



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Nazareth Meneghel, Stela; Machado Duran Gutierrez, Denise; Magalhães da Silva, Raimunda;
Grubits, Sonia; Zielke Hesler, Lilian; Flores Ceccon, Roger

Suicídio de idosos sob a perspectiva de gênero

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 17, núm. 8, 2012, pp. 1983-1992

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63023073009>

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

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

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

Suicídio de idosos sob a perspectiva de gênero

Suicide in the elderly from a gender perspective

Stela Nazareth Meneghel ¹

Denise Machado Duran Gutierrez ²

Raimunda Magalhães da Silva ³

Sonia Grubits ⁴

Lilian Zielke Hesler ⁵

Roger Flores Ceccon ⁵

Abstract This study examines the relationship between suicide and aging from a gender perspective, examining the socially imposed boundaries of masculinity and femininity in the lives of elderly people who committed suicide. It is a qualitative study in which 50 psychosocial autopsies conducted with elderly relatives were selected from 10 cities in the North, South, Northeast and Midwest of Brazil. In this article we have identified situations of gender vulnerabilities in the lives of 13 people who committed suicide: 10 men and 3 women selected for their exemplary character. Two main categories were listed: the first refers to femininity including the “gender destiny” experienced by elderly women who commit suicide when they can no longer care for themselves or work. The second concerns the hegemonic masculinity in crisis, in which old men die after changing from the role of providers due to retirement or illness. It should be stressed that gender norms, codes of honor, power inequalities and stereotypes affect both women and men in terms of susceptibility to suicidal behavior.

Key words Gender, Suicide, Femininity, Masculinity

Resumo Este estudo explora a relação entre suicídio e envelhecimento na perspectiva de gênero, analisando as demarcações socialmente impostas de masculinidade e feminilidade na vida de idosos que cometem suicídio. Trata-se de estudo qualitativo no qual foram consideradas 50 autópsias psicosociais realizadas com familiares de idosos, pertencentes a 10 municípios brasileiros, nas regiões Norte, Sul, Nordeste e Centro-Oeste. Neste artigo foram identificadas situações referentes a vulnerabilidades de gênero na vida de 13 pessoas que se suicidaram: 10 homens e três mulheres, selecionados pelo seu caráter de exemplaridade. Duas categorias principais foram elencadas: a primeira refere-se às feminilidades, incluindo o “destino de gênero” vivido por mulheres idosas que se suicidam quando não podem mais cuidar e trabalhar. A segunda refere-se a crises nas masculinidades hegemônicas, em que homens idosos morrem após mudanças nos papéis de provedores, ocasionadas pela aposentadoria ou doença. Ressalta-se que as normas de gênero, os códigos de honra, as desigualdades de poder e estereótipos afetam tanto as mulheres quanto os homens em relação à vulnerabilidade para comportamentos suicidas.

Palavras chave Gênero, Suicídio, Feminilidade, Masculinidade

¹ Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rua São Manoel 963, Rio Branco. 90620-110 Porto Alegre RS. stelameneghel@gmail.com

² Faculdade de Psicologia, Departamento de Psicologia, Universidade Federal do Amazonas

³ Centro de Ciências da Saúde, Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza.

⁴ Programa de Mestrado Pós Graduação em Psicologia, Universidade Católica Dom Bosco.

⁵ Grupo de Estudos em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Introdução

Os elevados índices de suicídio, tentativas e ideação suicida caracterizam esse tema como um importante problema de saúde pública. Na maioria dos países ocidentais ocorre alta freqüência de tentativas de suicídio entre mulheres, enquanto o suicídio consumado acontece mais em homens, situação descrita como o “paradoxo do suicídio”¹. Considerando-se apenas o suicídio consumado, este é um problema masculino, porém, caso se acrescente as tentativas, ocorre uma elevada carga de doença para as mulheres². De qualquer maneira, tem sido dada pouca atenção para as diferenças do comportamento suicida entre os sexos e as perspectivas de gênero ainda são pouco estudadas³.

O padrão epidemiológico predominante do suicídio é o de taxas de mortalidade três a quatro vezes maiores nos homens⁴ geralmente explicada por argumentos biologicistas que incluem a maior letalidade dos meios usados pelos homens⁵. Na Ásia, as taxas de suicídio são similares entre homens e mulheres^{2,6} e, em âmbito mundial, apenas a China e a Índia apresentam mortalidade feminina maior que a masculina^{7,8}.

Em países onde as taxas de suicídio feminino são baixas, o agravo é percebido como um comportamento masculino, atribuindo-se para sua execução um grau de energia e coragem somente encontrado nos homens, enquanto as tentativas são consideradas femininas e as mulheres vistas como incapazes de efetivar o ato. Em países com altas taxas de suicídio feminino a explicação é inversa e o ato é considerado um sinal de fraqueza e passividade próprio das mulheres¹.

A diferença acentuada nas taxas de suicídio entre os sexos tem influenciado o debate sobre a importância da condição de gênero na ocorrência deste evento^{1,9-13}. Utilizamos o conceito de gênero de Joan Scott¹⁴ que o considera uma categoria complexa, socialmente construída, em que existem diferenças de poder entre os sexos. As distinções são de caráter social e não biológico e há um aspecto relacional segundo o qual o masculino só pode ser compreendido como complementar ao feminino.

