

Tentativa de suicídio em mulheres idosas – uma perspectiva de gênero

Suicide attempts by elderly women
– from a gender perspective

Stela Nazareth Meneghel¹

Rosylaine Moura²

Lilian Zielke Hesler²

Denise Machado Duran Gutierrez³

Abstract *This article analyzes the presence of gender inequality and violence in the lives of elderly women who have attempted suicide. This survey is part of a qualitative research study developed in twelve municipal regions in Brazil with high levels of suicide, and is coordinated by Claves-Fiocruz. Information was obtained by means of semi-structured interviews with thirty-two women from a sampling of fifty-nine elderly women with a history of attempted suicide. It was decided not to identify the interviewees, and to construct a narrative based on events that have occurred in the lives of all these women. The study was based on the women's life cycle (infancy, youth, adult life and old age) to see if gender inequality had been an issue in each of these phases. The inequalities began in infancy with differentiated gender upbringing; these continued during their youth and with their sexual initiation, marriage and maturity these continued during their adult life through acts of violence committed by their partners and/or other family members which culminates in old age, when they are deprived of their independence and have lost ties, possessions and points of reference. These lives permeated with violence result in a feeling of emptiness and unworthiness, and lead many elderly women to view death as their only solution.*

Key words *Attempted suicide, Women, Gender, Violence*

Resumo *Este artigo analisa a presença de desigualdades e violências de gênero na vida de mulheres idosas que tentaram o suicídio. O estudo faz parte de uma pesquisa qualitativa desenvolvida em 12 municípios brasileiros com elevadas taxas de suicídio, coordenada pelo Claves-Fiocruz. As informações foram produzidas em entrevistas semiestruturadas com 32 mulheres de uma amostra de 59 idosos com história de tentativa de suicídio. A análise constatou desigualdades e violências de gênero ao longo do ciclo vital de 27 idosas. Optou-se por não identificar as depoentes, construindo-se uma só história a partir de eventos similares presentes nas vidas de todas elas. Trabalhou-se com o ciclo vital (infância, juventude, vida adulta e velhice) verificando a presença de desigualdades de gênero em cada uma das fases. As desigualdades iniciam na infância com a educação diferenciada de gênero; seguem na juventude, com a iniciação sexual, o casamento e a maternidade; continuam na vida adulta por meio da violência perpetrada por parceiro íntimo e/ou outros familiares e culminam com uma velhice destituída de autonomia em que há perda de laços, de bens e de referências. Essas vidas atravessadas por violências produzem sentimentos de vazio e inutilidade, e fazem com que muitas idosas percebam a morte como a única saída.*

Palavras-chave *Tentativa de suicídio, Mulheres, Gênero, Violência*

¹ Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). R. São Manoel 963, Rio Branco. 960620-110 Porto Alegre RS Brasil.

stelameneghel@gmail.com

² Escola de Enfermagem, UFRGS.

³ Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Amazonas.

Introdução

Os elevados índices de suicídio, tentativas e ideação suicida caracterizam esse tema como um importante problema de saúde pública. As mortes por suicídio aumentaram 60% nos últimos 45 anos¹, representando à 13ª causa mundial de mortalidade². Estudos sobre tentativas de suicídio são mais raros e mais difíceis de serem realizados. Estima-se que uma grande parte destes eventos permaneça desconhecida dos serviços de saúde, não diagnosticada corretamente ou subnotificada.

O suicídio é um fato social, como já havia pensado Durkheim³, configura uma situação complexa, com múltiplos determinantes que mudam de acordo com a cultura, momento histórico e grupo social⁴. As tentativas de suicídio podem ser consideradas atos de autoagressão que não atingiram o desfecho letal, porém costumam ser repetidas, constituem um dos principais preditores do suicídio e mais de 10% atingem a morte após uma ou várias ocorrências⁵.

A maioria das pessoas, ao longo da vida pensa muitas vezes na própria morte, o que faz parte do processo de amadurecimento e envelhecimento, porém, quando elas começam a elaborar um plano e a tomar providências para realizá-lo, o fato se torna mais concreto, podendo passar da ideação – uma característica mais vaga – para a tentativa e o suicídio consumado. Em estudo populacional realizado no Brasil encontrou-se prevalência de 17,1% para ideação; 4,8% para plano suicida e 2,8% para tentativas de suicídio no curso da vida dos entrevistados⁶.

Os determinantes da autoagressão são vários, incluindo-se causas psicológicas, econômicas, sociais, desigualdades de gênero e crises vitais, embora não exista consenso em relação a eles. Perdas, doenças graves ou incapacitantes, reverses econômicos, eventos que geram sofrimento emocional intenso podem aumentar o risco para todas as formas de comportamento autoagressivo, quando as pessoas começam a vislumbrar a morte como alternativa para evitar a dor.

Estima-se que, na população, para cada suicídio consumado ocorram pelo menos vinte tentativas⁷. Nos idosos esta relação está mais próxima, a razão entre tentativas e suicídios efetivados é aproximadamente 2:1, o que torna este fenômeno ainda mais grave⁸.

