica, psicológica, funcional ou social. 2. Como a pessoa considera a reação da família à sua tentativa de dar cabo à vida. No caso de haver alguém que especificamente cuidava dela, como a pessoa avalia sua reação ao ato. 3. Se pessoa julga que houve algum tipo de conflito entre as pessoas da sua família por causa de sua tentativa de se matar. E também, se houve alguma mudança no modo dos familiares a tratarem após o ato. 4. Se a pessoa tem recebido algum apoio ou cuidado da família, depois da tentativa. 5. Se a pessoa considera que sua família precisa ser ajudada para lidar com os problemas que a levaram ao suicídio. Em caso positivo, provocar uma fala de como deveria ser essa ajuda. <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Verificar os seguintes indicadores, da interação da pessoa idosa na família:</p> <p>Os tipos de comunicação: aberta com crítica, subentendida, velada e com segredos, insuficiente, ou com dupla mensagem;</p> <p>As fronteiras entre as pessoas: misturadas, delimitadas com rigidez ou flexíveis.</p> <p>Os tipos de funcionamento familiar: fusionado, unido, separado, conflituoso ou fusionado-conflituoso;</p> <p>Estabelecimento de regras e limites: a explicitação ou não de regras, rigidez ou flexibilidade diante de mudanças e a capacidade das pessoas do grupo familiar se adaptarem a novos desafios da vida.</p> </div> <p>VIII) Superação das Tentativas ou Ideações</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se a pessoa considera ter superado os pensamentos de tirar a própria vida. 2. Caso tenha superado, a que a pessoa atribui esse movimento positivo em sua vida. 3. Caso não tenha superado, como considera que pode ser ajudada. 4. Se a pessoa avalia se a família a auxilia no processo de superação. 5. Se depois da tentativa, a pessoa passou a receber apoio profissional para lidar com o problema. 6. No momento atual, o que a pessoa considera mais importante em sua vida. E se ela se esforça para alcançar o que deseja. 7. Se a pessoa, neste momento, gostaria de mudar alguma coisa em seu modo de vida. 8. Como a pessoa enxerga seu futuro e atua para realizá-lo.

o cuidador, sobre os acontecimentos críticos que conduziram o idoso a tentar o suicídio: questões sociais, econômicas, familiares, relacionais, pessoais, de saúde física, mental ou negligências (Quadro 3).

Roteiro de entrevista com profissionais - Este instrumento norteia as conversas dos pesquisadores com os profissionais sobre seu conhe-

cimento da existência de tentativas e ideias entre os idosos e seus motivos; sobre como as instituições de saúde, de assistência ou de segurança pública lidam com o problema; e sobre o que pensam que poderia ser feito para prevenir sofrimentos extremos ligados ao risco de suicídio (Quadro 4).

Quadro 3. Entrevista complementar com familiar.

Nome: _____ Idade: _____
 Vínculo familiar: _____

1. Se o familiar percebeu que a pessoa idosa apresentava ou continua a apresentar ideias de dar cabo à vida.
2. Se o familiar percebeu que o idoso está ou estava vivenciando este problema.
3. Como o familiar descreve o cotidiano da pessoa idosa do ponto de vista pessoal, relacional, familiar, social, econômico e de saúde física e saúde mental.
4. Se o familiar considera que a pessoa tem motivos para cometer para pensar ou tentar se matar.
5. Se o entrevistado considera que a família está sabendo lidar com as ideias e a intenção de morrer da pessoa idosa.
6. Se o entrevistado avalia que o idoso ou a própria família precisam de alguma ajuda para lidar melhor com esses acontecimentos.

Quadro 4. Roteiro de Entrevista com Profissionais.

Nome: _____ Idade: _____ Escolaridade: _____
 Profissão: _____ Função: _____ Tempo de trabalho: _____
 Experiência com idosos: _____ Tempo de formado: _____