Estudos apresentam maior prevalência de suicídio entre as mulheres casadas^{15,16} enquanto outros relatam maior freqüência entre as solteiras, recém-separadas, divorciadas e viúvas^{6,10,17}. Há maior chance de suicídio entre as sozinhas e jovens casadas, principalmente quando o casamento ocorre em idade precoce e não existe autonomia na escolha do marido e nas decisões

sobre a vida sexual e reprodutiva¹⁸. O início precoce da vida sexual em comunidades conservadoras, a presença de abortos, a gravidez indesejada e os problemas com a imagem corporal incluindo uso de próteses de silicone e bulimia, podem significar risco adicional³. Violência doméstica e abuso sexual, assim como a existência de padrões conservadores de gênero e sofrimento mental² são preditores de autoagressão. Mulheres em atividades de risco para a violência, como o exercício da prostituição, estão expostas a elevadas taxas de suicídio^{19,20}. Em suma, as desigualdades de gênero são condições associadas ao suicídio de mulheres.

O trabalho, como promotor de integração social e autonomia pode ser fator de proteção para ambos os sexos, tendo-se observado maiores taxas de suicídio em pessoas desempregadas²¹. Autores têm apontado^{9,22,23} que crises econômicas levam a fracassos no desempenho do homem como provedor da família, produzindo conflitos, consumo de álcool e outras drogas, sofrimento emocional e, em último caso, suicídio. Os homens apresentam maior mortalidade por suicídio em sociedades onde os papéis masculinos hegemônicos estão em crise; nessas, eles encontram grande dificuldade em realizar o papel normativo ligado ao trabalho²⁴ e veem sua identidade em risco.

A taxa de absorção feminina na força de trabalho representa sobrecarga às mulheres e risco para suicídio em ambos os sexos²⁵. A divisão sexual do trabalho no contexto da sociedade contemporânea significa que aumenta o risco feminino quando as mulheres passam a desempenhar os mesmos papéis que os homens, sendo espoliadas pela competitividade típica do sistema capitalista.

Em relação aos idosos, as hierarquias de poder entre os sexos seguem presentes e naturalizadas, calcadas em um modelo que destaca a autoridade dos homens sobre as mulheres e os filhos²⁶. As mulheres idosas foram socializadas segundo normas que negam as próprias necessidades para cuidar do outro, quer seja o marido, os filhos ou os familiares. Os idosos do sexo masculino, por sua vez, estão em risco quando se afastam do trabalho, na vigência de conflitos relacionais ou em situações que ameaçam seus códigos de honra e sua masculinidade.

As condutas ligadas a gênero têm sido secundarizadas ao se analisar a determinação de eventos vitais, o que torna de grande relevância o estudo dos comportamentos pautados em gênero em relação ao suicídio.

Propõe-se com esta pesquisa estudar a relação entre suicídio e envelhecimento na perspectiva de gênero, analisando as demarcações socialmente impostas de masculinidade e feminilidade na vida de idosos que cometeram suicídio.

Trajeto metodológico

Esse é um estudo qualitativo cuja coleta de informações com familiares foi realizada por meio de autópsia psicossocial de idosos que cometeram suicídio. A investigação faz parte de uma pesquisa intitulada “É possível prevenir a antecipação do fim? Suicídio de Idosos no Brasil e possibilidades de Atuação do Setor Saúde”²⁷.

A primeira etapa do trabalho consistiu em definir as cidades brasileiras com maiores taxas de suicídio entre idosos e selecionar os 10 municípios que apresentassem elevados coeficientes de mortalidade, permitissem facilidade no acesso e logística, contassem com uma rede de serviços que pudesse atuar como retaguarda à pesquisa e que representassem as cinco macrorregiões do país. Os procedimentos para identificar as pessoas que se suicidaram nos últimos cinco anos variaram de acordo com o local, alguns iniciaram fazendo um levantamento no Instituto Médico Legal, enquanto outros contataram as Secretarias Municipais de Saúde. O objetivo foi realizar entrevistas em profundidade com familiares e/ou conhecidos desses idosos.

Na maioria dos locais pesquisados, a razão de masculinidade do suicídio esteve em torno de quatro para um, similar à da população brasileira⁴ sendo difícil, por essa razão, encontrar um número elevado de suicídios femininos para realização das autópsias psicossociais.

A partir da identificação dos idosos procedeu-se o contato e agendamento das entrevistas com os informantes. Em cada município, foram realizadas cinco entrevistas com familiares ou amigos de pessoas que cometeram suicídio, compondo uma amostra intencional de 50 pessoas no país.

Foi elaborado um roteiro de entrevista com base nas questões referentes à pesquisa, adaptado de estudos anteriores²⁸ reunindo informações sobre a identificação pessoal e social da pessoa que se suicidou; o genograma da família da vítima para reconstituir alianças, conflitos, rede de relações e o padrão de morbidade ou mortalidade associado ao suicídio; e, entrevista semiestru-

turada para detalhar o estado mental que antecedeu o suicídio, descrever as situações associadas ao comportamento suicida e suas possíveis causas, reconstituir o suicídio e os fatores envolvidos, compreender seu impacto na família e identificar a presença de vulnerabilidade de gênero na história de vidas das pessoas que se suicidaram.