No Brasil, um estudo de base populacional apontou que tanto a ideação, quanto o plano e as tentativas de suicídio são mais prevalentes em mulheres jovens. A ideação e o plano suicida são mais frequentes entre os que vivem sozinhos

(solteiros, viúvos e separados), entre os espíritas e os de maior renda. Para cada três tentativas, somente uma chega a ser atendida em um serviço de saúde⁶. Outra pesquisa brasileira que estimou o excesso de mortalidade entre os indivíduos que tentaram o suicídio encontrou uma taxa de mortalidade superior à esperada para a população e 90% dos que se suicidaram, o fizeram nos primeiros vinte quatro meses após a tentativa⁹.

Na maioria dos países, as taxas de suicídio são três a quatro vezes maiores em homens, enquanto as mulheres apresentam mais ideação e tentativas^{6,10-12}, fato que tem sido denominado “paradoxo do suicídio”, representado pela maior frequência de tentativas em mulheres e de suicídios consumados em homens¹³.

O início precoce da vida sexual feminina em comunidades conservadoras, a presença de abortos, gravidez indesejada e problemas com a imagem corporal podem significar risco para autoagressão¹⁴. Violência doméstica e abuso sexual, padrões conservadores de gênero e sofrimento mental¹⁵⁻¹⁹ são preditores de autoagressão, assim como o exercício da prostituição e a exploração sexual^{20,21}.

Em estudo sobre suicídio realizado no Brasil, observou-se que muitas das idosas haviam sofrido violências e que se suicidaram após terem cumprido rigidamente o papel de gênero imposto a elas pela sociedade patriarcal²²⁻²⁴.

O comportamento autoagressivo de mulheres, expresso em tentativas e suicídios consumados, é considerado menos prevalente que o de homens e, portanto, pouco estudado e valorizado²⁵. Além do mais, a perspectiva de gênero tem sido pouco utilizada para analisar eventos vitais, inclusive o suicídio, o que justifica estudos com este recorte. Este artigo tem como objetivo compreender as desigualdades e violências de gênero na vida de mulheres brasileiras idosas que tentaram se suicidar.

Trajetó metodológico

Esse é um estudo qualitativo, cuja produção de informações foi realizada por meio de entrevistas em profundidade com idosos e idosas que haviam realizado uma ou mais tentativas de suicídio. A investigação faz parte de uma pesquisa multicêntrica nacional intitulada “Estudo sobre tentativas de suicídio em idosos sob a perspectiva da saúde pública”²⁶.

Foram selecionados, nas cinco macrorregiões brasileiras, municípios com elevados coefi-

cientes de mortalidade por suicídio em idosos ou na população geral, a partir da compreensão de que onde há mais suicídios há também mais tentativas^{7,8}. Doze cidades compuseram a amostra, na região sul: Venâncio Aires, Santa Cruz do Sul, Candelária e Porto Alegre (RS); na região norte: Manaus (AM); na região nordeste: Fortaleza (CE), Recife (PE), Teresina e Piripiri (PI); na região centro-oeste: Campo Grande e Dourados (MS) e na região sudeste: Rio de Janeiro (RJ).

Os procedimentos para identificar as pessoas que tentaram se suicidar variaram de acordo com o local e, para encontrar estas pessoas, foram feitos contatos com as secretarias municipais de saúde, serviços de pronto atendimento e de segurança pública, hospitais, Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) e Instituições de Longa Permanência (ILP). Em alguns municípios, os profissionais relatavam baixa ocorrência de tentativas de suicídios na população idosa, dificultando o processo de busca e seleção dos participantes. Nas Instituições de Longa Permanência, o contato com os idosos foi intermediado pelos gestores.

Em cada município, estimava-se realizar seis entrevistas com pessoas que possuíam histórico de tentativas, compondo uma amostra intencional de 72 pessoas. Houve locais onde o número de entrevistas foi menor, obtendo-se ao final, 59 entrevistas de idosos no país, dos quais 32 mulheres.

Neste artigo, estudou-se a presença de vulnerabilidades e violências de gênero na vida de 27 mulheres que tentaram suicídio e que constituíram a maioria das entrevistadas. Cinco mulheres não relataram episódios de desigualdades de gênero e violência, portanto, não foram incluídas neste estudo.

Utilizou-se um roteiro específico de entrevista para ouvir a pessoa idosa²⁶, reunindo informações para identificação, dados demográficos, configuração familiar, morbidades, estado mental que antecedeu a tentativa, possíveis causas, impacto sobre a família, presença de vulnerabilidades e violências de gênero e possibilidades de superação do fato.

Após a realização das entrevistas, os dados foram compilados e organizados em um *corpus* para que se procedesse a pré-análise, a busca da compreensão das histórias e uma síntese analítica de cada caso e do conjunto deles.

A análise teve início com a leitura cuidadosa das histórias de vida. Nessa leitura, as violências apareceram como um fator de sofrimento emocional em todas as etapas do ciclo vital até o envelhecimento. A perspectiva aqui adotada é a

abordagem do *lifespan*^{27,28}, que permite compreender o desenvolvimento humano como processo contínuo, multidimensional e multidirecional.

