



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

de Souza Minayo, Maria Cecília; Meneghel, Stela Nazareth; Gonçalves Cavalcante, Fátima

Suicídio de homens idosos no Brasil

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 17, núm. 10, outubro, 2012, pp. 2665-2674

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63024360016>

- ▶ 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 homens idosos no Brasil

Suicide of elderly men in Brazil

Maria Cecília de Souza Minayo ¹

Stela Nazareth Meneghel ²

Fátima Gonçalves Cavalcante ³

Abstract This paper assesses the suicide of elderly men in Brazil. The text is based on studies of gender and masculinity and emphasizes the sense of “hegemonic masculinity” within the logic of patriarchy that, in the case of suicide, is expressed in the loss of employment as an existential reference and as a loss of honor. The study includes 40 cases of men over 60 who committed suicide between 2007 and 2010 in ten districts of the country. Using the psychosocial autopsy technique, data were collected and analyzed from their history and lifestyle; evaluation of the background to the act; the impact on their families; lethality of the method; proximity to sources of support; previous attempts; mental status which preceded the act; reaction of families and communities. Although many factors are associated with self-inflicted death in this social group, the influence of a hegemonic masculinity culture in the predominance of suicides among elderly men compared with elderly women is undeniable. It is essential to give special attention to men at the moment of transition from working life to retirement, loss or important family members, and when they are diagnosed with chronic and degenerative diseases that cause disabilities, loss of autonomy or sexual impotence.

Key words Suicide, Suicide of the elderly, Suicide of elderly men, Masculinities

Resumo Discute-se o suicídio de homens idosos no Brasil. O texto se fundamenta em estudos de gênero e masculinidades e dá ênfase ao sentido de “masculinidade hegemônica” dentro da lógica do patriarcado que, no caso dos suicídios, se expressa na perda do trabalho como referência existencial e no sentido de honra como escudo. O estudo contempla casos de 40 homens que faleceram por suicídio no período entre 2006 a 2009 em dez municípios do país e tinham idade acima de 60 anos. Pela técnica de autópsia psicosocial foram coletados e analisados dados da história e modo de vida; avaliação dos antecedentes; impacto na família; letalidade do método; proximidade de fontes de apoio; tentativas anteriores; estado mental que antecedeu o ato; reações da família e da comunidade. Embora sejam vários os fatores que se associam à morte autoinfligida nesse grupo social, é inegável a importância da cultura masculina hegemônica na preeminência do número de suicídios de homens idosos em relação com as mulheres idosas. É fundamental dar atenção especial aos homens nos momentos de passagem da vida laboral para a aposentadoria, nas situações de perdas de familiares referenciais e quando são diagnosticados com enfermidades crônicas degenerativas que provoquem deficiências, perda de autonomia ou impotência sexual.

Palavras-chave Suicídio, Suicídio de idosos, Suicídio de homens idosos, Masculinidades

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 Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

³ Laboratório Social, Mestrado em Psicanálise, Saúde e Sociedade, Universidade Veiga de Almeida.

Introdução

Este artigo trata das mortes por suicídio em homens idosos no Brasil, a partir de um estudo qualitativo realizado em pesquisa multicêntrica em 10 municípios brasileiros. Embora seja um tema pouco tratado pelos estudos da área de saúde, a morte autoinfligida em homens e em homens idosos é hoje um problema de saúde pública reconhecida pela Organização Mundial de Saúde¹. Estatísticas de mortes e agravos por violência no Brasil mostraram que em todos os grupos etários os homens são as maiores vítimas e os maiores perpetradores, levando-se em conta todas as sub-causas e inclusive nos grupos acima de 60 anos. Na maioria dos países ocidentais as taxas de mortalidade por causas externas (agressões, acidentes e suicídio) entre homens chegam a um coeficiente duas a cinco vezes maior do que entre as mulheres^{2,3} e os de suicídio, entre três a cinco vezes⁴.

Embora o suicídio seja um fenômeno reconhecidamente de múltiplas causas, observa-se que as fragilidades ligadas a gênero são fator explicativo importante. Sabe-se que os estudos sobre de gênero se aprofundaram com o movimento feminista, que num primeiro momento focaram a condição feminina, deixando em segundo plano os homens e as masculinidades. As pesquisas sobre esse grupo social emergiram nos últimos anos, sendo “gênero” entendido como a gramática que sustenta as diferenças percebidas entre os sexos e dá significado às relações hierárquicas de poder⁵. Os estudos sobre masculinidade significaram o rompimento do silêncio acerca da sexualidade, saúde e reprodução masculina e a perspectiva teórica que fundamenta essa nova abordagem os analisa no seu aspecto singular e em relação com as mulheres⁶.

Para se entender as hierarquias de poder e os efeitos na saúde física e mental de homens e mulheres, produzidos pelo sistema sexo/gênero utiliza-se o conceito de patriarcado, entendendo-o como um sistema sociopolítico que impregna e comanda o conjunto das atividades humanas, coletivas e individuais e inclui a diferenciação de papéis e as hierarquias entre os sexos⁶.

“Masculinidades” é uma noção que diz respeito à posição dos homens nas relações de gênero, elaborada a partir do conceito de “masculinidade culturalmente hegemônica” que se refere aos papéis cultural e politicamente dominantes em determinado momento histórico, sendo norma e ideal de homem a ser seguido. Assim, essa ideia se constitui em relação a outras masculinidades subordinadas e em relação às mulheres, assegurando o funcionamento da ordem patriarcal^{5,6}.