Esses instrumentos compõem a autópsia psicossocial que constitui a abordagem retrospectiva do caso de suicídio, de tal forma que permite esclarecer as situações de morte, a partir de fatos relevantes na vida do suicida e de seu contexto sociocultural, ajudando a desvendar seu universo relacional e as possíveis causas associadas ao ato. Sua construção foi inspirada na técnica de autópsia psicológica de Shneidman²⁹ que desenvolve diferentes explicações sobre as causas e as possibilidades de prevenção do suicídio, para esse autor, a importância das autópsias não está em prover um único tipo de análise, mas em apresentar diferentes perspectivas sobre o problema.

Após a realização das entrevistas, os dados foram compilados e organizados em um *corpus* para que se procedesse a pré-análise, procurando-se organizar a história de vida, os fatores desencadeantes, a descrição do ato e a repercussão sobre a família, culminando com uma síntese analítica de cada caso.

Neste artigo, estudou-se a relação do suicídio com a categoria gênero, ou de que maneira as características relacionais entre os sexos podem ter vulnerabilizado estes sujeitos e contribuído para o desenlace fatal. Escolhemos 13 autópsias psicossociais das 50 entrevistas realizadas no primeiro semestre de 2011 nas cinco macrorregiões brasileiras. Serão relatadas situações referentes a essas 13 autópsias relacionadas a 10 homens e três mulheres, identificadas e selecionadas pelo seu caráter de exemplaridade, ou seja, o quanto retratam um acontecimento que é ao mesmo tempo singular e universal. Para cada história foi utilizado um subtítulo síntese que emergiu da leitura da biografia da pessoa que se suicidou.

Este projeto foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz (CEP / Fiocruz) e todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As recomendações e cuidados éticos foram respeitados e os familiares que se encontravam em sofrimento emocional decorrente do luto foram encaminhados para os serviços de referência e estão sendo acompanhados.

Resultados e Discussão

A perspectiva de gênero na análise do suicídio

Partimos do pressuposto de que as normas de gênero estão presentes em todas as sociedades e, na maioria das situações, são desfavoráveis às mulheres, mas não pouparam os homens mesmo quando ocupam posição de destaque e de poder³⁰. No caso das várias formas graves de violência, no entanto, os homens são as principais vítimas e esse é o caso da configuração dos suicídios, vistos em seus aspectos populacionais. Gênero, portanto, é considerado um fator de vulnerabilidade ao suicídio tanto para homens como para mulheres. Nessa perspectiva, as feminilidades e as masculinidades pautadas no modelo do patriarcado, um sistema de poder no qual os homens controlam as mulheres³¹, tem gerado uma “arapuca estrutural”, na qual ambos os sexos são penalizados. No contexto das hierarquias de poder entre os sexos, a autoaniquilação pode ser percebida como a última estratégia disponível pelos que têm menos poder para influenciar o comportamento de outros¹.

As diferenças de gênero podem se traduzir em vulnerabilidades decorrentes do modo como os sujeitos são socializados. Os papéis de gênero por meio dos quais opera a educação diferenciada de homens e mulheres permanecem ao longo da vida, inclusive na velhice. Essa educação veicula um *script* segundo o qual se espera que as mulheres sejam passivas, delicadas, cordiais, reprimam sua agressividade e cuidem dos outros na família ou em profissões correlatas. Aos homens se determina que sejam provedores bem-sucedidos economicamente, além de fortes, agressivos, potentes e viris^{32,33}. O excerto abaixo mostra os papéis de gênero performatizados por um casal de idosos que haviam se separado anos antes dele cometer o suicídio, em uma história que terminou com o seguinte salmo de despedida: *Tem misericórdia de mim, senhor, porque sou fraco:*

Eles ficaram separados por dez anos, a mãe via ele magro, sujo, tinha pena, aí disse ‘rapaz, volta pra casa’. Ficou morando aqui, mas sempre lá com a outra mulher. Ultimamente, ele não dava nem um centavo dentro de casa, o pouco que ele recebia era para filha [do outro matrimônio]. Acho que ele se desesperou por isso, ele estava sem dinheiro, desempregado e tinha vergonha de pedir dinheiro à mãe para pagar a pensão de cem reais todo mês.
(Região Nordeste, homem, 62 anos)

No jogo relacional, a primeira mulher não só recebe o ex-marido de volta em sua casa: ‘rapaz, volta para a casa’, como paga a pensão para a filha que ele teve em uma segunda relação. Ele por sua vez, encontra-se na posição contraditória de representar o homem honrado capaz de prover as necessidades econômicas da filha, mas recebe o dinheiro da ex-mulher, de quem depende financeiramente. Esse dilema ético produz tristeza, vergonha e mal estar, muitas vezes patologizados e lidos como depressão pelos profissionais de saúde.

As culturas de honra da região mediterrânea estão presentes no Brasil, principalmente na área rural. Definem a honra como comportamento moral e exigem que homens e mulheres sigam os códigos de conduta, segundo os quais a reputação dos membros do grupo é avaliada. Esses arranjos acontecem no contexto de culturas patriarcas que enfatizam os papéis tradicionais de gênero. Nesses cenários acontecem elevados patamares de suicídios^{34,35} e, nesta pesquisa, encontramos suicídios motivados pela honra entre idosos nas várias regiões do país.

