

Observar, ouvir, compartilhar: trabalho de campo para autópsias psicossociais

Watching, listening and sharing:
field work for psychosocial autopsies

Maria Cecília de Souza Minayo¹

Sonia Grubits²

Fátima Gonçalves Cavalcante³

Abstract *The article describes the research realization phases of field work in ten municipalities in five regions entitled “Is it possible to prevent the anticipation of the end? Suicide among the elderly in Brazil and the possibilities for action by the Health Sector.” The sample comprises 51 psychosocial autopsies of 5 elderly people who committed suicide in 9 locations and 6 in another. 84 family members were interviewed. Semi-structured psychosocial autopsies and contextual observations were used. Each interview lasted 60 minutes on average and in the majority of the cases there was more than one encounter with family members. The study consisted of a collective process that involved bibliographic review, discussion of the samples, approach strategies, field results and empirical analysis. This article highlights the theoretical, conceptual and practical preparation of researchers and production and standardization of instruments; information about existing data sources and those that are actually used; introduction of institutional credentials; assessment of the family context, difficulties and strategies for empirical study; entrance to and exit from the field; and the impact of the research on the investigators.*

Key words *Psychological autopsy, Psychosocial autopsy, Suicide, The elderly*

Resumo *O artigo descreve as etapas de realização do trabalho de campo da pesquisa. É possível prevenir a antecipação do fim? Suicídio de Idosos no Brasil e possibilidades de Atuação do Setor de Saúde, realizada em 10 municípios das cinco regiões do país. A amostra composta por 51 autópsias psicossociais abrangeu cinco idosos que faleceram por suicídio em nove municípios e seis em um deles. Oitenta e quatro familiares foram entrevistados. Trabalhou-se com um roteiro denominado autópsia psicossocial e com observação do contexto. Cada entrevista durou 60 minutos em média, e na maioria dos casos, houve mais de um encontro com os familiares. O estudo foi construído por meio de um processo coletivo que abrangeu compartilhamento da revisão bibliográfica, discussão do universo, das amostras, das estratégias de abordagem, dos resultados de campo e das análises empíricas. Este artigo destaca a preparação teórica, conceitual e prática dos pesquisadores; o processo de elaboração dos instrumentos para o trabalho de campo; informações sobre as fontes de dados existentes e sobre as efetivamente acessadas; apresentação de credencial institucional; entrada no contexto das famílias, dificuldades e estratégias para realização do estudo empírico; entrada e saída do campo; e impacto da pesquisa sobre os investigadores.*

Palavras-chave *Autópsia psicológica, Autópsia psicossocial, Suicídio, Idosos*

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

² Programa de Mestrado Pós Graduação em Psicologia, Universidade Católica Dom Bosco.

³ Laboratório de Práticas Sociais Integradas, Mestrado Profissional em Psicanálise, Saúde e Sociedade, Universidade Veiga de Almeida.

Introdução

Este texto trata do trabalho de campo em pesquisas sobre suicídio. Seu objetivo é refletir sobre as dificuldades e as possibilidades que esse tipo de presença *in loco* pode trazer para a melhor compreensão do fenômeno. No caso, o trabalho de campo aqui problematizado diz respeito ao suicídio de pessoas idosas, a partir da investigação: *É possível prevenir a antecipação do fim? Suicídio de Idosos no Brasil e possibilidades de Atuação do Setor Saúde*¹.

Entende-se o termo *campo* em pesquisa qualitativa, tal qual utilizado para realização das autopsias psicossociais, como o recorte espacial que diz respeito à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico do objeto da investigação. A pesquisa qualitativa trabalha com pessoas e grupos, compreendendo-os como atores sociais em relação, seja no encontro face a face seja através da exposição de suas ideias e ações no caso de análise de documentos. No campo, os objetos de estudo fazem parte de uma relação de intersubjetividade entre pesquisador e pesquisado. Daí resulta um produto compreensivo que não é a realidade concreta e, sim, uma descoberta construída com todas as disposições em mãos do investigador: suas hipóteses e pressupostos teóricos, seu quadro conceitual e metodológico, suas interações, observações e interrelações com os interlocutores e colegas de trabalho e suas experiências anteriores².

O *trabalho de campo* permite a aproximação entre o pesquisador e a realidade sobre a qual formulou perguntas, buscando testar e aprofundar seu conhecimento hipotético. Desta forma, todo pesquisador que vai a campo, além de ser um curioso, um observador e um perguntador, também precisa exercer o que Gadamer³ denomina de capacidade hermenêutica, ou seja, a arte de se colocar no lugar do outro, promovendo a compreensão antes de qualquer interpretação^{3,4}. Essas habilidades devem ser praticadas ininterruptamente, pois a pesquisa será tanto mais profícua quanto mais o estudioso for capaz de confrontar suas teorias e suas hipóteses com a realidade empírica, de forma aberta, intensa e flexível.

Embora haja muitas formas e técnicas de se realizar o trabalho de campo, foram dois os instrumentos principais utilizados nesta pesquisa: observação participante e entrevista. Enquanto a primeira foi realizada sobre o que não é dito, mas pode ser visto e captado, a segunda teve como matéria prima a fala dos interlocutores.

Além de vários significados, a atividade de observação tem um sentido prático: permite ao

pesquisador ficar mais livre de pré-julgamentos, uma vez que não o torna, necessariamente, prisioneiro de um instrumento de coleta de dados ou de hipóteses testadas antes. Na medida em que convive com o grupo, o observador pode retirar de seu roteiro de entrevista questões que percebe serem irrelevantes do ponto de vista dos interlocutores; e, também, compreender aspectos que afloram aos poucos. A observação participante ajuda a vincular os fatos a suas representações e a desvendar as contradições entre normas, regras e práticas no cotidiano do grupo ou da instituição observados².