A análise permitiu perceber os efeitos que as desigualdades e violências de gênero produzem ao longo da vida, culminando com o desejo de morrer na velhice. Assim, não se trabalhou com categorias, mas com fases do ciclo vital e foi identificado em cada um dos momentos do desenvolvimento feminino - infância, juventude, vida adulta e velhice - o *script* de gênero que a(s) mulher(es) precisam seguir e, em que sentido ele pode produzir sofrimento. Construiu-se uma só história feita de pedaços de narrativas da maioria das entrevistadas. A violência atravessou a vida de praticamente todas elas e ocorreu em pelo menos uma das etapas do desenvolvimento, em maior ou menor grau de gravidade e intensidade. Portanto, optamos por não identificar as falas das depoentes deste estudo de forma individualizada, já que as desigualdades e violências foram uma situação comum entre elas, não aparecendo diferenciação segundo o lugar de moradia ou a idade das idosas, ou seja, os excertos apresentados poderiam ser de qualquer uma delas. Acreditamos que este processo de síntese permite minimizar a perspectiva individual e ampliar o olhar na direção de outros determinantes do evento.

O intuito não foi o de proceder a generalizações ou universalizações, mas de evidenciar aspectos comuns, embora singulares, que se repetiram nas vidas das mulheres. Para cada etapa da vida foi utilizado um subtítulo síntese, que emergiu da leitura da biografia das pessoas que tentaram o suicídio.

Este projeto foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (CEP/ENSP). Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As recomendações e cuidados éticos previstos, conforme Resolução CNS/Nº 466/12²⁹, foram respeitados e as pessoas que se encontravam em sofrimento emocional foram encaminhadas para os serviços de referência e estão sendo acompanhadas.

Resultados e Discussão

A amostra de mulheres selecionadas é constituída por 27 mulheres idosas entrevistadas que relataram situações de desigualdade ou violência decorrente de gênero em algum ou vários momentos do ciclo vital; 56% está na faixa etária dos 60 aos 70 anos, 33% é analfabeta e grande parte (44%)

cursou apenas parte do ensino fundamental. Praticamente metade delas (48%) exerceu e continua exercendo funções ligadas ao trabalho doméstico e ao cuidado. Apesar de residirem atualmente na zona urbana (85%), muitas nasceram e viveram muitos anos em região rural, trabalhando em atividades agrícolas. A maioria esteve casada em algum momento da vida, embora na velhice estejam separadas (22%) ou viúvas (33%). Muitas tiveram filhos e 44% vive na casa de outras pessoas ou em Instituições de Longa Permanência (ILP) e, mesmo que grande parte (70%) possua algum benefício ou aposentadoria, esses provimentos são insuficientes para mantê-las fora dessas instituições ou em suas próprias casas.

As questões ligadas a gênero na vida destas mulheres, entendidas como fatores que possam tê-las levado a pensar e tentar a morte, compreendiam desde o rígido desempenho de papéis de gênero, a posição de desigualdade ou falta de poder em relação ao marido, filhos ou familiares, até as violências (verbal, psicológica, física, sexual, patrimonial, institucional), sofridas e referidas em algum ou vários momentos da vida. Essas violências foram perpetradas na infância, juventude, idade adulta e na velhice, por pais, parceiros íntimos, filhos, familiares, conhecidos, patrões, profissionais de serviços, entre outros. A violência verbal ou psicológica foi relatada por 21 das 27 idosas, a violência física por 13, a violência patrimonial por sete e a violência sexual por cinco mulheres.

Desigualdades e violências de gênero na vida de idosas que tentaram morrer

A diferença na distribuição e frequência do comportamento suicida entre os sexos tem influenciado o debate sobre a importância da condição de gênero na ocorrência de eventos vitais, incluindo o suicídio^{4,13,14}. Na sociedade patriarcal existe desigualdade na distribuição de poder entre os gêneros e atribuição ou naturalização de papéis específicos a homens e mulheres³⁰⁻³². As hierarquias de poder geram desigualdade e expõem as mulheres a situações de violência ao longo da vida. Esse processo ocorre desde a socialização das meninas e a educação diferenciada de gênero, seguindo na vida adulta com a divisão sexual do trabalho e a ausência de remuneração para as atividades domésticas. Acrescentam-se as infrações aos direitos sexuais e reprodutivos, incluindo-se o estupro como iniciação sexual, os casamentos forçados, arranjos ou usados para fugir das violências familiares, a maternidade

obrigatória, a criminalização do aborto, a dificuldade de acesso à contracepção e a negociação de sexo seguro e, na velhice, a expoliação de bens e direitos. Estes fatos constituem situações de tamanho sofrimento que podem levar à ideação, tentativa e suicídio consumado³³.

A violência constitui um componente fundamental do adestramento das mulheres para viverem sob o sistema patriarcal. Ela é exercida em todas as etapas do ciclo vital em sociedades regidas pela divisão sexual de papéis. A violência de gênero é uma situação que pode apresentar como uma de suas consequências mais graves o suicídio das mulheres atingidas, havendo relação direta entre esses dois eventos^{25,34,35}.