1. A que o profissional atribui o fato de pessoas idosas tentarem suicídio, a partir de sua experiência.
2. Como o profissional identifica ocorrência de ideias e tentativas de suicídio entre idosos que atende.
3. Que conduta o profissional adota frente a uma pessoa idosa que tentou suicídio ou tem ideias intensas e persistentes. E se recorre a alguma instituição.
4. Que dificuldades existem para um profissional detectar, avaliar e encaminhar casos de pessoas em risco de suicídio.
5. Se o profissional considera que as redes de serviço de assistência social, de segurança ou de saúde pública (AT, CAPS, ESF, CREAS, CRAS, DP) estão preparadas para atender os idosos em situação de risco de suicídio. Em caso negativo, descrever os principais problemas.
6. O que o profissional considera que pode ser feito para prevenir os sofrimentos extremos que levam pessoas idosas a quererem tirar sua vida. Se os serviços poderiam fazer mais e como.
7. Se o profissional conhece algum manual de orientação aos profissionais para atender às pessoas em risco de suicídio. Caso conheça, se os utiliza.
8. Se o profissional conhece o manual da OMS, SUPRE-MISS que orienta os profissionais para atender às pessoas em risco de suicídio.

Organização dos casos e sua contextualização

Uma análise conjunta dos dados de campo foi descrita em outros estudos^{6,7}. 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 e das entrevistas. O Quadro 5 mostra o *Roteiro de organização dos casos* com três formas de ordenamento: (1) informações que identificam o caso e caracterizam a tentativa e a ideação, detalhando as circunstâncias associadas ao evento, inclusi-

ve, os dados sociodemográficos do entrevistado; (2) Dados que contextualizam as tentativas e a ideações na história individual: caracterização pessoal e social do idoso, informações biográficas, estado mental, motivações e fatos relevantes, fatores precipitantes ou estressores e efeitos do comportamento suicida na família; (3) Visão dos profissionais sobre os sinais, a gravidade e as causas da tentativa e ideação, dificuldades para detectar, avaliar, encaminhar e prevenir os casos de risco na rede de atenção (Quadro 5).

Roteiro de organização dos dados socioantropológicos – Este instrumento visa ordenar dados de contextualização socioantropológica. Reúne

informações sobre as características urbanas ou rurais das diferentes regiões estudadas, situando as etnias dos participantes, as condições sociais e econômicas, a existência ou não de vida social ativa na comunidade, de lazer, de sociabilidade e de equipamentos sociais e de saúde específicos para a pessoa idosa (Quadro 6).

O uso do método hermenêutico dialético no estudo da tentativa de suicídio e ideação

O processo compreensivo das tentativas ou de ideações suicidas em idosos se iniciou com uma pré-análise aprofundada de cada caso. No estudo citado^{1,2}, os pesquisadores reorganizaram o material: (1) descrição compreensiva de cada

episódio segundo dados históricos e de contexto, fatores de risco e protetores, fatos relevantes, motivações ou intenções suicidas; (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 das tentativas e das ideações e seu impacto na família segundo meios empregados, condições em que o idoso foi encontrado, efeitos na ou da saúde física e mental; (4) reflexões sobre razões para as tentativas e ideações extraídas das pistas discursivas e comportamentais e elaboração de hipóteses sobre o caso. O propósito dessa etapa foi ressaltar os fatores mais relevantes do ponto de vista da pessoa idosa e concatená-los de forma circunstanciada e, ao mesmo tempo, observar as contradições entre suas falas e comportamento.

A pré-análise dos casos individuais foi seguida pela criação de uma logística para disponibilizar todo o material num banco de dados comum e acessível aos pesquisadores responsáveis pela elaboração final, visando construir uma *análise qualitativa ao mesmo tempo singular, local e comparada*.

As duas oficinas de pesquisa, já descritas, foram fundamentais para assegurar um trabalho cooperativo e dentro de parâmetros comuns. Enquanto a primeira produziu uma melhoria inicial nos instrumentos, definiu o campo e acordou os cuidados e procedimentos para a coleta de dados,

Quadro 5. Roteiro de organização dos estudos de caso.

<p style="text-align: center;">I) Dados de identificação do caso de tentativa ou ideação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Critério de escolha do caso • Dados do entrevistado • Dados da pessoa sobre a tentativa e ideações de suicídio. • Meios utilizados e circunstâncias da tentativa (relato do idoso e laudo médico)
<p style="text-align: center;">II) Estudos dos casos individuais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descrição pessoal, social e familiar (caracterização social). • Biografia da pessoa que tentou o suicídio (autorretrato e modo de vida). • Estado mental que antecedeu a tentativa (risco psiquiátrico e psicossocial). • Avaliação da atmosfera das tentativas e ideações (circunstâncias antes e depois do ato). • Impacto do evento na família (imagem do ato, reações e impressões). • Síntese ou comentários finais (pontos relevantes devem ser destacados).
<p style="text-align: center;">III) Visão dos profissionais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificação de sinais e causas atribuídas a tentativas e ideações entre os idosos. • Avaliação da gravidade do quadro e formas de encaminhá-lo. • Dificuldades para detectar, avaliar e encaminhar casos com risco de suicídio. • Limites e possibilidades da rede de atenção na área da saúde. • Prevenção dos sofrimentos extremos e do comportamento suicida entre pessoas idosas. • Sugestões para melhorar as estratégias de prevenção ao suicídio e ao cuidado ao idoso.