A entrevista deve ser concebida como um trabalho interacional (ou seja, de relação entre pesquisador e pesquisados), como instrumento privilegiado de coleta de informações, em que a fala de um entrevistado é reveladora de condições de vida e de expressão de sistemas de valores e crenças. Ao mesmo tempo, a entrevista tem a magia de transmitir, por meio de um porta-voz, o que pensa o grupo dentro das mesmas condições e situações². Por isso, na pesquisa qualitativa, todo o empenho deve se voltar para que *o corpo e o sangue da vida real componham o esqueleto das construções abstratas* como diz Malinowski, usando essa metáfora biológica⁵.

O trabalho de campo é, portanto, uma porta de entrada para o novo, sem que esse se apresente claramente. São as perguntas que se fazem à realidade, a partir da teoria e dos conceitos transformados em tópicos de pesquisa que permitem construir a perspectiva da observação e da compreensão. Por tudo isso, além de ser uma etapa importantíssima da pesquisa, a imersão na realidade empírica é o contraponto dialético da teoria social.

O trabalho de campo pode ser desmembrado em vários aspectos que serão aqui tratados, já se abordando o objeto em questão: a preparação da atividade e dos instrumentos; acesso às fontes de dados secundários; apresentação de credencial institucional; acesso às famílias segundo as localidades; aproximação das famílias, entrevistas e observação do contexto do suicídio; por fim, a entrada e a saída do campo e seus desdobramentos.

A relevância de apresentar as experiências e vivências que ocorrem na investigação empírica sobre suicídio de idosos se deve, sobretudo, às dificuldades que se encontram tanto para conseguir informações confiáveis como para abordar os familiares, geralmente, dolorosamente marcados pelo que consideram uma tragédia em seu sistema social⁶. Em todos os relatórios de traba-

lho, os pesquisadores¹ apontaram alguns impasses como: localização das casas mapeadas por diversos meios acessados; episódios de negação ou de dúvidas dos familiares quanto à veracidade do ato suicida; recusas de falar sobre o fato ou não comparecimento a entrevistas agendadas. Tudo isso ressalta o quão problemático é o tema e quão difícil é tratá-lo.

A pesquisa empírica ocorreu em 10 municípios das cinco regiões do país, nos quais as taxas de suicídio de idosos estão acima das médias nacionais: no Norte foi realizado em Manaus; no Nordeste, em Fortaleza, Teresina e Tauá; no Centro Oeste, em Campo Grande e Dourados; no Sudeste, em Campo de Goytacazes; e no Sul, em São Lourenço, Candelária e Venâncio Aires. No Norte, apenas Manaus foi escolhida, pois não existem outros locais em que as taxas estejam acima da média nacional. E no Sudeste, o estudo empírico só foi feito em Campos, pois acabara de ser concluído, por pessoas deste mesmo grupo, uma pesquisa de magnitude e de autópsias psicossociais na cidade do Rio de Janeiro^{7,8}. Foi dada ênfase à pesquisa no Sul do país onde o fenômeno é mais relevante e ao Nordeste, em locais em que as taxas também são muito elevadas.

O estudo foi realizado em cinco duplas formadas por 10 pesquisadores seniores, mas a realização do trabalho como um todo envolveu também 32 jovens estudantes de doutorado, mestrado e iniciação científica. Foram cinco ou mais casos pesquisados em cada localidade e ouvidas 84 familiares, sendo 62 mulheres e 22 homens, pois, quando possível se buscou entrevistar mais de uma pessoa por caso. As entrevistas foram realizadas com familiares de idosos que faleceram por suicídio pelo menos há dois anos antes do trabalho de campo e, retrospectivamente, até os últimos cinco anos, conforme recomendam os estudos sobre o assunto. A observação do contexto também fez parte do estudo. O presente artigo busca resumir essa experiência empírica.

Etapas de realização empírica das autópsias psicossociais

Preparação do trabalho de campo e dos instrumentos para entrevista e observação – O primeiro critério para elaboração da amostra do estudo qualitativo foi a incidência do fenômeno por regiões e municípios, constatada por um levantamento epidemiológico; o segundo, resguardada a relevância do fenômeno na localidade, foram aspectos de conveniência como distância em re-

lação à localidade e possibilidade de conseguir apoio logístico ou institucional. Por ser um tipo de investigação que exige muito investimento no campo e na análise dos resultados, em conjunto, os pesquisadores decidiram trabalhar com cinco entrevistas em cada uma das localidades escolhidas, embora tivessem a liberdade de realizar, individualmente, um estudo mais extenso. Por que cinco e não seis ou dez? Esse foi um número convencional, uma vez que sob qualquer hipótese, o tipo de pesquisa não ensejaria o que nas abordagens qualitativas se chama de saturação de informações, dada a complexidade dos motivos aludidos pelos familiares das pessoas que faleceram por suicídio².

Para que as histórias pessoais e familiares fossem compreendidas no contexto da vida pessoal, social e cultural dos idosos que morreram por suicídio, realizou-se uma breve descrição dos municípios selecionados, a partir do levantamento das seguintes informações: (1) principais características urbanas ou rurais; (2) organização econômica, social e cultural; (3) existência ou não de serviços públicos e sociais disponíveis como centros de convivência para idosos ou programas de prevenção de suicídio; (4) dinâmica do cotidiano da população, ou seja, se na localidade a vida social é intensa ou ao contrário; se existem recursos sociais como clubes de lazer, agremiações religiosas, atividades artesanais, atividades turísticas; (5) meios de trabalho e de entretenimento e, por fim, (6) caracterização da vida da população idosa.

O instrumento adotado para entrevista e observação denominado “autópsia psicológica” por Shneidman⁹ e outros como Conwell et al^{10,11}, Hawton et al¹², Beeston¹³, Werlang e Botega¹⁴ foi adaptado para este estudo, por Minayo et al¹⁵ que passaram a usar o termo “autópsia psicossocial” entendendo que essa expressão integra melhor os aspectos antropológicos e sociais à análise dos estados emocionais do indivíduo.