As mulheres, de que estamos nos referindo, atualmente com mais de 60 anos, nasceram nas décadas de 40 e 50 do século XX e foram educadas e socializadas de um modo mais conservador que o atual. Além das injunções do tempo histórico, muitas nasceram e viveram parte da vida em região rural, onde os padrões de gênero eram e continuam a ser mais rígidos que nas cidades. Esse fato deve estar presente na leitura deste relato³⁶.

Muitas apresentam em suas famílias de origem modelos femininos sobrecarregados pelo trabalho duro, pobreza e exclusão social, o que coloca em relevo o aspecto transgeracional e a reprodução social das pautas de gênero.

Infância: meninas abandonadas, ninguém me quis

A diferenciação de gênero ocorre mesmo antes do parto, quando em algumas sociedades, o nascimento de um menino é mais apreciado e há uma desvalorização histórica das mulheres, induzindo a um número elevado de abortos do sexo feminino e abandono de meninas, como se observa em alguns países e regiões.

A educação diferenciada de gênero veicula aquilo que é esperado para cada um dos sexos, os papéis de gênero valorizam o homem em detrimento da mulher e legitimam a dominação masculina³⁷, o exercício de poder desigual entre os sexos e a posição de subalternidade feminina. Nesse contexto, a mulher é destituída de autonomia e do direito de decidir, inclusive sobre o seu corpo. Os espaços de aprendizado e os processos de socialização vão reforçar os preconceitos e estereótipos de gênero como próprios de uma suposta natureza (feminina e masculina), apoiando-se, sobretudo, na determinação biológica, que assume aparência de naturalidade.

Além das situações estruturais, as experiências adversas na infância, assim como exposição precoce à violência e ao trauma, aumentam os sentimentos de depressão e afetam a habilidade de enfrentar eventos estressores, influenciando comportamentos autoagressivos³⁸. Na vida das mulheres vulneráveis que não querem mais viver, ouvidas neste estudo, os relatos falam da socialização de gênero que as educou para trabalhar, obedecer e servir. Várias idosas enfatizaram a rigidez com que foram educadas na infância para o cumprimento de tarefas e os castigos físicos que sofreram. Nesta etapa da vida, as meninas começam a ser subjetivadas para cumprir o destino de gênero, incorporar os papéis sexuais e aceitar a submissão como a conduta normal para as mulheres.

Houve idosas nas várias localidades que compuseram este estudo que, quando meninas, sofreram os efeitos de uma rigorosa educação de gênero. Muitas nasceram e passaram a infância em área rural. Outras ficaram órfãs muito cedo ou eram sobreviventes de famílias separadas e ficaram sob a responsabilidade de parentes ou de pessoas que as criaram. *A minha mãe tinha morrido, não deu tempo de ela me ensinar nada. Meu pai jogou nós para lá, à toa, daí uma mulher pediu a gente e levou para casa dela. Mas ela judiou de mim e só queria que eu trabalhasse desde pequeninha.*

Nestes casos, era impossível prever o grau de comprometimento, afetividade e vínculo que se estabeleceria na nova dinâmica familiar. E para a criança nada era explicado, ela simplesmente tinha que obedecer, ou seja, ela apresentava uma ausência de poder de decisão, escolha e consentimento sobre seu futuro. Além de ter que lidar com o sentimento da perda da mãe, vivenciava outros tipos de sofrimentos como o desprendimento da família, a separação dos irmãos e parentes, a servidão dos trabalhos domésticos não remunerados e as punições físicas. Os desejos de morte e tentativas de autodestruição que essa e outras mulheres vivenciam confirmam que as violências perpetradas contra crianças produzem consequências para a saúde mental durante toda a vida¹⁵.

A doação de meninas para fazer trabalhos domésticos não remunerados em casas de famílias de posses era frequente no passado e ainda persiste em várias regiões do país. E desde muito pequenas, se elas não cumpriam as regras, a correção e o disciplinamento eram feitos pela violência física. *Fiquei solta no mundo, apanhei muito de pau, de porrete, até de açoite de tocar boi.*

Algumas mulheres relataram fugas para evitar abusos, maus tratos e castigos, *dentro de casa era muito judiada. Ficava na casa dos outros para não passar o tempo todo apanhando.* Outras referiram trabalho duro na roça de manhã à noite. Adestradas para a limpeza, para o trabalho e para os afazeres domésticos, essas viveram uma infância de exploração, sem acesso à escola, ao lazer, ao descanso, à satisfação das necessidades básicas, beirando os limites do trabalho escravo.

Juventude: perdi a mocidade por esta besteira de homem

Dentre os fatores de risco para o suicídio feminino na juventude e vida adulta estão a baixa escolaridade e *status* social, poucas oportunidades de trabalho e dependência econômica do cônjuge ou da família extensa^{14,39}. Na adolescência, muitas mulheres abandonaram a escola para assumir tarefas domésticas e outras não chegaram ao ensino formal, *eu tinha muita vontade de estudar e não pude, na minha vida só trabalhava, e ele [a pessoa a quem ela foi doada] não me pôs na escola para estudar, nem nada, não sei meu nome escrito, não sei nada.* Um terço das idosas brasileiras ouvidas nesta pesquisa e que tentaram suicidar-se é analfabeta.