A masculinidade e a sexualidade masculinas são construídas e atualizadas através do corpo que se define pela capacidade de realizar tarefas de liderança e supremacia. A sexualidade preserva a característica de força masculina como dominação, através da penetração, da vergonha de ser penetrado e da competição que se manifesta pelas conquistas a serem exibidas a outros homens^{7,8}. Em geral, apesar das mudanças na divisão sexual do trabalho, dentro da visão hegemônica, os homens ainda desempenham o papel de provedores e dele se investem. Esse papel está calcado na noção de honra e de responsabilidade pela manutenção de mulheres e crianças, e lhes confere o poder de submetê-las. O mesmo ambiente cultural⁹⁻¹¹ que consagra e reproduz a supremacia masculina, porém, prejudica o homem quando, por exemplo, o leva a descuidar de sua saúde e a negar riscos frente a qualquer falha na função de provedor. Quando afetado pela doença, ele tende a se calar e a não buscar apoio¹².

Considera-se neste texto que o padrão de masculinidade vigente e no qual os homens são socializados contribui para que eles sejam, ao mesmo tempo, vítimas e principais autores das diferentes expressões de violência social e, principalmente, de autoviolência letal. É padrão da cultura de masculinidade hegemônica, o estímulo à solução de conflitos sociais e pessoais de forma agressiva, pelo uso de armas de fogo e exposição deliberada a riscos e a autoagressão.

Assim, o estudo sobre suicídio de homens idosos é importante, por ser a morte autoinfligida um ato que implica o sujeito e desta forma coloca em xeque os valores e os problemas culturais por ele internalizados¹². Na velhice e na doença, o modelo de masculinidade predominante que valoriza o estoicismo e o controle das emoções, o machismo e a competitividade tende a se exacerbar, uma vez que, no percurso do ciclo vital, outros adultos vão assumindo funções de mando na sociedade e na família, relegando o idoso a um posto secundário. Essa sensação de estar em segundo plano costuma fazê-lo sentir-se inútil em decorrência do afastamento do trabalho; incapaz ou perdedor quando sofre revezes econômicos e humilhado ou impotente frente a problemas relacionais ou de desempenho sexual¹³.

Este artigo problematiza o padrão de masculinidade socialmente dominante como fator de vulnerabilidade para o suicídio de homens idosos. O intuito é aprofundar a relação entre o desempenho da masculinidade, principalmente, quando há dificuldade para exercê-la por velhice, doenças ou perdas econômicas.

Percorso Metodológico

Apresenta-se um estudo qualitativo cuja coleta de informações foi realizada por meio de autópsias psicossociais com familiares de idosos que morreram por suicídio. Os dados aqui analisados fazem parte de uma investigação multicêntrica de cunho quantitativo e qualitativo^{14,15}. Para a pesquisa qualitativa foram selecionados 51 casos em 10 municípios brasileiros com elevados coeficientes de mortalidade por suicídio de idosos nas cinco regiões do país. A análise aqui realizada contemplou 40 casos de homens que morreram por autoviolência ocorridos num intervalo de dois a cinco anos. As fontes de informação foram os bancos de dados oficiais sobre mortalidade, laudos periciais, registros de óbito em cartório, registros hospitalares e informações de profissionais do Sistema Único de Saúde. O trabalho de campo contemplou entrevistas com familiares e vizinhos dos idosos que morreram por suicídio, localizados através de cartas, contatos telefônicos, visitas agendadas com ou sem apoio de profissionais de saúde.

O principal instrumento de pesquisa foi a técnica de autópsia psicossocial^{14,15}, entendida como uma estratégia de coleta de dados que integra os aspectos antropológicos e sociais à análise dos estados emocionais do indivíduo. A caracterização psicossocial dos idosos suicidas foi elaborada a partir de dados de sua história e modo de vida; da avaliação dos antecedentes e da atmosfera do ato de se matar; do impacto na família; da letalidade do método; da proximidade de fontes de apoio; e da intenção já manifesta de suicidar-se; do estado mental que antecedeu o ato fatal; da imagem e das reações da família (tipo de comunicação, relações entre as pessoas, regras e expressão de afetos) e da comunidade.

Os dados utilizados neste artigo foram compilados visando-se a compreender as peculiaridades da situação dos homens idosos que faleceram por suicídio, independentemente da localidade em que o suicídio ocorreu. As autópsias foram analisadas em profundidade, caso a caso, numa abordagem que levou em consideração o relato dos entrevistados, as interpretações dos pesquisadores e os dados de contextualização. A análise final consistiu numa nova organização das informações qualitativas a partir da categoria central *masculinidade* e de duas subcategorias: *trabalho* e *honra*.

O projeto de pesquisa que deu origem a este texto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz (CEP /FIO-

CRUZ). Todos os participantes da pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As recomendações e os cuidados éticos foram respeitados e os familiares que se encontravam em crise foram encaminhados para os serviços de referência e estão sendo acompanhados.

Resultados e Discussão

Embora se dê ênfase às informações dos familiares, julgou-se importante apresentar uma análise temporal, para cuja elaboração dos resultados se utilizaram os dados do Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde. A série histórica do suicídio segundo grupo etário oferece uma visualização eloquente em relação às diferenciações da mortalidade segundo sexo em todas as faixas etárias no Brasil, situação que se pode verificar na maioria dos países¹. Ressalta-se a manutenção ao longo do tempo de um padrão de maior prevalência de mortes entre os idosos do sexo masculino¹⁶ (Gráfico 1).