Quadro 6. Roteiro de organização dos dados socioantropológicos.

<ol style="list-style-type: none"> 1. Principais características do município: urbano ou rural. 2. Qual a formação social do município e origem da população. 3. Como o município atualmente se organiza econômica, social e culturalmente. 4. Como é a vida da população em termos serviços de saúde, educação e segurança. 5. Existência ou não de equipamentos sociais para a população: clubes, agremiações religiosas, atividades comunitárias, de lazer, de cultura e turísticas. 6. Características da população idosa da região, sobretudo que serviços lhe estão disponíveis: de Saúde, Centros de Convivência, Centros de Valorização da Vida, CAPS e outros. 7. Síntese da situação e das condições de vida e cuidados dos idosos da localidade.
--

a segunda propiciou a leitura compartilhada dos casos coletados. Na primeira estiveram presentes os pesquisadores que atuaram na coordenação local e geral, enquanto a segunda foi ampliada e reuniu também uma parcela representativa das equipes locais, (23 pesquisadores) durante dois dias intensos de trabalho, definindo melhorias na organização final dos dados e estabelecendo consenso sobre as categorias de relevância que deveriam ser analisadas mais detidamente.

Dez categorias de análise destacaram-se do material: (1) fatores associados às tentativas e ideações em idosos; (2) diagnóstico e manejo de medicamentos; (3) peso das doenças crônicas e das dependências; (4) relações sociofamiliares que se associam ao comportamento suicida; (5) vivências subjetivas e sociais associadas com tentativas e ideações; (6) risco de suicídio e religiosidade; (7) tentativas e ideações como forma de “chamar atenção”; (8) vivências diferenciadas de homens e mulheres; (9) processos de superação; (10) serviços e rede de atenção aos idosos em risco de suicídio.

Os dados foram trabalhados nos respectivos países de origem, Brasil, Uruguai e Colômbia, sendo compartilhada a metodologia e a produção de artigos. No Brasil, o banco de dados disponibilizado para toda a equipe foi ordenado em seis compartimentos: fichas de identificação de idosos; entrevistas com idosos; entrevistas com profissionais; dados socioantropológicos; categorias analíticas e pré-análise dos casos. A padronização das categorias analíticas foi organizada em núcleos de sentido formados por ideias associadas e falas significativas.

Ao rever os instrumentos no final da pesquisa, alguns pesquisadores sugeriram que nas oficinas de preparação se incluam pelo menos dois integrantes de cada equipe local. E que seja organizado um terceiro seminário no encerramento da investigação, para socialização do conhecimento produzido.

Por fim, é importante destacar que a equipe que realizou a pesquisa tem familiaridade no uso do método qualitativo para estudos do comportamento suicida em idosos, pois há cinco anos que vem trabalhando junto. Para os que forem aplicar os instrumentos, vale lembrar que os investigadores desse tema precisam ser pessoas com maturidade pessoal e profissional, tendo em vista o trato com um grupo de extrema vulnerabilidade física, emocional, médica, social e ambiental.

Discussão

Uma vez que os instrumentos foram apresentados no formato final, serão discutidos pontos que nortearam o seu aperfeiçoamento e utilização, tendo em vista o necessário cuidado com sua lógica e com sua coerência interna, visando apontar recomendações para o seu uso por outros pesquisadores.

Foram pontos importantes para assegurar a qualidade do trabalho: (1) a oficina de capacitação realizada ao início 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 consensual os procedimentos; (2) o acesso de todos os investigadores à literatura que fundamentou os pressupostos e as hipóteses da pesquisa; (3) a oficina realizada após a execução do trabalho de campo e do processo de pré-análise, em que se socializaram as temáticas e evidências de cada entrevista; e (4) uma reflexão coletiva que estabeleceu, em consenso, as relevâncias apontadas pelo trabalho de campo.