Esse instrumento que pode ser considerado como um roteiro para uma entrevista semiestruturada¹⁴ – e será detalhado em artigo específico – propiciou a caracterização psicossocial dos idosos que faleceram por suicídio e de seus familiares a partir de dados da história e do modo de vida; da avaliação dos antecedentes e do ambiente que antecedeu a morte; do impacto na família; da letalidade do método; da intenção já manifesta pelo idoso de se matar; do estado mental da pessoa antes do ato fatal; da imagem e das reações da família (tipo de comunicação, relações entre as pessoas, regras e expressão de afetos) e

da comunidade; e da existência ou não de fontes de apoio por parte dos familiares, vizinhos, serviços sociais e de saúde ou de ONG que lidam com esse problema.

A discussão para a realização da pesquisa constituiu um processo reflexivo do qual participaram todos os pesquisadores. Isso ocorreu por meio da socialização de um acervo bibliográfico contendo estudos clássicos que inauguraram o campo e artigos atualizados até o ano de 2010. Posteriormente, foi realizada uma oficina de trabalho com o objetivo de socializar a compreensão do fenômeno e o aprimoramento dos instrumentos. Todo esse material preparatório foi compilado num manual que consolidou a padronização dos procedimentos e as recomendações. O trabalho de campo durou cerca de quatro meses. Um mês após seu término e com todo o material pré-analisado por localidade, houve uma segunda oficina para reflexão crítica e discussão dos resultados das entrevistas e das observações e voltada para aprimoramento dos instrumentos de coleta de dados.

As fontes de dados secundários acessadas no campo – Esta etapa constituiu-se no uso de estratégias para localização e acesso aos dados e aos casos de suicídio. Algumas instituições oficiais possuem registro de ocorrência das mortes autoinfligidas, foram identificadas e contatadas. O acesso às informações, porém, nem sempre foi disponibilizado.

Foram cinco as principais instituições a quem os pedidos de informação se dirigiram:

O *Instituto Médico Legal* (IML) que possui peritos criminais e produz laudos de onde consta a descrição da situação da morte e de algumas evidências que corroboram com o diagnóstico de suicídio.

O *Batalhão da Polícia Militar* que emite um Boletim de Ocorrência Policial (BO) no qual ficam também registradas as circunstâncias de morte e o veredicto sobre o suicídio.

O *Cartório Municipal* onde é possível checar os casos, examinando-se as Declarações de Óbito (DO), embora nem sempre elas contenham o veredicto de suicídio em seu registro final.

O *Sistema de Informação de Mortalidade* (SIM) que tem como fonte as declarações de óbitos a partir dos dados da Secretaria Municipal de Saúde que, por sua vez, nos casos de suicídio, se baseiam nos laudos do Instituto Médico Legal.

A *Secretaria Municipal de Saúde* quando favorece o acesso aos registros hospitalares e dos prontos socorros e aos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família. Em geral, esses

últimos conhecem as famílias e têm a vantagem de conviver com a população local.

Os Quadros 1 e 2 indicam onde as equipes buscaram informações e apoio para selecionar as famílias a serem entrevistadas. Do primeiro, constam as que foram procuradas; do segundo, as que foram acessíveis e colaboraram.

As dificuldades de se obter informações sobre o tema fazem parte do contexto, dos mitos e das crenças que cercam a morte autoinfligida. Por isso, a articulação com informantes institucionais ocorreu levando-se em conta sua disponibilidade e abertura para acolher a pesquisa, sua rapidez para apresentar os dados e até mesmo, em alguns casos, seu apoio à realização do trabalho de campo.

Já os primeiros contatos apontaram a importância da escolha das instituições que abraçariam o projeto e ofereceriam as informações de forma mais rápida e elucidativa, depois de receberem os esclarecimentos devidos sobre a proposta e sobre o respaldo do comitê de ética da Fundação Oswaldo Cruz. Em algumas situações foi necessário efetuar-se um tipo de convênio para se iniciar os trabalhos. De acordo com os diários de campo das diferentes equipes, encontrou-se apoio nas instituições que compõem o Quadro 2.

A acolhida por parte de algumas entidades e de seus profissionais foi fundamental para o êxito da pesquisa, pois um dos princípios básicos do trabalho de campo é que o investigador consiga o apoio de pessoas em quem seus possíveis entrevistados confiem, para facilitar a interlocução. Frequentemente, no entanto, os pesquisadores tiveram que buscar as famílias e interagir com elas apenas a partir dos dados secundários que possuíam, apostando em sua experiência e na sua capacidade de aproximação. Isso ocorreu, principalmente, nas localidades onde a questão do suicídio de idosos não é considerada socialmente relevante, como é o caso das grandes cidades.

Apresentação de credencial institucional e agendamento das entrevistas - Como se faz em pesquisas realizadas por várias equipes e simultaneamente em diversos locais do país – e no caso deste estudo sobre suicídio, esse elemento foi fundamental – tomou-se o cuidado de criar uma credencial padronizada para os pesquisadores e dirigida às instituições mediadoras e às famílias.

As coordenadoras escreveram uma carta em papel timbrado da Fundação Oswaldo Cruz, descrevendo todos os principais aspectos do estudo e, em anexo, foi apresentado um documento de adesão para ser assinado pelo interlocutor. Esse termo

Quadro 1. Instituições contatadas para acesso aos entrevistados.