Uma das razões da taxa elevada de suicídio em homens tem sido atribuída à crise da masculinidade e ao fato de não conseguirem se adaptar a um mundo em mudança. Esse tipo de crise pode afetá-los em situações relacionais tradicionalmente atribuídas a mulheres, como adultério, dependência do parceiro, punições ou revanches e disputas pelos filhos¹¹ ou ainda em situações em que há troca nos papéis culturais, ficando as mulheres com o suporte econômico da casa e eles com o serviço doméstico.

Na velhice, o declínio das funções e o adoecimento, podem ocasionar impotência aos homens, assim como a impossibilidade de desempenhar atividades de trabalho em pessoas de ambos os sexos. Para as mulheres idosas, o casamento e a saída de casa dos filhos, muitas vezes significam o fim da vontade de viver.

Feminilidades sem valor

Os casos selecionados neste capítulo referem-se a mulheres idosas que se suicidaram, após terem vivido e cumprido os papéis de gênero ditados pela cultura, em que seu valor é dado pelo quanto produzem, servem e cuidam dos outros. Também foram selecionados homens obrigados a assumir posições culturalmente destinadas a mulheres nas quais se sentiam destituídos de poder.

As mulheres constituíram uma fração menor na amostra selecionada, porém mesmo em nú-

mero pequeno, várias pareciam ter cumprido “o destino de gênero”³⁶ e produziram a sua morte após uma vida calcada em padrões tradicionais, em que executaram rigorosamente o rol de atividades a elas atribuídas como obrigação social.

Na história de vida intitulada *Agora que meu caçula casou, posso morrer feliz!*, percebe-se um rígido desempenho nos papéis de gênero. Uma mulher que “só queria saber de trabalhar”, cuidando de tudo e de todos dentro de casa. Cumpriu assim, à risca, seu papel socialmente atribuído, numa posição subjetiva de entrega^{32,33}:

Ela aturava tudo. Nunca reclamou, ela só queria saber de trabalhar. Ligeira para fazer as coisas. Era muito apegada aos filhos. Nos últimos anos, cuidava da casa, comida, roupa e dos guris. Ficou aposentada, mas nunca teve um real. Ela recebia e já dava para gente ir ao supermercado. Estava contente porque o filho mais moço casou. Daí ela disse: Agora, posso morrer feliz. (Região sul, mulher, 62 anos)

As condutas de gênero^{14,36} mantêm-se mesmo na velhice. Observa-se essa atitude na vida de uma mulher, que cometeu suicídio após desempenhar esse *script* até os limites da resistência física. Considerada a mais produtiva na lavoura, apesar de doente e obesa, temia apenas não poder mais trabalhar, mesclando o destino de gênero – servir e cuidar – com o de classe – trabalhar enquanto aguentar. O sobrepeso que marcou o corpo é o mesmo sobrepeso que carregou na vida:

Ela trabalhava muito, se a gente estivesse fazendo um serviço, ela chegava e metia o braço e fazia. Quando começou a ficar com dificuldade respiratória e dor, ela pedia que Deus não tirasse as mãos dela. Era a que mais produzia na lavoura. Ela tinha medo de ficar numa cadeira de rodas e não poder caminhar. Ela dizia: eu sou muito gorda, como vocês vão me cuidar? (Região sul, mulher, 60 anos)

Os próximos relatos denotam o sofrimento causado pela submissão aos papéis de gênero e referem-se a uma idosa, cuja história se resume em “uma vida sofrida” na qual “quando não era o marido, eram os filhos que davam dor de cabeça” e, em outra, que parece ter vivido apenas para cuidar:

Teve uma vida sofrida, passando pela perda da mãe e dificuldades na infância, aborrecimentos com o marido que era mulherengo e mantinha relacionamentos extraconjugaís, pela perda de um dos filhos ainda bebê, desagrado e aborrecimento pela filha mais velha sair de casa para viver com um homem aos dez anos de idade, tristeza por um dos filhos preso por tráfico de drogas e pela perda do marido. (Região centro-oeste, mulher, 75 anos)

Cuidou dos seus pais até a morte deles. Gostava de ajudar a família que fazia empréstimos no nome dela, assegurando a reposição do recurso emprestado, mas isso não acontecia e ela acabava pagando. Mantinha isso em sigilo, e investia tudo no sobrinho. (Região Nordeste, mulher, 72 anos)

Uma situação que ocorreu no Sudeste brasileiro refere-se a uma idosa de 82 anos que se autoimolou após uma vida em que se mesclaram vulnerabilidades econômicas, familiares, de gênero e múltiplas violências. A autoimolação é um tipo de suicídio utilizado por mulheres em contextos de desigualdades, quando se encontram desempoderadas e fazem da própria morte uma denúncia¹⁹.