Igualmente se apresenta uma tabela que resume em parte, a caracterização dos homens idosos que faleceram por suicídio e cujos casos são aqui analisados. A maioria deles (55%) estava na faixa entre 60 e 69 anos, vindo a seguir, os de 70 e 79 anos (25%) e acima de 80 anos (20%). Nas cinco regiões do país a distribuição dos eventos da amostra foi a seguinte: cinco no norte (12,5%), quatorze no nordeste (35%), sete no centro-oeste (17,5%), quatro no sudeste (10%) e dez no sul (25%). Na Tabela 1 está sua distribuição por estado civil, escolaridade, religião e local de residência (urbano ou rural)¹⁵.

Embora a metade desses homens tivesse o ensino fundamental completo ou incompleto, e alguns, nível técnico (50%), uma parcela importante só havia completado o ensino fundamental (47,5%), era analfabeto ou semi-analfabeto (22,5%) ou não havia informação sobre escolaridade (12,5%). Apenas um dos homens que se suicidou tinha nível superior. As regiões sul e nordeste concentraram a quase totalidade dos analfabetos. No nordeste, esses moravam num município com características rurais à semelhança dos três municípios do sul. Níveis melhores de escolaridade foram encontrados entre os idosos que moravam em grandes cidades. Observa-se o predomínio da religião católica, seguida da religião evangélica e sendo que 10 deles, segundo os familiares, não tinham religião. Entende-se que a divisão por cor da pele fica prejudicada na análise

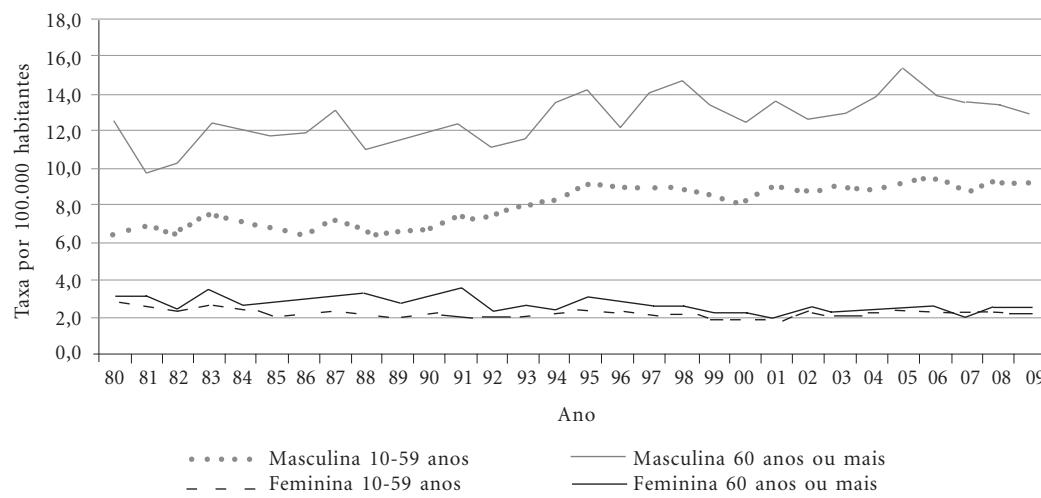


Gráfico 1. Coeficientes de mortalidade por suicídio segundo sexo e faixa etária (10-59 anos e 60 anos ou mais). Brasil, 1980-2009.

Fonte: SIM/MS

Tabela 1. Distribuição dos homens idosos que faleceram por suicídio, segundo estado civil, escolaridade, religião e local de residência (urbana ou rural) nas cinco regiões do país.

	Norte	Nordeste	Centro-Oeste	Sudeste	Sul	Total (N = 40)		
	M	M	M	M	M	M	N	%
	N	N	N	N	N	N		
Estado Civil								
Solteiro(a)	-	-	-	-	-	-	-	-
Casado ou união estável	1	11	7	3	5	27	67,5	
Divorciado ou separado	3	3	-	-	1	7	17,5	
Viúvo(a)	1	-	-	1	4	6	15,0	
Subtotal	5	14	7	4	10	40	100	
Escolaridade								
Analfabeto ou Semianalfabeto	-	4	-	1	4	9	22,5	
Alfabetizado	-	1	-	-	1	2	5,0	
Curso fundamental	4	7	3	1	4	19	47,5	
Curso médio ou técnico	1	2	-	1	-	4	10,0	
Curso superior	-	-	1	-	-	1	2,5	
Não informado	-	-	3	1	1	5	12,5	
Subtotal	5	14	7	4	10	40	100	
Religião								
Católica	4	10	2	1	4	21	52,5	
Evangélica	-	1	1	-	3	5	12,5	
Espírita	-	1	-	-	-	1	2,5	
Nenhuma	1	-	4	-	-	5	12,5	
Não informado	-	2	-	3	3	8	20,0	
Subtotal	5	14	7	4	10	40	100	
Local de residência								
Meio Rural	-	5	-	-	10	15	37,5	
Meio Urbano	5	9	7	4	-	25	62,5	
Subtotal	5	14	7	4	10	40	100	

se por causa da diversidade étnica e regional do grupo pesquisado. A maioria dos idosos se matou por enforcamento (65%), arma de fogo (20%) e envenenamento (10%).¹⁵

Entre esses homens, a maioria havia exercido ou ainda exercia três ramos de atividade: agricultura (34%); prestação de serviços: carpinteiro, pedreiro, serralheiro, estofador, condutor de veículos, garçom e despachante (31.8%); e administração do próprio negócio (20.5%): comerciante, empresário, produtor rural, fazendeiro, dono de restaurante, de mercado e de loja¹⁵.