A equipe se ampliou dentro e fora do Brasil e isso permitiu a difusão da metodologia em mais dois países da América Latina. Foi feita uma capacitação *in loco* para o grupo de Bogotá e uma orientação do grupo de Montevidéu, pela coordenação geral. As equipes brasileiras locais tiveram como ponto de partida a socialização e discussão do Manual de Pesquisa. Algumas procederam de modo sistemático, reproduzindo a oficina realizada com os pesquisadores seniores; outras trabalharam os instrumentos por meio de dramatização e simulação em forma de *role playing*, para familiarizar a equipe com a situação de entrevista. Nesse particular, o foco foi o lugar do entrevistado e do entrevistador na interação, o desenvolvimento de sentimentos de empatia e acolhimento e a postura de evitar julgamento frente à narrativa do interlocutor.

A maioria das equipes de pesquisa teve que submeter o projeto aos Comitês de Ética em Pesquisa em suas localidades, mesmo que a pesquisa tivesse sido aprovada pelo Comitê da Fundação Oswaldo Cruz onde se situava a coordenação da investigação. A demora no encaminhamento e na autorização desses Comitês dificultou ou inviabilizou o estudo em certas áreas. Após terem todo o processo aprovado, equipes do Brasil tentaram acessar hospitais, rede de serviços e de atenção ao idoso. Muitas vezes não obtiveram êxito, com ale-

gação de que não havia registro de tentativas em suas unidades, o que mais uma vez evidenciou tabu que recobre o tratamento do tema. As redes de relações profissionais e as conversas informais nas universidades e nas comunidades foram as estratégias que mais ajudaram a chegar aos casos: nos serviços, nas Instituições de Longa Permanência, nos Centros de Atenção Psicossocial e na Estratégia de Saúde da Família. No entanto, mesmo equipes que tiveram menos dificuldades se surpreenderam com as barreiras para acesso aos casos. Foram necessários vários contatos e a presença física do pesquisador para que se estabelecesse um elo de confiança tanto com os profissionais como com os familiares. Muitos desses últimos não autorizam a entrevista com a pessoa idosa. Também não foi fácil localizar telefones e endereços e algumas entrevistas realizadas nas residências só aconteceram depois de muitas idas e vindas dos investigadores. A equipe do Uruguai fez o estudo com pacientes institucionalizados, e a da Colômbia trabalhou em clínicas psiquiátricas. Nos dois casos, foram os contatos pessoais com profissionais que propiciaram a entrada em campo.

Um primeiro contato informal mostrou-se a melhor estratégia para ganhar confiança dos familiares e dos idosos, na preparação da entrevista. Uma boa maneira de comunicar o objetivo da pesquisa ao idoso foi dizer-lhe que se pretendia conversar com ele sobre *sua história de vida e seus adoecimentos e sofrimentos*. Os pesquisadores foram orientados a tratar a entrevista como um momento em que a pessoa idosa pudesse expressar suas angústias e se sentir escutada e, também, a respeitar seus momentos de choro e de silêncio. Sabe-se que uma conversa sobre um tema tão delicado mobiliza uma gama de sentimentos profundos. Nos casos de elevado risco e tentativas recorrentes, a entrevista não produz alívio. Os pesquisadores foram então orientados a buscar ajuda, encaminhando as pessoas para os serviços de saúde, particularmente os de assistência psicológica e psiquiátrica. Recomendou-se também que os entrevistadores fizessem uma ligação telefônica ou mesmo uma visita, dias após o encontro com a pessoa idosa, para obterem um *feedback* sobre a conversa que tiveram e os encaminhamentos que foram dados.

Um dos problemas da operacionalização da entrevista ocorreu nos casos em que o familiar tentou permanecer junto à pessoa idosa e se posicionar como seu porta-voz, dificultando a conversa com ele. Houve um empenho muito grande de ouvi-la sozinha, pois o propósito era escutar

suas razões sobre as tentativas e ideações. Nos casos em que esses se pronunciavam antes ou depois da entrevista, recomendou-se aos entrevistadores que estivessem atentos a interferências cruzadas, expressões faciais de desagrado e comentários que geralmente emitem sinais de conflitos no ambiente doméstico. Porém, em alguns casos, depois da interação com a pessoa idosa, mostrou-se bastante esclarecedor conversar com um familiar, para melhor compreensão da narrativa dela. Esse procedimento foi feito apenas excepcionalmente.