Ainda são fatores de risco para suicídio as desvantagens ligadas a gênero, como casamentos precoces e arranjos, gravidez indesejada, falta de autonomia sexual e reprodutiva, além da violência e abuso sexual^{14,15,20}. O abuso sexual é um agravo cuja associação com tentativas de suicídio está bem estabelecida, apresentando risco relativo elevado e indicando que as jovens que o sofrem são prejudicadas com efeitos negativos duradouros, particularmente quando não recebem apoio psicossocial, que inclua escuta, cuidado e atenção^{25,40}.

O abuso e a iniciação sexual forçada de meninas são comuns e constituíram o início do exercício da sexualidade para algumas idosas que tentaram o suicídio. *Eu já tinha fugido da casa do meu cunhado, porque ele vivia me perseguindo, de noite ele ia bulir comigo porque eu já estava grandinha.* Outras iniciaram a vida sexual por meio do estupro perpetrado por irmãos, pais ou padrastos. Já na juventude, uma dessas idosas tentou se matar porque foi abandonada pelo namorado e infectada pelo HIV. No momento da entrevista ela mostrou o quanto ainda se sente culpada por este evento: *eu só atraio doenças.* Um fator agravante está no fato de que dessas idosas, quando jovens, se sentiram impotentes para denunciar os

agressores, pois acreditavam que ficariam mais vulneráveis no universo machista em que viviam e, por isso, durante toda a vida, guardaram para si as marcas desse ato cruel.

O casamento na sociedade patriarcal significa, em muitas circunstâncias, posse e propriedade da mulher, do seu trabalho, corpo e sexualidade, pelo marido³². As famílias, principalmente as rurais, transferem ao homem a responsabilidade pela provisão econômica da mulher e dos filhos. Como parte dessa responsabilidade está o poder de decisão sobre todos os aspectos da vida da família. Assim a mulher não possui autonomia sexual e reprodutiva. O sexo no casamento é uma obrigação e os filhos, desejados ou não, são um destino, uma missão a cumprir. Nas sociedades de honra, cabe aos homens zelar pelas mulheres e filhas e, quando essas não se comportam de acordo com os preceitos do patriarcado, o controle é exercido por meio da violência^{41,42}.

Meninas eram dadas em casamento, logo após a menarca, a maridos na maioria das vezes muito mais velhos: *eu me casei com 14 anos, com um homem vinte anos mais velho, eu não sabia como a gente se servia de homem*. Casamentos arranjados de jovens que nada sabiam sobre sexo e sobre o funcionamento do corpo. Nestas condições, a vida sexual adquire significado de violação, de intrusão, de morte. Repetem desoladamente estas lamentações no momento atual de 40, 50, 60 anos após os fatos: *quando minha mãe me casou eu era criança de tudo, eu nem sabia nada do mundo [...] meu peitinho estava nascendo, eu era muito criança; a gente casava inocente de tudo, não sabia de nada. Daí, depois que a gente casa que acontecem as coisas a gente acha que está morrendo*. Assim, observa-se o impacto psicológico negativo na associação entre sexo e morte.

Para muitas mulheres entrevistadas, o papel da mulher se restringia a servir o homem, uma vez que eram reprimidas quaisquer formas de expressão de sentimentos, opiniões, desejos e planos para o futuro. A união matrimonial efetuada com o desconhecimento da menina adolescente pode trazer como consequências medo, mágoa, mal-estar e descontentamento com a vida. Esses relatos confirmam os efeitos da violência sexual na baixa autoestima, no sofrimento, na depressão, na perda da vontade de viver, enfim nos pensamentos, tentativas e suicídios consumados²⁵.

As desvantagens de gênero aparecem também como falta de oportunidades de lazer e de socialização, decorrentes da vigilância dos homens (pais e irmãos) sobre as jovens: *não era de a gente sair, se divertir em festas não*. Dessa forma

só resta no horizonte relacional dessas mulheres o cenário doméstico e o mundo do trabalho pesado, *fazia trabalho de homem*, num momento da vida em que o desenvolvimento de potencialidades do ser humano é fundamental.

**Vida adulta: Esposas, mães e cuidadoras,
não foi muito certo meu casamento,
mas tentei tolerar**

Na vida adulta das mulheres ainda é comum o desempenho de papéis de gênero tradicionais que incluem a responsabilidade pela manutenção do casamento, pelo cuidado da casa e dos filhos. O casamento e a maternidade são destino obrigatório para muitas, e o foram também para as idosas aqui entrevistadas. Na vida marital, essas mulheres enfrentaram adversidades econômicas, ocupando-se, muitas vezes solitariamente, do cuidado da casa, dos filhos, dos maridos e de familiares. *Fiquei muito aperreada sem meu marido, sem aconchego, os filhos tudo pequeno para eu criar, com bem pouquinho dinheiro*.

O contrato conjugal em sociedades onde é vigente a desigualdade entre os sexos, significa que as mulheres dispõem de menos poder que os homens e que é comum o uso da violência e da medicalização para mantê-las controladas e para fazê-las aceitar as desigualdades^{43,44}. Porém, as violências perpetradas no âmbito conjugal produzem efeitos físicos, psicológicos, sociais e podem culminar com o suicídio^{15,25}.