Região	Cidades	Instituições e Procedimentos até a identificação dos casos
Norte	Manaus (AM)	1º- Secretaria de Estado de Saúde (SES) do Amazonas; 2º- Declaração de Óbito obtida na Fundação Vigilância em Saúde do Estado do Amazonas; 3º- Sistema de Informação sobre Mortalidade do Sistema único de saúde - SUS - (SIM) da SES do Amazonas;
Nordeste	Fortaleza (CE)	1º- Instituto Médico Legal (IML) (sem sucesso); 2º- Secretaria de Estado de Saúde (SES) do Ceará; 3º- Núcleo de Vigilância Epidemiológica da SES do Ceará; 4º- Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) da SES do Ceará; 5º- Busca de endereço ou o telefone de contato no Informador 144;
	Tauá (CE)	1º- Secretaria de Saúde do Estado (SES) do Ceará em Tauá; 2º- Área de Epidemiologia da SES do Ceará em Tauá; 3º- Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Tauá; 4º- Setor de Notificação de Casos da SMS de Tauá; 5º- Carta aos familiares;
	Teresina (PI)	1º- Instituto Médico Legal (IML); 2º- Programa Saúde da Família (PSF); 3º- Agendamento das entrevistas via correio;
Sul	Venâncio Aires (RS)	1º- Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Venâncio Aires; 2º- Programa de Proteção contra a Violência (PPV) da SMS de Venâncio Aires; 3º- Agendamento das entrevistas pela equipe do PPV;
	Candelária (RS)	1º- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Candelária para identificação dos casos; 2º- Agendamento das entrevistas pela equipe do CAPS a partir de visitas domiciliares; 3º- Localização dos endereços (área rural) com auxílio de profissional do CAPS;
	São Lourenço do Sul (RS)	1º- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) de São Lourenço do Sul para identificação dos casos; 2º- Agendamento das entrevistas pela equipe do CAPS a partir de visitas domiciliares; 3º- Localização dos endereços (área rural) com auxílio de profissional do CAPS ad;
Sudeste	Campo de Goytacazes (RJ)	1º- Delegada Adjunta da 134ª Delegacia de Polícia Civil (DPC) de Campo dos Goytacazes; 2º- Polícia civil para acesso aos Boletins de Ocorrência (BO); 3º- Instituto Médico Legal que permitiu cópia dos laudos.
Centro-Oeste	Campo Grande (MS)	1º- Secretaria Estadual de Saúde (SES) de Mato Grosso do Sul (MS); 2º- Núcleo de Vigilância Epidemiológica da SES de MS; 3º- Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública de MS; 4º- Delegacia de Polícia Civil (DPC) – acesso aos Boletins de Ocorrência (BO); 5º- Núcleo de Prevenção a Violência de Campo Grande (sem sucesso);
	Dourados (MS)	1º- Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Dourados; 2º- Setor de Vigilância Epidemiológica da SMS de Dourados; 3º- Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública (SEJUSP) de Mato Grosso do Sul; 4º- Delegacia de Polícia Civil (DPC) de MS; acesso aos Boletins de Ocorrência (BO);

Quadro 2. Instituições que colaboraram na identificação dos casos, dos meios de agendamento e do local da entrevista, por município.

Municípios	Instituição	Identificação dos casos	Agendamento	Local
Manaus (AM)	Secretaria Estadual de Saúde (SES)	Cartório Municipal Declarações de Óbito (DO)	Agendamento direto	Residência e local de trabalho dos familiares
Fortaleza (CE)	Secretaria Estadual de Saúde (SES)	Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)	Por telefone	Residência
Tauá (RN)	Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (SMS)	Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) Equipe de Saúde da Família (ESF).	Equipe de Saúde da Família (ESF). A partir de visitas domiciliares.	Residência
Teresina (PI)	Instituto Médico Legal (IML)	Laudos Periciais do Instituto Médico Legal (IML).	Correio	Residência ou posto de saúde
Venâncio Aires (RS)	Secretaria Municipal de Saúde (SMS)	Programa de Proteção contra a Violência (PPV) da SMS	Equipe do Programa de Proteção contra a Violência (PPV) da SMS a partir de visitas domiciliares.	Posto de Saúde
Candelária (RS)	Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural (Emater)	Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) a partir de visitas domiciliares.	Residência
São Lourenço do Sul (RS)	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad)	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad)	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) a partir de visitas domiciliares.	Residência
Campo de Goytacazes (RJ)	Delegacia de Polícia Civil (DPC) Instituto Médico Legal (IML)	Boletins de Ocorrência (BO); Anotações do Livro do IML e Laudos Periciais do IML.	Telefone	Residência
Campo Grande (MS)	Delegacia de Polícia Civil (DPC)	Boletins de Ocorrência (BO);	Sem agendamento	Residência
Dourados (MS)	Secretaria Municipal de Saúde (SMS) Delegacia de Polícia Civil (DPC)	Boletins de Ocorrência (BO);	Sem agendamento	Residência

de consentimento passou a ser exigido desde a portaria 96/1996 do Ministério da Saúde, que regula as pesquisas nacionais com seres humanos. A credencial em mãos de cada pesquisador constituiu

um instrumento a mais a se somar aos cuidados requeridos em todos os passos do estudo.

Cada grupo em sua localidade utilizou meios diferentes para marcação das entrevistas. Mui-

tos, a partir dos dados secundários fizeram visitas aos familiares, tratando pessoalmente de um possível encontro; outros enviaram cartas e esperaram respostas que em alguns casos vieram e noutros não; outros utilizaram o telefone e o fizeram várias vezes. Na maioria dos casos, os vários procedimentos foram utilizados simultaneamente, visando a garantir os encontros. Houve várias formas de reação: pronto aceite, relutância em agendar data – o que frequentemente redundou em recusa – ou recusas imediatas. Os pesquisadores tinham uma listagem de famílias até 10 vezes maior do que o necessário para atender ao número previsto na pesquisa.