Trabalho, masculinidade e suicídio

Para os homens, o fator associado ao suicídio mais relevante é a perda de status que o trabalho ou o emprego confere – criando neles uma sensação de ausência de lugar social que o recolhimento à casa não chega a preencher. Para muitos, a aposentadoria ou a inatividade compulsória implica numa mudança radical de organização do tempo, das entradas financeiras e vem carregada de um (anti)valor simbólico, uma vez que altera o sentido do papel social desempenhado até esse momento¹³. Observou-se nas histórias desses idosos: (a) uma perda do sentido da vida, o que os levou ao fechamento em casa, ao isolamento e a um sentimento de inutilidade. Essa perda trouxe à tona, principalmente, uma dificuldade de adaptação a mudanças: manifestada, principalmente pelo sofrimento de ter que abandonar involuntariamente o trabalho por doenças ou perda de autonomia funcional por insistência dos familiares. A principal inadaptação observada foi quanto ao uso do tempo e ao confinamento em casa.

Eis um exemplo, narrado pelos familiares de um idoso:

Havia perdido emprego recentemente na firma na qual era diretor que faliu e o deixou sem indenização. O pedido de aposentadoria foi indeferido devido à falta de recolhimento do INSS pela empresa, faltando ainda vários anos para aposentar-se. A situação financeira da família foi seriamente abalada pelo desemprego do pai. Os filhos tiveram que interromper estudos por falta de pagamento da faculdade. A esposa passou a ter três empregos. Ele se envolveu em sociedade de pouca rentabilidade na qual tinha muitos conflitos com o sócio. Tudo isso o deixou acanhado e o levou a tirar a própria vida (sobre FM, 60 anos, empresário desempregado, Amazonas).

O caso citado diz respeito a um idoso jovem, para quem estar sem trabalho não só o privou

de seu principal meio de sobrevivência e realização pessoal, mas comprometeu sua qualidade de vida, inserção social, o pertencimento a uma classe¹⁷ e também o papel de provedor. A ferida aberta no seu desempenho tradicional o deixou em situação de tamanha vulnerabilidade que a única saída que lhe pareceu viável foi o suicídio. Em mais de 10 casos analisados entre os idosos mais jovens, houve relatos de muito sofrimento por desemprego ou abandono involuntário do trabalho, numa idade em que frequentemente a família ainda precisaria de seu aporte financeiro. Isso lhes causou sentimentos de humilhação e falta de perspectiva. Em pelo menos dois casos, as famílias continuavam a cobrar desses homens que lhes proporcionassem o mesmo padrão de vida que tinham antes de se aposentar, como narra uma entrevistada:

HCO não apresentava alteração de percepções. Mas o ato suicida do meu irmão pode ser associado a questões financeiras, a dívidas de mais de 80 mil reais contraídas pela filha e pela insistência da mulher em querer reformar a casa e querer um carro novo. E ele sem condições. No dia do suicídio ele bebeu muito e a cada latinha de cerveja que consumia falava “hoje eu vou embora, eu dou um fim em tudo”. Após consumir a bebida, foi ao carro e pegou a arma e chamou a filha e a mãe. Ali, na presença das duas, colou a espingarda em sua boca e efetuou o disparo. Mãe e filha que tanto o atormentaram, presenciaram o ato (sobre HCO, técnico em eletrônica, 61 anos, Piauí)

Muitos dos homens idosos (19) com 70 anos ou mais também sentiram o peso da aposentadoria ou do afastamento do trabalho o que lhes era inaceitável, pois não estavam preparados para exercer o ócio, considerado como transgressão ou desvio¹⁸. A maioria se sentia sem valor, *não sirvo para mais nada* e não conseguia usufruir o merecido descanso mesmo após longa vida de trabalho: os dias fora do mundo do trabalho se tornaram uma longa, tediosa e interminável perda de tempo. Vários excertos mostram essa situação:

O trabalho era o eixo central na vida dele e as incapacidades físicas contribuíram para que aos 80 anos, parasse de trabalhar, causando-lhe sentimentos de impotência e inutilidade. Ele se sentia sem vida, sem trabalho e sem companheirismo. O tempo para ele ficou interminável (sobre JB, 92 anos, agricultor aposentado, Rio Grande do Sul).

O médico o impossibilitou de trabalhar e isso o pai não admitia. Ele se lamentava disso, sentia-se inútil, dizia que era melhor morrer; dizia que não tinha o direito de comer já que não trabalhava (sobre FAC, 68 anos, aposentado, Amazonas).

Depois que ele deixou de trabalhar porque se aposentou, não tinha mais condições. Vivia triste, isolado, sofria de insônia, demorava demais para dormir, vivia no canto dele (sobre RPS, 72 anos, aposentado, Piauí).

Geralmente, para os mais velhos entre os idosos, o momento da saída das atividades e a perda de poder sobre suas famílias coincidiram com muitas outras perdas, como a viuvez, o fato de ter que deixar a casa e residir com os filhos e com o padecimento de doenças que passaram a tolher sua autonomia. Assim, muitos se sentiam, segundo seus familiares *sem assunto, calados, tristes, marginalizados sem lugar dentro de sua casa* e sem um repertório narrativo capaz de expressar as limitações do corpo e da saúde. O fato de precisar deixar a residência em que sempre viveram e ter que residir com os filhos – situação encontrada em pelo menos cinco casos – completa essa sensação de inadaptação ao mundo¹⁹.

Embora se fale que na sociedade contemporânea o trabalho perdeu sentido, é exatamente a falta dele, que reafirma sua importância²⁰. Isso é particularmente verdadeiro para os idosos cujos hábitos de vida foram moldados pela construção material, psíquica e moral da ética do trabalho²¹.