Essas idosas de que falamos, relataram um amplo leque de violências produzidas pelos companheiros devido a ciúmes, divergências em relação à criação dos filhos, a fatos do cotidiano e a questões econômicas. Falaram de ameaças, de traições e de abandonos, de agressões verbais, físicas e morais, perpetradas pelos pais, maridos, parentes e finalmente pelos filhos. *Sou um tipo de prisioneira; ele me ofende com palavras; ele era muito machista*. Embora presas nesse cenário doméstico de cuidado dos seus, o trabalho pesado, precário, pouco remunerado e muitas vezes informal se impõe a elas como uma carga adicional.

O desempenho da maternidade ocupou a maior parte da vida das entrevistadas. Autoras como Badinter⁴⁵, consideram a maternidade um fato cultural, porém, há mulheres que a vivem tão intensamente que o cultural parece se entranhar no biológico. Isso ficou evidente nas manifestações de dores cruciantes pelo luto vivido por algumas das que haviam perdido um ou vários filhos: *uma dor que eu não consigo descrever [...] é uma perda que dói*. Esse sentimento se torna mais

profundo quando o óbito é prematuro, evitável ou inesperado, tornando o luto uma dor incesante, aguda e sem lenitivo. *Só quero ficar deitada o dia inteiro pensando nela, [na filha que morreu] e pensando em morrer.*

No contexto simbólico de alta valorização da maternidade, também para as mulheres sem filhos essa questão não está ausente. Aparece como fantasma, como marca traumática de uma subjetividade que não pôde se completar, muitas vezes por impedimentos do próprio parceiro que impõe seu poder *eu queria muito ter tido filho para que na velhice eu tivesse ao menos uma pessoa por mim [...] o culpado é ele de eu não ter tido filho.*

A vida sobrecarregada pelo trabalho excessivo e pelo sofrimento é selada pela culpa e está intimamente ligada ao processo de socialização das idosas que, pela época histórica em que viveram, estiveram mais expostas à rigidez da cultura patriarcal. A culpa é onipresente, ela está nos interstícios, nas falas, nos silêncios. Culpa pelo marido que se suicidou, pelo que foi embora, pela traição, pela vida que não faz mais sentido. Essa culpabilização faz parte dos dispositivos de assujeitamento que começam com a educação diferenciada de gênero, segue com a divisão sexual de tarefas e termina com uma idosa que não sabe mais nem o que deseja, *Parece que a vida inteira foi tentando realizar algo que eu nunca consegui. Meu objetivo, eu nem sei bem o que era.* O produto final é uma alienação do sentido do ser que gera a sensação de vazio, tão frequentemente relatada pelas idosas.

Velhice: A solução minha é me matar

Na velhice, as mulheres finalmente têm um tempo para elas, mas esse tempo, que não é cronológico, mas subjetivo, fica vazio e sem sentido. Convivem ou conviveram com homens que não escolheram, com filhos que as abandonaram e com perdas materiais e simbólicas. *Não sei como é que eu aguentei até hoje.* Os filhos pelos quais dedicaram tempo e afeto agora se afastam, são estranhos, não conversam com os pais, e, muitas vezes, demonstram claramente a rejeição: *só esse gelo que meus filhos me colocam [...] eu me sinto abandonada; os filhos, nenhum me quer; se os filhos não falam comigo, imagina meus netos.*

Algumas, não poucas, foram brutalmente atingidas pela violência patrimonial. Perderam as casas que lhes foram retiradas, vendidas e ocupadas. Foram enganadas por familiares que dilapidaram os bens da família, venderam os móveis,

destruíram a moradia para sanar dívidas, para usufruir desses bens, para drogar-se. *Ele vendeu tudo [...] a casa está lá sem nada, vazia.* Parentes pressionaram para *assinar os papéis e vender a casa* e elas passaram a ter que morar graças aos favores de outros. Outras não têm acesso à conta bancária e são impedidas de gerir seus próprios proventos ou aposentadorias, apropriados integralmente por familiares, não deixando saldo nem para aquisições mínimas. São obrigadas a viver aquém dos recursos que possuem, empobrecidas e negligenciadas na velhice. *Eu tive um desentendimento com um filho meu. É um negócio de um dinheiro que ele emprestou.*

Sozinhas, isoladas, sem atividades, no tédio do dia a dia, cujas horas são intermináveis, as idosas pensam em se matar ou querem morrer *só tenho a tristeza e o vazio [...] minha companhia é a televisão; quando eu vejo que não tem ninguém ao redor de mim, aí vem aquele pânico.* Há as que estão em Instituições de Longa Permanência, *para não atrapalhar a vida dos filhos;* as que vivem de favor; as que moram com filhos que não conversam com elas, com noras que as maltratam. Muitas se sentem estranhas e desconfortáveis. *Queria poder ficar na minha casa, para não precisar dar tanto trabalho; ela [a filha] já chegou a me dizer que eu atrapalho a vida dela.*