Fez parte das dificuldades encontradas no campo, a exigência da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido por parte dos participantes. Muitos familiares tiveram medo de se expor e se recusaram a firmá-lo, portanto não puderam ser incluídos na pesquisa. Alguns recebiam que suas palavras pudessem ter implicações legais ou serem divulgadas. Isso ocorreu, mesmo que o anonimato e o sigilo sobre os dados estivessem garantidos por documento e verbalmente. Frequentemente, os pesquisadores tiveram que assegurar aos familiares de que não se tratava de uma entrevista nem para a polícia e nem para a mídia. Como em todo o processo de pesquisa, nesse ponto também, as reações não foram unânimes. Alguns interlocutores disseram que até autorizariam a publicação de seus nomes verdadeiros nas entrevistas, se fosse o caso.

Observou-se que a diversidade de comportamento entre os entrevistados correspondeu, em certa medida, a como o grupo familiar vem reagindo aos problemas que ocorreram a partir do momento pós-morte de seu idoso. Por exemplo, em alguns casos de recusa, observou-se que os familiares haviam sofrido muitas discriminações no seu ambiente comunitário ou eles próprios se retrairam após a morte do idoso. Os pesquisadores também mencionaram casos de famílias que aceitaram participar da pesquisa, mas num primeiro contato também estavam receosos de se abrir por causa dos preconceitos de que vêm sendo alvo desde a morte do parente. Estes só se sentiram à vontade quando foram capazes de perceber a atitude de acolhimento e de solidariedade dos pesquisadores. A forma de encarar o evento fatal, portanto, costuma ser influenciada por repercussões sociais, morais e até financeiras por muitos e muitos anos.

Acesso às famílias, segundo localidades - Em cada diário de campo foi possível identificar especificidades por pesquisador, por seus interlocuto-

res e por cultura local. Em nove das dez localidades os depoimentos dos familiares foram gravados. Apenas em Campos dos Goytacazes as pesquisadoras decidiram não utilizar o gravador nas entrevistas, depois que duas famílias não concordaram com esse tipo de registro de seus relatos, embora não tivessem feito objeção às anotações. As gravações foram substituídas por anotações durante a conversa e por imediata complementação de toda história ouvida pela comparação dos escritos da dupla de pesquisadores.

Nos municípios de Candelária, São Lourenço e Venâncio Aires na Região Sul, um dos problemas maiores foi o acesso às residências. A maioria das famílias dos idosos que faleceram por suicídio vive na área rural, em pequenas e médias propriedades de colonos de origem alemã. Vários contatos com os familiares e com as comunidades foram facilitados por profissionais do Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e Drogas (CAPSad) e do Programa de Proteção contra a Violência (PPV).

A equipe de Mato Grosso do Sul vivenciou duas realidades diferentes, o que influenciou as ações dos pesquisadores e o acesso aos entrevistados. Campo Grande, capital do Estado, é uma cidade típica de comércio e prestação de serviços, tem altos índices de qualidade de vida e é 90% urbanizada. Não houve dificuldades no deslocamento e no acesso às residências, favorecendo também o retorno para aprofundamento e esclarecimentos de determinadas informações. Foi frequente que amigos e familiares do idoso indicassem outras pessoas para serem entrevistadas.

Em Dourados, segunda cidade de Mato Grosso do Sul em potencial econômico e em número de população, o índice de urbanização não segue o ritmo de crescimento demográfico, as condições de infraestrutura e de vida são precárias, principalmente nos bairros mais afastados do Centro. Uma reserva indígena e um acampamento de população sem-terra fazem parte da periferia urbana. No local em que o acampamento dos sem-terra se instalou, o índice de suicídio é alto, segundo o agente de saúde que auxiliou o grupo de pesquisa. Lá foram localizados dois casos de idosos que faleceram por suicídio. Os profissionais de saúde colaboraram no acesso e indicação das famílias.

Os pesquisadores de Fortaleza consideram que as entrevistas ocorreram num clima de paz e de apoio aos familiares dos idosos. Porém, enfrentaram várias recusas ou barreiras nos primeiros contatos. Como por exemplo, alegação de falta de tempo por parte da pessoa convidada

a dar seu depoimento, medo de se comprometer ou mesmo, havia casos em que os familiares ainda se consideravam muito frágeis para falar de sua perda. Os pesquisadores observam que alguns haviam se isolado totalmente. A presença e o apoio dos grupos de profissionais de Saúde da Família foram fundamentais e deve ser destacada a participação de agentes comunitários e, em alguns casos, de moradores da vizinhança.

Em Tauá, a localização dos casos e residências foi muito rápida, com apoio da equipe do CAPS. A cidade é pequena, como no caso dos municípios pesquisados da Região Sul. Os profissionais de saúde muito contribuíram para o acesso às famílias e o trabalho de campo transcorreu com facilidade, permitindo uma reflexão posterior sobre o fenômeno com esses profissionais, dando-lhes um retorno sobre pessoas que precisariam ser acompanhadas.

Em Teresina, contatos foram inicialmente feitos por correio. A receptividade dos familiares foi qualificada como muito boa, mas a abordagem foi muito difícil. Em geral, os pesquisadores iniciavam o encontro conversando livremente sobre a família e sobre o idoso. Na sequência, a entrevista sobre a pessoa que havia morrido por suicídio ocorria em clima de segurança e confiança, mas havendo também momentos de emoção, choro, tristeza, lamentações e até de mútua culpabilização entre os familiares.

Em seus diários de campo, os pesquisadores de Fortaleza, Tauá e Teresina assinalaram que seu comportamento foi de calma, tentando harmonizar as pessoas, respeitando suas crenças religiosas, suas inseguranças, sem julgamento dos fatos e dos contextos observados.

Em Manaus, houve um acolhimento satisfatório da proposta após esclarecimentos feitos no contato inicial com os participantes. Apenas numa das cinco famílias entrevistadas houve cautela e desconfiança inicial que, em seguida, foram superadas.