Após divisar a vulnerabilidade de gênero destas idosas, destacamos as narrativas referentes a homens que se defrontam com a necessidade de desempenhar papéis femininos desvalorizados na família e na sociedade. *Um idoso no papel de mulherinha* refere-se a um agricultor que passou a ficar em casa e a desempenhar atividades consideradas femininas após o diagnóstico de um tumor. Essa mudança representou a perda do *status* de chefe da família, a partir da qual as decisões importantes passaram a ser tomadas pelos filhos e pode ter sido o gatilho que o levou à autoagressão fatal:

Ele tinha problema na próstata, aí ele quase não trabalhava mais, ele não ia mais para lavoura. Então ele ficava em casa, fazia o serviço de casa, essas coisas, sabe? (Região sul, homem, 74 anos)

Ouvimos histórias de suicidas que haviam sido abandonados pelas companheiras, desvalorizados ou maltratados por elas e que se sentiam absolutamente fracassados nas relações conjugais, contrariando as afirmações de que as mulheres se suicidam por questões amorosas e os homens por questões econômicas³⁷.

Em relação à perda de status na relação conjugal, um idoso após a viuvez, casou-se com a cunhada, vinte anos mais jovem. No fim da vida, eles já não se entendiam e os familiares exigiam que a mulher cumprisse os ditos “deveres de esposa”: *Ela não cuidava dele, não fazia comida, eles dormiam separado e ela nunca estava em casa, sempre jogando carta nos vizinhos*. O filho entende que ele não tinha mais o comando da situação:

Acredito que ele não tinha mais prazer, não podia mais dirigir. A segunda esposa, muitas vezes a gente chegava lá e ela fazia cara feia. O pai gostava de receber, de fazer festa, mas a segunda mulher não. Fazia uns dois anos que ele não conseguia mais pegar o comando das coisas. Ele sempre foi um homem que tinha a frente, e deve ter pensado: a minha vida

não vale mais nada, por que eu vou ficar incomodando os outros? (Região sul, homem, 84 anos)

Nessa relação, a vulnerabilidade de gênero pende para o lado do marido, impotente para “ter o comando da casa” e dirigir a própria vida. De qualquer modo, culpabilizar a mulher secundariza outros possíveis fatores que possam ter influenciado ou determinado a morte deste homem.

No mesmo sentido de desempoderamento do homem na hierarquia entre os sexos encontra-se o caso de um idoso do interior do Amazonas, que possuía princípios e valores morais conservadores, ao contrário da esposa que não se encaixava nos padrões de gênero convencionais. As cunhadas denunciavam as ações ‘transgressor’ para o marido colocando em suspeição a reputação da mulher, pelo fato de ela ser comunicativa e “gostar de se arrumar”, uma atitude perigosa para os códigos morais do patriarcaldo^{34,36}. Trata-se aqui de uma situação de violência simbólica, em que as próprias mulheres exercem o controle e a vigilância das possíveis “desviantes”. O idoso se sentia incapaz para cumprir o papel de macho e, segundo a filha: *Meu pai morreu de paixão. (Região norte, homem, 80 anos)*

Perceber a vulnerabilidade de gênero em histórias de vida de homens e mulheres idosos que se suicidaram, ajuda a identificar fatores que podem ser reconstruídos fortalecendo essas pessoas.

Masculinidades fraturadas

A masculinidade é um conceito acerca da posição dos homens nas relações de gênero, elaborado a partir da noção de “masculinidade culturalmente hegemônica”. Ela é definida como uma configuração baseada no modelo patriarcal, numa estrutura de subordinação das mulheres pelo poder masculino³⁸. Embora nem todos os homens assumam o modelo dominante, a masculinidade considerada hegemônica enfatiza a virilidade, agressividade e força³⁹.

No mundo ocidental, o papel masculino hegemônico é definido segundo quatro atributos principais: estoicismo (um homem não pode expressar sentimentos), autonomia (precisa resolver seus problemas sem buscar ajuda), sucesso em todos os tipos de empreendimentos e agressividade. A dificuldade em expressar as emoções decorre desse modelo e os homens que agem de acordo com ele são mais vulneráveis ao suicídio. Isso ocorre principalmente porque buscar ajuda para os problemas (econômicos, limitações corporais, doença) é considerada uma atitude feminina que implica fraqueza e falta de virilidade^{40,41}.

A virilidade aprendida e imposta aos meninos durante a socialização representa a expressão coletiva e individualizada da dominação masculina. Em consequência, significa uma defesa contra o sofrimento e o medo engendrados no trabalho⁴², o qual assume um papel-chave como constituinte da masculinidade e da identidade masculina⁴³.

As narrativas aqui resumidas se referem a rasuras nas masculinidades que geram risco de autoagressão. No desempenho dos papéis convencionais de gênero, um homem terá dificuldades para aceitar derrotas, perda de poder e de autoridade, e o suicídio pode ser percebido como uma forma de “retomar o comando”⁴⁰ ou a única saída frente a uma situação de impotência e sofrimento.

A seguir, narramos duas histórias que correspondem ao modelo hegemônico clássico. Uma delas se refere a um idoso “valentão e machista” e a outra, a um a que denominamos “o esteio moral da comunidade”. O idoso valentão e machista era um comerciante nordestino, mulherengo, que queria parecer desafiador e inatingível. Andava com uma faca na cintura como *status* e emblema de sua masculinidade. É assim retratado pelo filho:

Sempre foi mulherengo, meninas novas, uma de 18 anos, ficavam com ele o dia todo. Um cara que aliciava mulheres ameaçou meu pai de morte e deu uma surra nele no ponto de ônibus. A partir daí ficou totalmente diferente, fechou o comércio, ficou com medo e enxergava o cara em todo canto (Região norte, homem, 63 anos).