Ao analisar a relação entre suicídio e trabalho, Dejours e Bègue²² relembram que historicamente e em várias partes do mundo os agricultores têm sido um grupo com elevadas taxas de suicídio. A lógica camponesa tem nas categorias “terra”, “trabalho” e “família” os alicerces para a construção de uma ética que orienta suas ações, cujo principal objetivo é assegurar a reprodução física e social do grupo doméstico. A articulação entre família e trabalho está presente nas histórias de vida de muitos dos idosos que se suicidaram, principalmente, nos oriundos de regiões rurais^{23,24}. As condições de vida, a solidão e o isolamento desempenham papel importante na gênese deste fenômeno e se somam a ameaças cada vez mais comuns por dívidas contraídas em bancos e pauperização provocada por crises econômicas.

No Rio Grande do Sul, onde as taxas de suicídio são as mais elevadas do país²⁵, os municípios selecionados para a pesquisa eram predominantemente agrícolas e tinham o fumo como cultivo principal. As narrativas das famílias deram ênfase à sua posição cada vez mais dependente das fumageiras. E, nas situações concretas, ainda existe um agravante: no caso de dívidas, a morte do chefe pode liberar a família do saldo devedor. Desta forma, o suicídio por vezes representa uma forma de ele sair honradamente de uma crise financeira. Os relatos a seguir, dizem

respeito às explicações dos familiares sobre os motivos relacionados ao suicídio pela falha em manter a função social do homem do campo:

A situação se agravou pela necessidade de hipotecar a propriedade em decorrência de um financiamento solicitado pelo filho para o plantio de fumo. Ele jamais havia pedido empréstimos e era contrário a esse tipo de compromisso. No ano seguinte aconteceu uma seca de grandes proporções ocasionando perda total da safra. Esse processo de endividamento gerou sentimentos de desvalia e temor de falência (sobre RK, 74 anos, agricultor aposentado, Rio Grande do Sul).

Aposentado e doente (tinha uma doença na próstata e precisava usar sonda e fraldas), seguiu plantando fumo, tentando sobreviver. Ia para a lavoura com a sonda e trabalhava com a enxada. Depois que se aposentou parou com tudo. O dinheiro não dava nem para comprar remédio para ele. Chegavam a dar um prato de boia para nós. A casa era lá em baixo, ela caiu, era tudo podre (sobre JLS, 81 anos, agricultor aposentado, Rio Grande do Sul).

Masculinidade, honra e suicídio

Para grande parte dos idosos que se suicidaram, as questões de honra²⁴⁻²⁷ vêm associadas a perdas de bens, status e prejuízos nos empreendimentos, a casos em que sua reputação foi maculada ou em que enfermidades os tornaram impotentes.

No caso de perdas materiais, para os agricultores as questões principais foram quedas de safras, prejuízo nos negócios e endividamentos. Para os trabalhadores urbanos, a queda no poder aquisitivo com a aposentadoria, apavoramento com a situação de inadimplência financeira, preocupações com empréstimos concedidos e não resarcidos e medo de empobrecimento e de falhar na função de provedor.

Nos estudos sobre a cultura da honra²⁵⁻²⁷ o par honra/vergonha delimita normas, regras de conduta e hierarquias, assumindo feição peculiar em cada sociedade. A honra ainda é um referencial importante na estruturação das relações desiguais de gênero e para a conduta nas atividades laborais, em que o trabalhador assume um compromisso moral de cumprir o acordo com o patrão. A preocupação moral de saldar a dívida aprisiona o trabalhador a si mesmo e aos outros²³. Nos excertos abaixo, observa-se a preocupação em poupar, não contrair dívidas e honrar os compromissos:

Tinha uma preocupação grande em pagar as contas, pagava adiantado para não dever a nin-

guém. Quando não conseguiu pagar e contraiu mais dívidas ele se desesperou. Houve uma perda financeira, com a doença da minha mãe; ele gastou toda a reserva que guardou na vida (sobre AS, 78 anos, funcionário público aposentado, Rio de Janeiro).

Ele dizia que não precisava gastar, ele gostava de guardar dinheiro, nunca fazia financiamento, tinha medo de não conseguir pagar as coisas. Ele dizia: todo mundo vai morrer de fome! Ele ficava apavorado! Aquele ano que ele fez (suicidou-se), a gente tinha financiado, aí ele sempre dizia: está muito seco e não vai dar para pagar (sobre RK, 74 anos, agricultor aposentado, Rio Grande do Sul).

Um homem pode se sentir desonrado quando não salda os compromissos, mas também quando sofre acusações injustas ou falsas. Isso ocorreu com um pastor acusado de desviar fundos de sua igreja. Foi desmentida a acusação, mas a ferida permaneceu incurável. O mesmo aconteceu com outro idoso que havia sido preso injustamente por tráfico de drogas, sofreu muito na prisão e quando saiu, não conseguiu se ajustar nem socialmente nem no emprego. Os dois casos são exemplificados a seguir:

Ele era pastor. Estava deprimido e se sentia um homem derrotado. Falava de sua tristeza por sentir traído, por desconfiarem que ele havia furtado a igreja. Apesar de este episódio ter sido resolvido, ele não conseguiu esquecer nem deixar de sofrer com isso (sobre PI, 66 anos, pastor evangélico, Mato Grosso do Sul).

Ele morreu com uma facada no peito. Ele tinha muitos bens porque era um lutador, mas perdeu tudo. Tinha um relacionamento muito conturbado com uma segunda mulher. Foi preso junto com ela por tráfico de drogas e ele dizia que foi injustamente. Foi muito humilhado na prisão e se dizia traído pela mulher. Saiu e vivia triste, isolado e solitário. Nunca mais se recuperou. Tentou se matar várias vezes com chumbinho (sobre EG, 61 anos, comerciante autônomo, Mato Grosso do Sul).