Em Campos dos Goytacazes foi dada preferência aos casos que tivessem os dados completos, ou seja, laudo pericial, boletim de ocorrência e anotações no livro de registro. Houve vários tipos de dificuldades como a de acesso a casos longe do centro urbano, agendamentos que depois não se concretizaram, mas nas cinco entrevistas realizadas, os pesquisadores consideram que houve clima de confiança e de mútua compreensão.

Aproximação das famílias e do contexto do suicídio – Em nove dos dez municípios as entrevistas ocorreram nas residências, o que facilitou a

observação desse micro universo. Numa das localidades, por dificuldades no acesso físico às casas, as entrevistas foram realizadas ou no lar de algum parente ou em seus locais de trabalho. O apoio institucional, que havia sido importante para a escolha dos casos, teve papel fundamental na comunicação com as famílias, principalmente, para a realização da primeira autópsia psicossocial.

Desde as reuniões realizadas ao início da pesquisa, os pesquisadores tinham conhecimento dos obstáculos que encontrariam no trabalho de campo^{2,8-14}. Todos os estudiosos do fenômeno do suicídio ressaltam a dificuldade tanto das instituições como das pessoas em falar sobre o assunto, por causa da elevada carga social e emocional e dos interditos, crenças, medos e emoções que o rondam. Tema difícil de ser tratado pelos parentes, mas também por amigos e vizinhos que, mesmo conhecendo os fatos, muitas vezes se recusaram a participar da pesquisa, alegando que o ocorrido constituía um problema das famílias e nele não deveriam se intrometer.

Ao chegar, os pesquisadores discorriam resumidamente sobre o sentido e o objetivo do estudo, utilizando linguagem do senso comum e mostrando a seus interlocutores como seu depoimento poderia contribuir direta ou indiretamente para a pesquisa como um todo, para a comunidade e para a própria família. Alguns denominaram essa conversa inicial como “aquecimento”, ou seja, ela consistia numa introdução que visava a perceber se os possíveis entrevistados tinham disponibilidade emocional para a conversa e a criar um clima o mais possível compreensivo e respeitoso.

Como se sabe, teoricamente e na prática, desde os primeiros momentos de contato, os entrevistados vão construindo uma identidade para o pesquisador, por isso toda a orientação foi para que se apresentassem de forma acessível, verdadeira e transmitissem confiança. A menção à instituição responsável pela pesquisa, no caso, a Fundação Oswaldo Cruz aliada à Universidade de pertencimento de cada pesquisador foi muito importante para dar segurança às famílias.

À medida que os objetivos do trabalho foram ficando claros para os familiares que aceitaram dar entrevista, as conversas em geral fluíam. Pela delicadeza das situações, mesmo quando os pesquisadores conseguiam romper as barreiras, a cautela e a forma cuidadosa de abordar continuavam. O fato dos pesquisadores terem grande habilidade com pesquisas de campo favoreceu as articulações e as abordagens. Muitos conseguiram o

privilegio de entrevistar os familiares que acompanharam os idosos nos últimos momentos.

Durante as entrevistas, muitos familiares mostravam a casa, fotos e pertences do idoso e o lugar onde ocorrera o ato suicida. Por exemplo, na região Sul, onde a maioria das mortes ocorreu por enforcamento e dentro dos galpões que guardam alimentos e ferramentas agrícolas, muitos familiares faziam questão de levar lá os pesquisadores. Houve um caso em que um filho mostrou o tronco de uma árvore cortada por ele, revoltado com o ato de seu pai, pois fora nela que ele havia amarrado a corda para se matar.

Como acontece em qualquer trabalho de campo, todos comentaram que houve familiares que contaram as histórias com tanto detalhes que quase não foi necessário utilizar o roteiro, já outros, davam respostas lacônicas sobre o acontecido, tendo sido bastante penosa a comunicação. Tomou-se o cuidado de buscar vários pontos de vista sobre o mesmo fato, conforme recomenda a literatura^{6,8-15} pois, sua dimensão trágica provoca manifestações de sentimentos e vivências múltiplas (dor, raiva, tristeza, fechamento, depressão, por exemplo) e interpretações díspares.

Mesmo quando se ouvem vários depoimentos sobre o mesmo caso, porém, autores como Hawton et al.¹² ressaltam que existe um limite quanto à fidedignidade dos relatos, pois os familiares tendem a ocultar aspectos que não gostariam de ver revelados. Sobre esse ponto, é importante ressaltar que em qualquer estudo de cunho qualitativo os investigadores sabem que nunca encontrarão a verdade, uma vez que os depoimentos são sempre uma reflexão sobre o acontecido e sob determinado ponto de vista². Se isso é o que ocorre em qualquer tema de pesquisa quanto mais na abordagem de uma questão tão polêmica e tão cercada de tabu como o suicídio. Por isso, a análise das entrevistas realizadas durante e no momento posterior ao trabalho de campo levou em conta, não uma ideia do discurso verdadeiro e, sim, a versão dos entrevistados em intersubjetividade com os investigadores.

Apesar de o projeto prever uma única entrevista, na maioria dos casos ocorreu mais de um encontro porque os pesquisadores consideraram que voltar aos lares seria uma forma não só de aprofundar a compreensão do fato como também de demonstrar compaixão e colaborar no alívio do sofrimento dos parentes. Depois de cada entrevista, a dupla de pesquisadores fazia uma reflexão compreensiva e crítica do caso, dos procedimentos adotados, dos pontos que deveriam ter sido tratados e não foram e dos que merece-

riam mais ênfase. Igualmente, faziam, por escrito anotações sobre os aspectos observados quanto ao contexto.