O mesmo imperativo de gênero que determina ao homem aproveitar todas as oportunidades para a conquista é o mesmo que o vulnerabiliza e intensifica seus comportamentos de risco. Nesta narrativa, destaca-se a influência de um forte ideário machista, que não permitiu a esse homem a flexibilidade necessária para elaborar a violência sofrida⁴⁴.

A história que titulamos “O esteio moral da comunidade” refere-se a um idoso que se debatia entre os dilemas éticos de manter uma relação extraconjugal e ser uma figura exemplar na família e na comunidade. Bem sucedido profissionalmente, querido e admirado pelos que o cercavam, todos o procuravam para se aconselhar. Após o suicídio, a família descobriu que ele mantinha um relacionamento extraconjugal e que a mulher o pressionava para reconhecer a paternidade de uma criança:

Depois do suicídio, a mulher veio aqui em casa. Fazia duas semanas que ele tinha descoberto que

essa mulher tinha uma menininha e dizia que era dele, mas a gente descobriu que não era pelo exame de DNA. Todo homem velho gosta de mulher nova para se exibir, ele com 73 anos e ela com 29. (Região Nordeste, homem, 73 anos)

Embora pareçam anacrônicas, considerando as mudanças processadas nas últimas décadas, as razões pautadas na honra ainda são importantes para entendermos dinamismos relacionais em casos de suicídio entre idosos. São pessoas que ingressaram na vida social em épocas fortemente marcadas por conservadorismos, a maioria em ambiente rural, em que o papel social masculino esteve e continua fortemente associado à defesa da honra como valor moral e social.

Nos estudos clássicos sobre a cultura da honra⁴⁵⁻⁴⁷ o par dicotômico honra/vergonha delimita normas, regras de conduta e hierarquias, porém em cada sociedade assume força e feição peculiar, embora ainda seja um referencial importante para a estruturação das relações desiguais de gênero.

A presença de doenças, principalmente terminais, incapacitantes ou estigmatizantes constitui outro conjunto de fatores associados ao suicídio²⁸. Em relação às doenças, enfatizamos a importância das que afetam o aparelho genital masculino que além da dor e do desconforto, produzem impotência.

A narrativa que intitulamos *Não sou mais homem para nenhuma mulher!* focaliza os sentimentos decorrentes de doença que afeta a virilidade. O sujeito considerado era homem de poucas posses, pedreiro, trabalhador incansável que havia ficado com a guarda dos filhos após a separação. Vários filhos morreram de forma violenta ou se envolveram em atos delinquentes e foram expulsos de casa. Ao final da vida apresentava dor crônica não diagnosticada, mas possivelmente, uma doença da próstata. Conforme o relato:

Exame, remédio, os médicos só levaram dinheiro dele. Ele estava muito triste porque três filhos foram mortos por mão do próximo. Ele dizia que por causa da doença [próstata] não era mais homem para mulher nenhuma (Região norte, homem, 68 anos).

Em todas as regiões brasileiras encontramos idosos fazendo o papel do “machão e mulhernego” e que cometem o suicídio após terem sido abandonados ou traídos, perdendo o *status* masculino veiculado na cultura patriarcal. “Entre o fusca e o porrete’ é a história de um idoso da

região Centro-Oeste que após uma “escapada amorosa com uma jovem” foi punido pela mulher que passou a maltratá-lo, inclusive batendo com um “porrete”, e tomado-lhe o “velho fuzca” que era o que ele mais gostava.

A sexualidade masculina, em processo de mudança na velhice e agravada pela doença de próstata, constitui um peso no sentido de minar referências identitárias e a percepção de qualidade de vida⁴⁸. Da mesma foram que a anterior, a narrativa *Ajoelhado na vida e na morte* está marcada pela impotência produzida pela doença na próstata. Refere-se a um agricultor de baixa renda que se manteve trabalhando mesmo doente, usando sonda vesical e fraldas:

Ia para a lavoura com a sonda e trabalhava com a enxada. O dinheiro não dava nem para comprar remédio. Chegavam a dar um prato de boia para nós. (Região sul, homem, 81 anos)

Após adoecer, esse agricultor ficou agressivo principalmente com a mulher, a quem passou a espancar violentamente. Ela o encontrou ajoelhado, subjugado na morte e na vida de agricultor sem terra: *Eu cheguei e ele estava lá atrás da força, com a sonda, ajoelhado!*

O último relato que identificamos na categoria “masculinidades fraturadas” diz respeito ao afastamento do trabalho por aposentadoria, desemprego, doença ou velhice e o sentimento de inutilidade decorrente deste estado. O sofrimento ligado ao trabalho está presente nos temores de falência, no sentimento de inutilidade ocasionado pela aposentadoria, na exigência de trabalhar até a morte e no próprio fato de morrer “ajoelhado”.

A história *O tempo para ele ficou interminável* é a de um agricultor que desde a infância trabalhou na lavoura plantando fumo. O trabalho constituía o eixo e o significado na vida desse idoso e as incapacidades físicas contribuíram para que parasse de trabalhar aos 80 anos, causando-lhe sentimento de impotência e mal estar.