O fato de muitos homens terem sido criados e educados sob os preceitos da masculinidade hegemônica, com rudeza e privação de afetos com o intuito de serem treinados para o exercício da masculinidade leva-os a reproduzirem este estilo de vínculo com as demais pessoas. Pais de família e provedores eles se sentem os guardiões da honra e controlam a conduta moral e sexual das mulheres e dos filhos:

Ele teve muitas decepções com a filha, não queria que ela saísse e chegasse tarde. Ela saiu de casa e foi morar com os outros. Ela era lésbica. Um filho era homossexual. Dizia que nenhuma filha prestava (sobre OGB, 62 anos, pedreiro, Amazonas).

A perspectiva de ser aquele que capitaneia a sobrevivência econômica da família é um elemento chave que persiste mesmo quando o homem não trabalha ou se torna dependente dos filhos ou de outras pessoas. Falhar no cumprimento desse papel pode significar desonra e vergonha:

Ele não dava um centavo dentro de casa, tudo era sustentado pela mãe. O pouco que ele recebia era para a filha do outro casamento. Ele voltou a morar com a gente, mas ainda tinha relação com a outra mulher. A maior vergonha dele era a dependência financeira que tinha com minha mãe, pois o pouco dinheiro que recebia era para a outra mulher, eles tinham um filho e ele morria de medo de ser preso por não pagar pensão (sobre JNC, 62 anos, estofador, Piauí).

Tradicionalmente, dentro da divisão sexual do trabalho e das competências, a casa é o espaço feminino ou feminilizante, e nem o homem gosta de se apossar dele para não colocar em risco a sua masculinidade e muitas mulheres preferem que ele não execute tarefas domésticas. Vários idosos, por limitações decorrentes da idade ou doença, acabam ficando restritos ao lar e dependentes do cuidado dos filhos ou da mulher. As histórias mostram que muitos abominavam tais limitações e mesmo sem condições físicas, evitam o que chamam *o papel de mulherzinhas*²⁸. Nesse sentido, há uma visão de superioridade e apego à divisão sexual do trabalho tradicional. Quando essa relação é rompida por falta de autonomia, viuvez, separação ou mesmo abandono por parte da esposa, o homem idoso fica mais vulnerável ao suicídio.

Ele ficou muito isolado, sem a família perto, acredito que se ele tivesse mais apoio, se a família fosse mais próxima não teria acontecido o suicídio (sobre ESS, 79 anos, agricultor aposentado, Rio de Janeiro).

Ele era fechado, conflituoso, pouco comunicativo com os filhos. Veio da roça e nunca se adaptou à cidade. Sofreu várias perdas, perdeu um filho por acidente de trabalho e perdeu a mulher. Sete dias depois da morte da mulher ele se matou (sobre SJ, 90 anos, agricultor aposentado, Amazonas).

Ele se enforcou. Tinha 90 anos. Os filhos bloquearam seus bens, a mulher batia nele com porrete. Ele tinha sentimento de culpa porque tinha uma amante, vivia oprimido de medo e triste pelo abandono dos filhos e maus tratos da mulher (sobre LD, 80 anos, engenheiro aposentado, Mato Grosso do Sul).

Na socialização do homem dentro da visão machista é imperativo o exercício de uma sexualidade urgente que se for reprimida põe em risco a

virilidade. A ele é permitida a realização de práticas sexuais com várias parceiras, e dele se espera a capacidade de manter relações em razão da boa função do órgão sexual²⁹. A incapacidade de ter relações sexuais ameaça o processo de identificação masculina e mobiliza intensos sentimentos de agressão contra si ou contra o outro. Várias histórias ouvidas falam de homens que não aguentaram ser traídos, abandonados e substituídos:

Ele mantinha um relacionamento conturbado com a mulher que o humilhava e o chamava de velho. Havia vários tipos de briga entre o casal. Havia até desconfiança a respeito da paternidade do segundo filho do casal. Isso o deprimia e o isolava (sobre EP, 61 anos, comerciante autônomo, Mato Grosso do Sul).

Não concordou com a separação e nem com o fato de sua ex-esposa ter casado novamente. Era um homem simples do interior de padrões rígidos e não aceitava muito bem as circunstâncias que passou a viver na família. Sentia uma dor insuportável que interferiu na sua vida sexual a ponto de ele chegar a declarar: eu não sou mais homem para uma mulher (sobre OGB, 62 anos, pedreiro, Amazonas).

Sofria maus-tratos praticados por sua esposa, agressões eram praticadas com um porrete de madeira, parecido com um taco de beisebol. A esposa se relacionava com um amante no domicílio onde eles viviam e ele se sentia muito humilhado. Ele não aguentou! (sobre LD, 80 anos, engenheiro aposentado, Mato Grosso do Sul).

Para muitos homens, o fato de perderem o controle sobre suas esposas ou companheiras, o que na cultura patriarcal significa uma falha no cumprimento dos mandados da masculinidade, pode ser mais insuportável que a morte ou o ato suicida.

Incidindo na ideia de perda de honra se encontram também as vivências de enfermidades degenerativas. Neste estudo, essas situações se apresentaram de diversas formas: dependências por acidentes de trabalho ou de trânsito, amputações de membros ou cegueira por problemas de diabetes e, particularmente, cirurgia de bexiga, de hérnia, de intestino com necessidade de colostomia e de câncer de próstata que deixou vários deles impotentes. Vários também sofriam muito pela ameaça de ter membros amputados por diabetes.

Ele não se conformava por ter deixado o trabalho. Era diabético, tinha medo de ficar cego e perder os membros e apareceu com um câncer de bexiga. Ele tinha medo e vergonha da degeneração (sobre CLS, 83 anos, despachante aposentado, Rio de Janeiro).