Como já foi dito, os sentimentos que acompanham a realização das autópsias psicossociais são imprevisíveis. Por exemplo, em Fortaleza, houve o caso do irmão de um dos idosos que se prontificou a contar a história e as circunstâncias, mas a família decidiu interromper a entrevista porque outra irmã que participava do encontro ficou muito emocionada e transtornada. Em Manaus, ao contrário, a filha de um senhor que faleceu por suicídio comentou sobre sua grata surpresa de poder, pela primeira vez, falar sobre a morte do pai. E ao final, ressaltou que estava se sentindo bem por esse encontro inesperado. Situações semelhantes e variadas aconteceram durante todo o estudo empírico.

Dois momentos cruciais: a entrada e a saída de campo – Todos os pesquisadores de campo eram pessoas maduras, com experiência na área psicológica, de antropologia, de enfermagem, de serviço social e de saúde pública. Mesmo assim, o suicídio enquanto tema de estudo e a escuta das histórias concretas, geralmente, gerou-lhes grande impacto e comoção. No momento preparatório da investigação sobressaíram dúvidas e medos quanto às condições pessoais de se exporem a um tema de tão forte carga emocional. No entanto e em geral, o próprio acolhimento dos familiares dos idosos favoreceu os contatos. Muitos deles estavam ávidos para serem ouvidos e contar seus dramas para alguém que não os recriminasse e sim, lhes oferecesse compreensão. O envolvimento afetivo, o interesse e a motivação da equipe de pesquisa favoreceram o cumprimento das tarefas e dos prazos. Concluído o trabalho, todos os investigadores ressaltaram que a experiência de visitar e ouvir as famílias – mesmo com todas as dificuldades encontradas para consegui-lo – foi importante tanto enquanto desafio pessoal pela mobilização de afetos e vivências, quanto para seu amadurecimento profissional. No entanto, foi geral as notas nos diários de campo do quão difícil e exaustivo tratar do tema.

Para saída de campo, as estratégias do grupo ou individuais variaram de acordo com as vivências das quais eram participantes e das expectativas que as famílias depositaram neles. Eventualmente, algumas pessoas, além de receberem apoio informal dos pesquisadores durante o tempo que passaram nas casas, foram imediatamente encaminhadas para instituições que oferecem apoio psicológico, por causa do grau de transtorno demonstrado por elas, associado às con-

sequências do suicídio ou à narrativa do ocorrido. Assim, o mais comum na despedida foi o oferecimento de orientações para os familiares lidarem com as situações de sofrimento e seu encaminhamento para os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) ou para a Estratégia Saúde da Família (ESF), dos casos que mereciam cuidados, de um lado. E, de outro, a articulação com os serviços locais, buscando envolvê-los nas situações dos familiares que apresentavam problemas ou transtornos de saúde associados à morte do idoso. Em vários casos, havia outras pessoas idosas como os viúvos, viúvas ou irmãos da pessoa falecida que necessitavam de apoio.

Nesse sentido, o compromisso dos pesquisadores com seus entrevistados foi acontecendo desde a realização do trabalho de campo e vem se estendendo após sua conclusão. Por exemplo, os da região Nordeste assinalaram que, depois das entrevistas formais, conversavam com os familiares, orientando-os sobre as possibilidades de apoio de profissionais especializados, de serviços de saúde, de grupos sociais ou religiosos, buscando sempre adequar os encaminhamentos aos valores e costumes das famílias e à realidade social delas. Em Manaus, os pesquisadores deram prioridade ao acompanhamento das famílias. De modo mais imediato, estão encorajando os que precisam de apoio a procurar a Clínica da Escola de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas, onde existem serviços especializados. Igualmente, nas outras localidades, várias formas de retorno da pesquisa já se iniciaram antes mesmo das atividades acadêmicas terminarem.

É digno de menção o empenho dos pesquisadores do Sul em devolver imediatamente os achados da pesquisa e em discutir propostas de prevenção com profissionais dos três municípios estudados. Utilizando a técnica de roda de conversa com os profissionais dos CAPS ou da Estratégia Saúde da Família, eles mostram a situação em que encontraram as famílias e discutem o trabalho realizado, a percepção dos pesquisadores e as perspectivas de atuação, baseadas em algumas experiências locais bem sucedidas. Dessa forma, estabeleceram um vínculo de continuidade com as instituições locais de saúde.

Todos os pesquisadores de campo relataram em seus diários o quanto muitas famílias, sobretudo as que residem no interior e em cidades pequenas, estão desprotegidas de recursos públicos para auxiliá-las no manejo de idosos em situação de risco para o suicídio e também no apoio para o momento depois do suicídio, quando alguns membros entram em estado depressi-

vo. Em alguns casos, os pesquisadores tiveram receio de não dar conta da carga emocional e da vulnerabilidade das pessoas entrevistadas.

Muitas famílias buscam forças na religião como sustentáculo para continuar vivendo. Contrariando o que é mais convencional – uma vez que a Igreja Católica exclui de seu seio as pessoas que morrem por suicídio – há alguns relatos sobre padres amigos das famílias que prestaram solidariedade no momento de perda do idoso e continuam sendo um apoio fundamental para os familiares depois da ocorrência do suicídio.

Os investigadores relataram, sobretudo, sua preocupação com as parcas ou inexistentes propostas do setor saúde que, geralmente, ignora os fatores que cercam o ato suicida, em boa parte preveníveis como menciona a Organização Mundial de Saúde¹⁶ e o Ministério da Saúde¹⁷ ou apresenta soluções burocráticas e padronizadas que não dão conta das situações concretas ou presos à medicalização do fato e à associação entre depressão e suicídio. Um pesquisador observou que em determinada localidade, os profissionais de saúde orientavam os familiares a não dar atenção às queixas dos idosos, banalizando algumas situações que já anunciavam ideação suicida, procedimento totalmente equivocado⁸⁻¹⁴.