Dentre as principais dificuldades que apareceram na aplicação dos instrumentos citam-se: os tabus e os não ditos que envolvem o fenômeno da tentativa e das ideações, e 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 aos idosos por parte de órgãos públicos e de assistência; censuras ao comportamento da pessoa idosa por parte de seus parentes próximos.

A partir da experiência de campo, várias mudanças foram efetuadas nos instrumentos de pesquisa. À ficha de identificação foi acrescentada a categoria raça/etnia. Dados sobre profissão, renda e grau de instrução de familiares e dos idosos, anteriormente no Quadro 2, foram transportados para essa ficha. Nela, foi solicitado especificar com quem o idoso residia. Além disso, dados de ideação (frequência, intensidade, meios pensados, plano suicida e gravidade) foram incluídos igualmente nos Quadros 1 e 2. Ao roteiro de entrevista foram acrescentados o quinto item sobre ideação e o oitavo sobre superação, cada um com sete perguntas. Uma mudança pontual na ordem de perguntas foi inserida para melhor encadeamento das interlocuções.

Não houve sugestão para modificação da listagem de temas do roteiro, mas ressaltou-se que as questões, transformadas em assuntos de conversa, fossem tratadas de forma simples e adequadas à linguagem do idoso, a sua capacidade de entendimento e a seu nível de instrução. Um ponto importante a ser destacado é que, em campo, como seria de esperar, alguns pesquisadores foram mais flexíveis no uso do roteiro, enquanto outros se apegaram a ele, tendendo a engessar o que foi concebido apenas como um guia para uma conversa com finalidade.

Houve consenso de que o roteiro de entrevista com os profissionais de saúde estava claro e objetivo. Já no roteiro para se ouvir os familiares, foram incluídos dados pessoais ou profissionais

nos Quadros 3 e 4. Esse último foi reorganizado em seis tópicos.

Por fim, ressalta-se, ainda uma vez que cada questão aqui levantada parte de uma base teórica sólida, calcada no conhecimento acumulado mundialmente. Porém, esse peso teórico, foi permanentemente testado pela sua adequação empírica para ouvir e compreender a fala e a situação das pessoas idosas. Portanto, neste trabalho, a hermenêutica dos casos foi cotejada, dialeticamente com a situação geral do conjunto e do saber universal, criando-se assim o que Marx denominou como a feliz expressão “concreto pensado”²⁵.

Considerações finais

Este estudo tem várias limitações. A primeira vem do próprio objeto de estudo: as dificuldades para acessar as pessoas foram imensas, e muitas que os pesquisadores gostariam de ter entrevistado não se mostraram disponíveis. Uma segunda vem do fato de ser essa uma primeira investigação sobre o tema no Brasil, o que lhe confere um caráter praticamente exploratório. Uma terceira diz respeito à diversidade de locais estudados e dos relativamente poucos idosos ouvidos em cada um deles. A investigação, portanto, precisa ser continuada e aprofundada.

A intenção de mostrar os caminhos trilhados no trabalho é para que ele possa ser replicado e criticado, o que é fundamental na medida em que não há literatura brasileira disponível sobre o assunto. Para isso, os roteiros de entrevista em profundidade, as técnicas e estratégias inicialmente traçadas foram todos aperfeiçoados, especialmente ao final do trabalho de campo e da pré-análise, quando o grupo de pesquisadores já podia efetuar uma reflexão sobre como transcorreu seu estudo e ter 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 investigação. Ao final, um

debate argumentado no formato escrito registrou o pensamento crítico e reflexivo do grupo, permitindo revisar o passo a passo da pesquisa.

Os instrumentos e as estratégias aqui apresentados mostraram-se confiáveis e adequados, 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. A presença compreensiva e empática dele junto às pessoas fez a diferença. Foi isso que este estudo mostrou quando conseguiu, a partir de uma abordagem metodológica cuidadosa, fazer emergir o tema tabu da tentativa e da ideação suicida, rompendo silêncios e criando espaço para uma escuta de situações em que culpas, segredos, vergonhas e medo se entrelaçam. Nesses casos, os entrevistadores puderam contribuir para aliviar o sofrimento da pessoa idosa, seja apresentando-lhe novos meios de lidar com a autoagressão e a autonegligência, seja encaminhando-a para uma atenção especializada.