Ele se sentia sem vida, sem sentido de vida, sem trabalho e sem companheirismo. O tempo para ele ficou interminável. (Região sul, homem, 92 anos)

No sábado anterior ao suicídio, quis participar do plantio do fumo, porém o filho negou: *o senhor já trabalhou muito, o seu lugar é em casa. Enforcou-se no galpão e ficou lá meio ajoelhado.* Assim como na vida de agricultor, derrotado pela falência financeira e moral, a morte o deixou de joelhos, assujeitado.

A contribuição da perspectiva de gênero para o estudo do suicídio

Neste artigo privilegiamos os temas presentes nas autópsias psicosociais que se referem a questões relacionadas a gênero, ou seja, os modos como as diferenças culturais entre homens e mulheres podem se tornar fatores determinantes ou potencializadores da ocorrência do suicídio. Identificamos a presença de conflitos ou fragilidades ligadas a gênero nas histórias de idosos pertencentes a todas as regiões brasileiras e não apenas nas treze histórias que escolhemos como representativas das categorias trabalhadas.

Entendemos que as normas de gênero afetam tanto as mulheres quanto os homens em relação ao risco para comportamentos suicidas. Neste estudo, embora não constituísse o objetivo principal, tais questões emergiram nos depoimentos acerca das condutas dos idosos que se suicidaram prestados pelos familiares e cuidadores. Desigualdades, estereótipos e vulnerabilidades de gênero estiveram presentes nas vidas de mulheres que se suicidaram após terem cumprido rigidamente os papéis femininos e em homens em contradição com os princípios de honra ou

com os preceitos normativos da masculinidade dominante.

A depressão causada pelo afastamento do trabalho, por aposentadoria, doença ou invalidez, foi outro fator de vulnerabilidade consoante ao adestramento das pessoas para o trabalho.

Procuramos não focar especificamente os relatos de doença mental, entendendo que o sofrimento mental pode decorrer de comportamentos sociais e não precisa ser patologizado. Há na literatura uma supervalorização da associação entre suicídio e perturbações mentais^{49,50} em que o suicídio é percebido como sintoma de psicopatologia individual e não como um comportamento social. Ouvimos relatos de depressão na história da maioria dos idosos, porém esses agravos são elevados na população idosa e, em muitas situações, o diagnóstico é banalizado e impreciso.

Ao final deste estudo, entendemos que as normas de gênero e os códigos de honra representam o cenário que incrementa o risco de suicídio. Nesse sentido, acreditamos que o uso da categoria gênero, contribui para ampliar a compreensão desse fenômeno assim como para esclarecer aspectos a serem levados em conta em abordagens de atenção primária e secundária de saúde.