Conclusões

Buscou-se descrever neste artigo, passo a passo, as etapas de realização do trabalho de campo da pesquisa *É possível prevenir a antecipação do fim? Suicídio de Idosos no Brasil e possibilidades de Atuação do Setor*¹. Essa realização empírica atingiu seus objetivos, permitiu a construção de uma situação favorável para a realização das autópsias psicossociais e facilitou o entendimento e a análise do contexto em que os fatos ocorreram. O propósito de detalhar as estratégias de campo visou a que outros investigadores possam tomar conhecimento tanto das dificuldades como dos meios que facilitam alcançar empiricamente os objetivos do estudo.

Este trabalho foi um primeiro passo em direção ao aprofundamento dos significados das mortes por suicídio de idosos no Brasil. Os métodos, as técnicas, as perguntas e as hipóteses são sempre passíveis de críticas e nenhum trabalho de campo oferece a palavra final sobre a realidade empírica, muito mais rica do que qualquer incursão que se possa fazer sobre ela. Por isso mesmo, ainda que usassem instrumentos padronizados, os pesquisadores de cada locali-

dade tiveram que adequá-los a suas necessidades e ressaltaram lacunas em seu trabalho.

O trabalho empírico também testou a capacidade emocional e social dos pesquisadores, ao tratarem de assunto tão doloroso como é a morte autoinfligida de um idoso e de suas consequências nos familiares. Cada passo dado para conseguir ouvir as histórias da pessoa que faleceu por suicídio e de seu núcleo de relações primárias correspondeu a uma grande quantidade de investimentos anteriores. E para cada contato bem sucedido, vários não foram conseguidos. Por ter sido um trabalho árduo e ao mesmo tempo realizado com o apoio de um grupo de colegas pesquisadores que se comunicaram pessoalmente e em rede virtual durante todo o processo, cada história ouvida e a participação na investigação em si constituíram uma experiência que marcará a vida de todos.

É relevante dizer que todo trabalho de campo exige um investimento compreensivo singular. Mas esse esforço é muito maior quando se trata de um tema tão carregado de sentido sociocultural e emocional como é o suicídio de idosos. Um estudo como esse demanda experiência, maturidade e recursos para tomada de decisão aqui e agora, e não pode ser realizado por pessoas inexperientes ou sem algum tipo de formação psi-

cossocial, uma vez que a narrativa dos casos pode desestabilizar emocionalmente não apenas os familiares como também os pesquisadores.

Apesar das limitações, os pesquisadores consideraram que conseguiram êxito na realização do trabalho de campo, o que foi facilitado por um tipo de organização da pesquisa que exigiu o envolvimento coletivo em todas as etapas. Sobre tudo, houve uma preparação das pessoas que se incluíram no trabalho. No entanto, existe uma consciência no grupo que este estudo constitui apenas um primeiro passo e que é preciso mais investimento para o prosseguimento do caminho.

Finalizando, é preciso ressaltar que, com raras exceções, observou-se por parte dos profissionais de saúde das localidades estudadas grande desconhecimento tanto da magnitude do fenômeno do suicídio de idosos como das orientações que a Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde vêm oferecendo para o enfrentamento das mortes autoinfligidas. Portanto, é preciso ir além dos textos escritos e investir na formação de agentes capazes de compreender e atuar com maior eficiência no apoio às pessoas em risco para suicídio e aos familiares que sofrem a perda de seus entes queridos, tendo em vista as consequências que geram.

Colaboradores

MCS Minayo, S Grubits e FG Cavalcante contribuíram igualmente para a 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. *O desafio do conhecimento*. 12ª ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2010.
3. Gadamer HG. *Verdade e método*. 3ª ed. Petrópolis: Editora Vozes; 1999.
4. Heidegger M. *Ser e tempo*. Petrópolis: Editora Vozes; 1988.
5. Malinowski B. *Os Argonautas do Pacífico Ocidental*. São Paulo: Abril Cultural; 1978. (Coleção Os Pensadores).
6. Cassorla R. *Do suicídio: estudos brasileiros*. Campinas: Editora Papirus; 1991.
7. Minayo MCS, Pinto LW, Assis SG, Cavalcante FG, Mangas RM. Trends in suicide mortality among Brazilian adults and elderly, 1980-2006. *Rev Saude Publica* 2012; 46(2):300-309.
8. Minayo MCS, Cavalcante FG, Mangas, RM, Souza JRA. Motivos associados ao suicídio de pessoas idosas em autópsias psicológicas. *Trivium* 2011; 3(1):109-117.
9. Shneidman ES. *Comprehending suicide: landmarks in 20th century suicidology*. Washington DC: American Psychological Association; 2001.
10. Conwell Y, Van Orden K, Caine E. Suicide in older adults. *Psichiatr Clin N Am* 2011; 34(2):451-468.
11. Conwell Y, Olsen K, Caine ED, Flannery C. Suicide in late life: psychological autopsy findings. *Int Psychogeriatr* 1991; 3(1):59-66.
12. 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. *Journal of Affective Disorders* 1998; 50(2-3):269-276.
13. Beeston D. *Older people and suicide*. Centre for Ageing and Mental Health. Stanfordshire: Stanfordshire University; 2006.
14. Werlang BSG, Botega NJ. A semi-structured interview for psychological autopsy in suicide cases. *Rev Bras de Psiquiatria* 2003; 25(4):212-219.
15. Minayo MCS, Cavalcante FG, Souza ER. Methodological proposal for studying suicide as a complex phenomenon. *Cad Saude Publica* 2006; 22(8):1587-1596.
16. World Health Organization (WHO). *Multisite intervention study on suicidal behaviours – SUPRE-MISS: Protocol of SUPRE-MISS*. Genève: WHO; 2002.
17. 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 5]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_prevencao_suicidio_saude_mental.pdf

Artigo apresentado em 12/03/2012

Versão final apresentada em 30/03/2012