Ainda na velhice continuam desempenhando o papel de cuidar, mesmo quando já não têm saúde e forças para tal. Mencionaram responsabilidades extemporâneas, devido à pobreza, à necessidade de realizar trabalhos domésticos ou cuidar de doentes, familiares, netos, pela ausência de cuidadores, seja por trabalho, doença, abandono ou morte. Às vezes esse cuidar toma a forma de vigiar ou de controlar, de procurar impedir que eles assumam condutas desviantes, que se machuquem, que se prejudiquem⁴⁶. *Eu penso muito nessas crianças [netos], em ajudar minha filha, se eu chegar a morrer ela vai sofrer muito [...] Aí eu tento reagir.* Essa excessiva responsabilidade, aliada a falta de recursos, doenças ou incapacidades representa uma sobrecarga física, econômica e pessoal. *Minha função é fazer comida, cuidar das crianças [netos], e às vezes faço à força.*

Há perdas, mortes e lutos que se sobrepõem e fragilizam cada vez mais estas idosas, mesmo assim, muitas querem continuar vivendo, conseguiram relativizar os infortúnios e afirmaram às pesquisadoras *que não vão mais tentar [o suicídio].* Uma fala compreendida como potência de vida que, como centelha, precisa ser mantida acesa.

Considerações Finais

Ao final deste texto emergiram muitas reflexões e, essas histórias de vida em movimento nos fizeram pensar nas desigualdades e violências de gênero como um dos determinantes do comportamento autoagressivo em mulheres idosas. As violências aparecem na biografia das idosas, transversal e longitudinalmente, e os efeitos desses agravos se fazem sentir durante toda a vida, podendo culminar com o suicídio.

Na infância, a violência tem impactos profundos, seja no cerceamento de oportunidades de desenvolvimento, seja na subjetividade das mulheres, que passam a se constituir como seres dominados pelo outro. Durante a juventude, muitas iniciam a vida sexual precocemente e ingressam em relacionamentos destrutivos, reproduzindo as relações de dominação entre homens e mulheres. Como adultas, essas mulheres são le-

vadas a seus limites, num processo de dilapidação contínua de suas forças vitais, que na velhice se cristaliza em um sentimento de perda de sentido e de valor que, por vezes, só a morte pode aplacar.

Os relatos das idosas confirmam o quanto a sociedade patriarcal nega às mulheres a posição de sujeitos de direitos. Essa subtração é mantida e naturalizada pelo discurso ideológico que reproduz e mantém as hierarquias de poder entre os gêneros. Neste contexto de dominação simbólica, emergem identidades e subjetividades produzidas por meio de experiências negativas, cujos efeitos repercutem sobre as próprias mulheres sob a forma de culpa e autoagressão.

Enfim, sem a pretensão de desvendar os complexos mecanismos do comportamento autoagressivo, entendemos que o estudo do suicídio em idosas sob a perspectiva de gênero está em construção, necessitando ainda adensamento teórico e a realização de estudos e pesquisas.

Colaboradores

SN Meneghel, R Moura, LZ Hesler e DMD Gutierrez participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. World Health Organization (WHO). *Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours SUPRE – MISS: protocol of SUPRE – MISS*. Geneva: WHO; 2002.
2. Brzozowski FS, Soares BG, Benedet J, Boing AF, Peres MA. Suicide time trends in Brazil from 1980 to 2005. *Cad Saude Publica* 2010; 26(7):1293-1302.
3. Durkheim E. *O Suicídio*. 3ª ed. Lisboa: Editorial Presença; 1982.
4. Meneghel SN, Victora CG, Faria NMX, Carvalho LA, Falk JW. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Rev Saude Publica* 2004; 38(6):804-810.
5. De Leo D, Padoani W, Lonnqvist J, Kerkhof AJ, Bille-Brahe U, Michel K, Salander-Renberg E, Schmidtke A, Wasserman D, Caon F, Scocco P. Repetition of suicidal behaviour in elderly Europeans: a prospective longitudinal study. *J Affect Disord* 2002; 72(3):291-295.
6. Botega JN, Marín-Leon L, Oliveira HB, Barros MBA, Silva VF, Dalgalarondo P. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2009; 25(12):2632-2638.
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Prevenición del suicidio: un imperativo global*. Washington: OMS; 2014.
8. De Leo D, Padoani W, Scocco P, Lie D, Bille-Brahe U, Arensman E, Hjelmeland H, Crepet P, Haring C, Hawton K, Lonnqvist J, Michel K, Pommereau X, Querejeta I, Phillippe J, Salander-Renberg E, Schmidtke A, Fricke S, Weinacker B, Tamesvary B, Wasserman D, Faria S. Attempted and completed suicide in older subjects: results from the WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001; 16(3):300-310.
9. Vidal CEL, Gontijo ECDM, Lima LA. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cad Saude Publica* 2013; 29(1):175-187.
10. Haqqi S. Suicide and Domestic Violence: Could There Be a Correlation? *Medscape J Med* 2008; 10(12):287.
11. Marín-León L, Barros MBA. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. *Rev Saude Publica* 2003; 37(3):357-363.
12. Shimitt R, Lang MG, Quevedo J, Colombo T. Perfil epidemiológico do suicídio no extremo oeste do estado de Santa Catarina, Brasil. *Rev Psiquiatr RS* 2008; 30(2):115-123.
13. Canetto S. Women and Suicidal Behavior: a cultural analysis. *Am J Orthopsychiatry* 2008; 78(2):259-266.
14. Beautrais AL. Women and suicidal behavior. *Crisis* 2006; 27(4):153-156.
15. Devries 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(1):79-86.
16. Werneck GL, Hasselmann MH, Phebo LB, Vieira DE, Gomes VLO. Tentativas de suicídio em um hospital geral no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica* 2006; 22(10):2201-2206.
17. Lima DD, Azevedo RCS, Gaspar KC, Silva VF, Mauro MLE, Botega NJ. Tentativa de suicídio entre pacientes com uso nocivo de bebidas alcoólicas internados em hospital geral. *J Bras Psiquiatr* 2010; 59(3):167-172.