Colaboradores

SN Meneghel, , DMD Gutierrez, RM Silva, S Gribits, LZ Hesler e RF Ceccon participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Canetto S. Women and Suicidal Behavior: a cultural analysis. *American J of Orthopsychiatry* 2008; 78(2): 259-266.
2. Drevies K, Watts C, Yoshihama M, Kiss L, Schraiber LB. Violence against women is strongly associated with suicide attempts: evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. *Soc Sci Med* 2011; 73:79-86.
3. Beautrais AL. Women and suicidal behavior. *Crisis* 2006; 27(4):153-156.
4. Mello-Santos C, Bertolote JM, Wang YP. Epidemiology of suicide in Brazil (1980-2000). *Rev Bras Psiquiatr* 2005; 27(2):131-134.
5. Callanan VJ, Davis MS. Gender differences in suicide methods. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011; [Epub ahead of print]
6. Organização Mundial de Saúde. *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde: Sumário*. Geneve, 2002.
7. Yip PSF, Liu KY, Law CK. Years of life lost from suicide in China, 1990-2000. *Crisis* 2008; 29(3):131-136.
8. Zhang J, Wieczorek W, Conwell Y, Tu XM, Wu BYW, Xiao S, Jia C. Characteristics of young rural Chinese suicides: a psychological autopsy study. *Psycho Med* 2010; 40(4):581-589.
9. Cleary A. Suicidal action, emotional expression and the performance of masculinities. *Soc. Sci. Med.* 2011; ePub(ePub):ePub.
10. Hawton K. Sex and suicide. Gender differences in suicidal behavior. *British Journal of Psychiatry* 2000; 177:484-485.
11. Shiner M, Scourfield J, Fincham B, Langer S. When things fall apart: gender and suicide across the life-course. *Soc Sciences Med* 2009; 69(5):738-746.
12. Meneghel SN, Victora CG, Faria NM, Pinheiro L. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Rev Saúde Pública* 2004; 38:804-10.
13. Ghaill MM, Haywood C. Understanding boys: Thinking through boys, masculinity and suicide. *Soc Sci Med* 2010; ePub(ePub):ePub
14. Scott JW. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade* 1995; 2(2).
15. Haqqi S. Suicide and Domestic Violence: Could There Be a Correlation? *Medscape J Med* 2008; 10(12): 287.
16. Stefanello S, Cais CFS, Mauro MLF, Freitas GVS, Bottega NJ. Gender differences in suicide attempts: preliminary results of the multisite intervention study on suicidal behavior (SUPRE-MISS) from Campinas, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr* 2008; 30(2):139-43.
17. Fairweather-Schmidt K, Anstey KJ, Saklim A, Rodgers B. Baseline factors predictive of serious suicidal at follow-up: findings focusing on age and gender from a community-based study. *BMC Psychiatry* 2010; 10:41.
18. Blumenthal S. *Suicide and gender*. [Document in Internet]. [cited 2012 jun 12] Disponível em: http://susan-blumenthal.org/wp-content/uploads/2010/04/Susan-Blumenthal-Suicide_and_Gender.pdf
19. Shahmanesh M, Wayal S, Cowan F, Mabey D, Copas A, Patel V. Suicidal behavior among female sex workers in Goa, India: the silent epidemic. *Amer J Public Health* 2009; 99(7):1239-1246.
20. Hong Y, Li X, Fang X, Zhao R. Correlates of Suicidal Ideation and Attempt Among Female Sex Workers in China. *Health Care Women Int* 2007; 28(5):490-505.
21. Kposowa AJ. Unemployment and suicide a cohort analysis of social factors predicting suicide in US National Mortality Study. *Psychological Medicine* 2001; 31:127-138.
22. Marín-León L, Barros MBA. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. *Rev. Saúde Pública* 2003; 37(3):357-363.
23. Morrell S, Taylor R, Quine S, Kerr C. Suicide and unemployment in Australia 1907-1990. *Soc Sci Med*, 1993; 36:749-56.
24. Siqueira MJT. A constituição da identidade masculina: alguns pontos para discussão. *Psicologia USP* 1997; 8(1):113-130.
25. Fernquist RM. Gender equality and the sex differential in suicide rates using gender-age standardized data. *Archives of Suicide Research* 1999; 5:255-260.
26. Figueiredo WS. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Cien Saude Colet* 2005; 10(1):105-109.
27. 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.
28. Minayo MC. A autoviolência. Objeto da sociologia e problema de saúde pública. *Cad. Saúde Pública* 1998; 14(2):421-428.
29. Shneidman ES. *Autopsy of a Suicidal Mind*. [S.l.]: Oxford University Press; 2004.
30. Singh JA, Bandewar S, Singer PA. Sex, gender, and health biotechnology: points to consider, *BMC International Health and Human Rights* 2009; 9:15.
31. Rodriguez JCR. Y eso de masculinidad? Apuntes para una discusión. In: Careaga G, Sierra SC, organizadores. *Debates sobre masculinidades – poder, desarrollo, políticas públicas y ciudadanía*. México: UNAM; 2006. p. 31-56.
32. Oliveira PP. *A construção social da masculinidade*. Belo Horizonte: Editora da UFMG; 2004.
33. Grossi MP. Masculinidades uma revisão teórica. *Antropologia em primeira mão* 1995; (1):1-37.
34. Vandello JA, Cohen D. Male honor and female fidelity: implicit cultural scripts that perpetuate domestic violence. *Journal of Personality and Social Psychology* 2003; 84(5): 997-1010.
35. Osterman LL, Brown RP. Culture of Honor and violence against the self. *Pers. Soc Psychol. Bul.* 2011; 37(12):1611-1623;
36. Bourdieu P. *A dominação masculina*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil; 2002.
37. Sadet N, Javdani S, Finy MS, Verona E. Gender difference in emotional risk for self – and other directed violence among externalizing adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2011; 79(1): 106-117.
38. Connell RW. *Masculinities*. Berkeley, Los Angeles: University of California Press; 2005.

39. Schofield T, Connell RW, Walker L, Wood JF, Bland DL. Understanding Men's Health and Illness: A Gender Relations Approach to Policy, Research, and Practice. *J Am Col Health* 2000; 48(6):247-256.
40. Houle J, Mishara B, Chagnon F. An empirical test of a mediation model of the impact of the traditional male gender role on suicidal behavior in men. *Journal of Affective Disorders* 2008; 107:37-43.
41. Braz M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: Reflexão bioética sobre justiça distributiva. *Cien Saude Colet* 2005; 10(1):97-104.
42. Molinier P, Welzer-Lang D. Feminilidade, masculinidade, virilidade. In: Hirata H, Laborie F, Le Doari H, Senatier D, organizadores. *Dicionário de Feminismo*. São Paulo: Editora UNESP; 2009. p. 101-105.
43. Nolasco S. *O mito da masculinidade*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Rocco; 1995.
44. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Porque os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23 (3):565-574.
45. Rohden F. Para que serve o conceito de honra, ainda hoje? *Campos* 2006; 7(2):101-120.
46. Peristiany JG, organizador. *Honra e Vergonha: valores das sociedades mediterrâneas*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Original de 1965, 1971.
47. Peristiany JG, Pitt-Rivers J, editor. *Honor and Grace in Anthropology*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.
48. Gomes R, Nascimento EF. A produção de conhecimento da saúde pública sobre a relação homem saúde: Uma revisão bibliográfica. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(5):901-911.
49. Parkar SR, Dawani V. Gender, suicide and the sociocultural context of deliberate self-harm in a Urban General Hospital in Mumbai, India. *Cult Med Psychiatry* 2008; 32:492-515.
50. Monnin J, Thienard E, Vandel P, Nicolier M, Tio G, Courtet P, Bellivier F, Sechter D, Haffen E. Sociodemographic and psychopathological risk factors in repeated suicide attempts: gender differences in a prospective study. *Journal of Affective Disorders* 2011 [article in press].