Ele dizia que não era mais homem. Quebrou a bacia, não podia mais andar e apareceu com problema de próstata. Vivia na maior tristeza, calado e solitário (sobre FG, 92 anos, carpinteiro aposentado, Mato Grosso do Sul)

Ele morreu enforcado com 81 anos. Com o passar do tempo ele foi ficando violento e dizia que não era mais homem porque estava impotente. Teve que fazer cirurgia da bexiga e da próstata, usava sonda e sentia muita vergonha e humilhação (sobre JLS, 81 anos, agricultor aposentado, Rio Grande do Sul).

Esse tipo de conflito pode ser expresso na assertão *não sirvo mais como homem* frase recursiva nas histórias dos homens idosos aqui contemplados. Acredita-se que o modelo cultural da honra esteja mais presente nas condutas dos homens mais velhos e existe uma boa hipótese de que tal padrão vá se modificando pelo avanço na igualdade nas condições de gênero, sobretudo nas áreas urbanas.

Considerações finais

O suicídio de homens idosos é hoje considerado um problema de saúde pública na maioria dos países^{1,27-29}. Como se pode constatar neste estudo são vários os fatores que se associam à morte autoinfligida desse grupo social, sendo inegável a importância da cultura masculina hegemônica como fator de preeminência das taxas de suicídios masculinos em relação aos femininos. Isso pode ser demonstrado por meio de autópsias psicossociais¹⁵ assim como estudos de série histórica e ecológicos¹⁶.

Em geral, a maioria dos autores aqui citados³⁰⁻³² ressalta que as mulheres idosas não só morrem menos por violência ou autoviolência que os homens, como cuidam mais da saúde e da sociabilidade. Pois, mesmo na velhice, elas costumam dar continuidade a suas funções de cuidadoras, a exercer atividades domésticas e a ter uma relação mais próxima e comunicativa com os familiares e com a comunidade vicinal. E, quando adoecem, procuram mais frequentemente o auxílio médico, além de, culturalmente, resistirem mais ao sofrimento e à dor^{12,28,33,34}.

Pelo exposto, conclui-se que hoje no Brasil, cuidar da saúde do homem idoso é um tema de alta relevância. Infelizmente e apesar do crescimento acelerado da expectativa de vida, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem contempla diretrizes apenas para as faixas que vão de 25 a 59 anos, ou seja, para o período

tradicional e ideologicamente reconhecido como produtivo³⁵. Nesse sentido, ressalta-se a importância de ser retomado o debate que estabeleceu esse limite, uma vez que o quadro demográfico demonstra que hoje muitos homens idosos estão vivendo até 90 ou mais anos, sendo a faixa acima 80 anos a que proporcionalmente mais cresce no país³⁶. Todos os que trabalham no campo da geriatria sabem que os homens brasileiros acima de 60 anos estão cada vez mais integrados à sociedade e têm vida sexual e de trabalho ativa. No entanto há um grupo com sérios problemas de saúde, para os quais – sobretudo no interior do país – faltam assistência e cuidados adequados. Pela evidente mudança quantitativa e qualitativa no perfil da coorte etária formada pelos idosos, não se pode hoje deixá-la de fora da Política de Saúde voltada para o homem. Ao recortar a etapa de cuidados sob a perspectiva de gênero apenas à tradicional vida produtiva, poder-se-ia pensar que o Ministério da Saúde estaria focalizando diretrizes de ação para as pessoas acima de 60 anos para Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa³⁷, o que estaria fundamentado na ideia de cuidados por ciclo de vida. No entanto, a categoria “gênero” também não está presente nesse último texto, pois nele não se distinguem as necessidades peculiares aos homens e às mulheres. O que leva a concluir que o setor saúde, do ponto de vista oficial, considera os idosos acima de 60 anos como assexuados. Pensando concretamente no fenômeno do suicídio, buscou-se analisar o documento da Política Nacional de Saúde Mental³⁸ que visa a consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária. Ele propõe a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, e preconiza cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece. Este modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura

e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais e em CAPS especializados). No entanto, nas diretrizes, o documento dá ênfase ao grupo jovem e nem cita a questão dos idosos.

Assim as citadas políticas de saúde ressaltam um não lugar para o idoso sob a perspectiva de gênero. Sendo o homem idoso um grupo de elevado risco para a violência autoinflicted sugere-se que o tema aqui tratado seja recolocado nas diretrizes para ação do setor saúde e lhe seja dada a relevância que merece. É muito importante que o sistema de saúde e os serviços sociais tomem consciência dessa situação de saúde pública¹.

Deve-se enfatizar que os homens idosos precisam de uma atenção específica, particularmente nos momentos de passagem da vida laboral para a aposentadoria, nas situações de perdas de familiares referenciais e quando são diagnosticados com enfermidades crônicas degenerativas como diabetes e câncer ou têm que enfrentar deficiências ou dependências. Além do mais, discutir e incentivar a mudança nos papéis tradicionais de gênero auxilia homens e mulheres a tolerar possíveis falhas no padrão de desempenho das masculinidades.

É bem verdade que as diretrizes das políticas de promoção da saúde oferecem uma linguagem para ação. Mas não há dúvidas de que os homens idosos, assim como mulheres idosas, precisam de muito mais reconhecimento e apoio do que recebem hoje nos programas, nos serviços e de seus familiares. Quanto aos parentes, boa parte dos relatos salientou que os idosos se queixavam de solidão, tristeza e sofrimento pela ausência ou pouca comunicação com os filhos e netos, exatamente no momento em que ficaram mais vulneráveis por causa de várias perdas e adoecimentos.