Por fim, é importante ressaltar que a perseverança do conjunto de pesquisadores que conseguiu tornar evidente um tipo de sofrimento extremo de que muitas pessoas idosas são vítimas, não pode ocultar a invisibilidade das ideações e das tentativas de suicídio que clamam por cuidados e compreensão dos familiares, mas também dos serviços sociais e da rede de saúde.

Colaboradores

FG Cavalcante, MCS Minayo, DMD Gutierrez, GS Sousa, RM Silva, R Moura, SN Meneghel, S Grubits, M Conte, ACS Cavalcante, AEB Figueiredo, RMN Mangas, MCH Fachola e GM Izquierdo participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Ferreira VS. Artes e manhas da entrevista compreensiva. *Saude Soc.* 2014; 23(3):979-992.
2. Minayo MCS, Cavalcante FG. *Estudo sobre tentativas de suicídio em idosos sob a perspectiva da saúde pública* [projeto de pesquisa]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013.
3. Cavalcante FG, Minayo MCS, Gutierrez DMD, Sousa GS, Silva RM, Moura R, Meneghel SN, Grubits S, Conte M, Cavalcante ACS, Figueiredo AEB, Mangas RMN, Fachola MCH, Izquierdo GM. Instrumentos, estratégias e método de abordagem qualitativa sobre tentativas e ideias suicidas de pessoas idosas. *Cien Saude Colet* 2014; 20(5):1655-1666.
4. Minayo MCS, Grubits S, Cavalcante FG. Observar, ouvir, compartilhar: trabalho de campo para autópsias psicossociais. *Cien Saude Colet* 2012; 17(8):2027-2038.
5. Cavalcante FG, Minayo MCS. Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. *Cien Saude Colet* 2012; 17(8):2039-2052.
6. Cavalcante FG, Minayo MCS. Estudo qualitativo sobre tentativas e ideias suicidas com 60 pessoas idosas brasileiras. *Cien Saude Colet* 2015; 20(6):1655-1666.
7. Nock M K, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler R C, Lee S. Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiol Rev* 2008; 30:133-154.
8. Capron DW, Fitch K, Mendeley A, Blagg C, Mallott M, Joiner T. Role of anxiety sensitivity subfactor in suicidal ideation and suicide attempt history. *Depress anxiety* 2012; 29(3):195-201.
9. Minayo MCS, Cavalcante FG. Tentativa de suicídio entre idosos: revisão de literatura (2002-2013). *Cien Saude Colet* No prelo 2015.
10. Lester D, Thomas CC. *Why People Kill Themselves: A 2000 Summary of Research on Suicide*. Springfield: Charles C Thomas; 2000.
11. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Cien Saude Colet* 2012; 17(3):621-626.
12. Heidegger M. *Ser e tempo*. Petrópolis: Vozes; 1988.
13. Schütz A. *The Phenomenology of the Social World*. Evanston: Northwestern University Press; 1967.
14. Weber M. *Economia e sociedade: esboço de sociologia compreensiva*. Brasília: Editora UNB; 2004.
15. Shneidman ES. Suicide thoughts and reflections, 1960-1980. *Suicide Life Threat Behav* 1981; 11(4):195-364.
16. Bertaux D. *Biography and Society. The Life History Approach in the Social Sciences*. London: Sage Publications; 1981.
17. Durkheim E. *O Suicídio: Um Estudo Sociológico*. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1982.
18. Golafshani N. Understanding Reliability and Validity in Qualitative Research. *The Qualitative Report* 2003; 8(4):597-607.
19. 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.
20. Sampaio D. *Ninguém morre sozinho: o adolescente e o suicídio*. Lisboa: Editorial Caminho; 1991.
21. 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.
22. Shneidman ES. Suicide, lethality and the psychological autopsy. In: Shneidman ES, Ortega M, editors. *Aspects of depression*. Boston: Little Brown, 1969. p. 225-249.
23. Shneidman ES. Suicide thoughts and reflections, 1960-1980. *Suicide Life Threat Behav* 1981; 11(4):195-364.
24. Sommers-Flanagan J, Sommers-Flanagan R. Intake interviewing with suicidal patients: A systematic approach. *Professional Psychology: Research and Practice* 1995; 26(1):41-47.
25. Marx K. *Introdução à crítica à economia política*. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra; 1978.

Artigo recebido em 13/03/2015

Aprovado em 18/03/2015

Versão final apresentada em 20/03/2015