18. Werlang BSG, Botega NJ. *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed; 2004.
19. Diehl A, Laranjeira R. Suicide attempts and substance use in an emergency room sample. *J Bras Psiquiatr* 2009; 58(2):86-91.
20. Shahmanesh M, Wayal S, Cowan F, Mabey D, Copas A, Patel V. Suicidal behavior among female sex workers in Goa, India: the silent epidemic. *Am J Public Health* 2009; 99(7):1239-1246.
21. 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.
22. 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: Fiocruz; 2010.
23. Meneghel SN, Gutierrez DMD, Silva RM, Grubits S, Hesler LZ, Cecon RF. Suicídio de idosos sob a perspectiva de gênero. *Cien Saude Colet* 2012; 17(8):1983-1992.
24. Hesler LZ. *Suicídio em municípios do sul do Brasil – um enfoque de gênero* [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013.
25. Devries KM, Seguin M. Violence against Women and Suicidality: Does Violence Cause Suicidal Behaviour? In: Garcia-Moreno C, Riecher-Rossler A, editors. *Violence against Women and Mental Health*. Basel: Karger; 2013. p. 148-158.
26. Minayo MCS, Cavalcante FG, Figueiredo AE, Mangas RM. *Estudo sobre tentativas de suicídio em idoso sob a perspectiva da saúde pública* [projeto de pesquisa]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013.
27. Baltes PB. Theoretical propositions of the lifespan developmental psychology: on the dynamics between growth and decline. *Dev Psychol* 1987; 23(5):611-696.
28. Baltes PB. The aging mind: Potentials and limits. *Gerontologist* 1993; 33(5):580-94.
29. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União* 2013; 13 jun.
30. Saffioti H. Rearticulando gênero e classe social. In: Costa A, Bruschini C, organizadores. *Uma questão de gênero*. Rio de Janeiro, São Paulo: Rosa dos Tempos, Fundação Carlos Chagas; 1992. p. 183-215.
31. Saffioti H. Já se mete a colher em briga de marido e mulher. *São Paulo em Perspectiva* 1999; 13(4):82-91.
32. Pateman C. *O contrato sexual*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1993.
33. Blumenthal SJ. *Suicide and gender*. [acessado 2011 abr 18]. Disponível em: http://susan-blumenthal.org/wp-content/uploads/2010/04/Susan-Blumenthal-Suicide_and_Gender.pdf
34. Ellsberg M, Jansen HA, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet* 2008; 371(9619):1165-1172.
35. D'Oliveira AFPL, Diniz CSG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet* 2002; 359(11):1681-1685.
36. Minayo MCS, Cavalcante FG. Estudo compreensivo sobre suicídio de mulheres idosas de sete cidades brasileiras. *Cad Saude Publica* 2013; 29(12):2405-2415.
37. Bourdieu P. *A dominação masculina*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil; 2002.
38. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Williamson DF, Giles WH. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA* 2001; 286(24):3089-3096.
39. Bebbington PE, Cooper C, Minot S, Brugha TS, Jenkins R, Meltzer H, Dennis M. Suicide Attempts, Gender, and Sexual Abuse: Data From the 2000 British Psychiatric Morbidity Survey. *Am J Psychiatry* 2009; 166(10):1135-1140.
40. McLaughlin LJ, O'Carroll RE, O'Connor RC. Intimate partner abuse and suicidality: A systematic review. *Clin Psychol Rev* 2012; 32(8):677-689.
41. Vandello JA, Cohen D. Male honor and female fidelity: implicit cultural scripts that perpetuate domestic violence. *J Pers Soc Psychol* 2003; 84(5):997-1010.
42. Osterman LL, Brown RP. Culture of Honor and violence against the self. *Pers Soc Psychol Bull* 2011; 37(12):1611-1623.
43. Boltanski L. *As Classes Sociais e o Corpo*. Rio de Janeiro: Graal; 1979.
44. Stark E. *Coercive Control: How Men Entrap Women in Personal Life. Interpersonal Violence*. Oxford: Oxford University Press; 2007.
45. Badinter E. *Um Amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1985.
46. Costa JF. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Edições Graal; 2004.

Artigo apresentado em 05/03/15

Aprovado em 19/03/15

Versão final apresentada em 21/03/15