Nesse sentido, o suicídio de homens idosos fala menos da morte que das condições, situações e problemas que eles encontram ao final da vida e revela, com eloquência, o peso de questões culturais e relacionais que os descartam, os desconhecem ou os isolam.

Colaboradores

MCS Minayo, SN Meneghel e FG Cavalcante participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Organização Mundial de Saúde (OMS). Violência autoinfligida. In: Organização Mundial de Saúde (OMS). *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*. Genebra: OMS; 2002. p. 182-210.
2. Souza ER, Lima MLC. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. *Cien Saude Colet* 2006; 11(Supl.):1211-1226.
3. Guerrero R, Lozano R, Espinoza R, Minayo MCS, Gutierrez MI, Ward E. Violencia en la región de las Américas, cap. XIV. Finkelman J, organizador. In: *Determinantes Ambientales y Sociales de la Salud*. Washington: OPAS; 2010. p. 195-210.
4. Marín-León L, Barros MBA. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. *Rev Saude Publica* 2003; 37(3):357-363.
5. Scott JW. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade* 1995; 2(2):71-99.
6. Hirata H, Laborie F, Le Doaré H, Senotier D, organizadoras. *Dicionário de Feminismo*. São Paulo: Editora UNESP; 2009.
7. Kimmel MS. *The Gendered Society*. New York, Oxford: Oxford University Press; 2000.
8. Connell RW. *Masculinities*. Berkeley: University of California Press; 2005.
9. 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.
10. Bourdieu P. *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2003.
11. Musskopf AS. Identidade masculina e corporeidade: uma abordagem queer. In: Musskopf AS, Ströher MJ, organizadores. *Corporeidade, etnia e masculinidade*. São Leopoldo: Sinodal; 2005.
12. Meneghel SN, Victora CG, Faria NM, Pinheiro L. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Rev Saude Publica* 2004; 38(6):804-810.
13. Fäber S. Envelhecimento e elaboração de perdas. *A terceira idade* 2012; 23(53):7-17.
14. Shneidman ES. *Autopsy of a Suicidal Mind*. New York: Oxford University Press; 2004.
15. Cavalcante FG, Minayo, MCS. Autópsias psicológicas e psicosociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. *Cien Saude Colet* 2012, 17(8):1943-1954.
16. Pinto LW, Assis SG, Pires TO, Minayo MCS. Mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais nos municípios brasileiros no período de 1996 a 2007. *Cien Saude Colet* 2012; 17(8):1963-1972.
17. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese). A situação do trabalho no Brasil. [Caderno Técnico]. São Paulo: Dieese; 2001.
18. Tagliamento G, Toneli MJ. (Não) trabalho e masculinidades produzidas em contextos familiares de camadas médias. *Psicologia e Sociedade* 2010; 22(2):345-354.
19. Elias N. *A solidão dos moribundos*. Seguido de “Envelhecer e morrer”. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001.
20. Nardi HC. *Ética, trabalho e subjetividade*. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2006.
21. Fonseca TG. *Modos de trabalhar e modos de subjetivar*. Tempos de reestruturação produtiva: um estudo de caso. Porto Alegre: Ed. UFRGS; 2002.
22. Déjours C, Bègue F. *Suicídio e trabalho*: o que fazer? Brasília: Paralelo 15; 2010.
23. Martins JS. *Fronteira: a degradação do outro nos confins do humano*. São Paulo: Hucitec; 1997.
24. Cleary A. Suicidal action, emotional expression and the performance of masculinities. *Soc Sci Med* 2012; 74(4):498-505.
25. Peristiany JG, organizador. *Honra e Vergonha: valores das sociedades mediterrâneas*. 1ª Edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 1965.
26. Peristiany JG, Pitt-Rivers J. *Honor and Grace in Anthropology*. Cambridge: Cambridge University Press; 1992.
27. Rohden F. Para que serve o conceito de honra, ainda hoje? *Campos* 2006; 7(2):101-120.
28. Meneghel SN, Ceccon RF, Hesler LZ, Grubits S, Silva RM, Gutierrez DMD. Suicídio em idosos – uma perspectiva de gênero. *Cien Saude Colet* 2012; 17(8):1983-1992.
29. Vicente DD, Souza L. Razão e sensibilidade: ambigüidades e transformações no modelo hegemônico de masculinidade. *Arquivos Brasileiros de Psicologia* 2006; 58(1):1-34.
30. Osuna E, Perez-Carceles M, Conejero J, Abenza JM, Luna A. Epidemiology of suicide in elderly people in Madrid, Spain (1990–1994). *Forensic Sci Int* 1997; 87(1):73-80.
31. De Leo D, Padoani W, Scocco P, Bille-Grahe U, Arcs-nman E, Bjerke T, Crepet P, Haring C, Hawton K, Longvist J, Michel K, Pommeread X, Querejeta I, Phillippe J, Salander-Renberg E, Schmidtke A, Weinacker B, Temesvary B, Wasserman D, Sampaio-Faria JG. Elderly suicidal behaviour: results from WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Int J Geriatr Psychiatr* 2001; 16(3):300-310.
32. Beeston D. *Older People and Suicide*. Centre for Ageing and Mental Health. UK: Stanfordshire University; 2006.
33. Gomes R, Nascimento EF. A produção de conhecimento da saúde pública sobre a relação homem saúde: Uma revisão bibliográfica. *Cad Saude Pública* 2006; 22(5):901-911.
34. 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 Saude Pública* 2007; 23(3):565-574.
35. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes*. Brasília: MS; 2009.
36. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*, 2009. Rio de Janeiro: IBGE; 2010
37. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília: MS; 2006.
38. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional De Saúde Mental*. Brasília: MS; 2009.