

Título: Suicídio masculino ou feminino: as atribuições de gênero *

Autor: Fábio Henrique Lopes

Instituição: FAFICA

Uma problematização possível

A partir do século XIX, com a criação das primeiras instituições médicas de ensino e saber, como a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e a Academia Imperial de Medicina, o suicídio começou a ser problematizado “cientificamente” no Brasil. A pesquisa documental realizada para o desenvolvimento de minha tese de doutorado sugere que foi o discurso médico, majoritariamente masculino, que, durante a primeira metade do século XIX, possibilitou maior visibilidade do suicídio no campo do saber.

Os médicos brasileiros que estudavam e analisavam o suicídio, almejando erradicá-lo do meio urbano, criaram vários caminhos para desenvolver sua tarefa normativa. Assim, ele foi problematizado como uma doença, um distúrbio ou um desequilíbrio mental; como produto dos excessos das paixões; como efeito de leitura de obras literárias consideradas nocivas à saúde e à vida por fazer apologia ao suicídio e, também, como ato masculino **ou** feminino, realizado por um homem ou por uma mulher.

Para esta análise, focalizo a construção médica do “masculino” e do “feminino” elaborada em discursos produzidos sobre o suicídio, ao longo do século XIX. Dessa maneira, busco interrogar as constituições das identidades consideradas próprias aos homens e às mulheres, ajudando a perceber a diferença entre o que era e o que deveria ser considerado pertencente ao campo do “masculino” ou do “feminino”.

Para interrogar essa criação, utilizo o gênero como categoria de análise para apontar a não-naturalidade do feminino e do masculino. Interrogo as idéias e argumentos transformados em práticas, por meio dos discursos médicos, para classificar determinadas atitudes como “próprias” do referencial masculino e outras, do feminino. Evidencio também a construção da categoria homem/mulher como oposição binária e a tendência de achar que ela se auto-reproduz, estabelecida sempre da mesma maneira, universalmente. Exploro, ainda, a constituição do campo masculino e do feminino e quais seus papéis na tematização do suicídio.

A constituição de um paradoxo

*Este artigo é versão resumida de dois subitens do quarto capítulo (Diferenciações sexuais do suicídio) de minha tese de doutorado (A experiência do suicídio: discursos médicos no Brasil, 1830-1900), defendida em fevereiro/2003 no IFCH,

Em meio à multiplicidade de teorias, causas, meios e conceitos desenvolvidos e divulgados em estudos médicos sobre o suicídio, ao longo do século XIX, os médicos brasileiros balizaram e constituíram as chamadas “diferenças entre os sexos”, reforçando a idéia de que existe uma natural polarização entre homens e mulheres. Modelaram o “homem” e a “mulher” segundo uma interpretação específica, hierarquizadora de suas constituições físicas e biológicas.

As mulheres foram apresentadas sendo *naturalmente* mais delicadas, ternas, sensíveis e pacíficas do que os homens, além de criadas para se tornar, necessariamente, esposas e mães. Segundo Dr. Mello Moraes, em estudo de 1854, por relacionarem-se direta e intimamente com os homens, considerados seres de razão e juízo, elas deveriam adoçar a aspereza de seus costumes, animá-los e sustentá-los nos momentos de fraqueza, acalmar seus espíritos nos transportes mais violentos, dissipar os desgostos e o mau humor, encantar os dias e espalhar flores nos caminhos mais espinhosos da vida, sendo o adorno da vida do homem.¹

Já no estudo de Dr. Freitas Albuquerque, de 1858, é possível detectar claramente algumas distinções entre as causas de suicídio de homens das de suicídio de mulheres e, por isso, entre o que seria o campo masculino e o feminino.² Para o autor, os homens exercem profissões e ocupam posições sociais que os expõem mais às vicissitudes sociais. Como exemplo, ele cita o caso dos diplomatas: homens públicos, sábios, bem educados, de porte distinto, representante de um Estado a um outro, que estão em constante contato com os mais variados tipos de pessoas e culturas e, por estarem tão expostos, a muitas influências, podem ser cometidos por um dos vários tipos de monomania que são estudadas pelo autor, inclusive a suicida. Um outro exemplo é o caso dos homens de letras, homens meditativos, que, segundo ele, se entregam às meditações profundas sobre matérias metafísicas, possuem imaginação exaltada, e que têm, em geral, uma vida sedentária. Assim, os homens, por viverem, circularem e participarem do espaço público e social muito mais do que as mulheres, estariam mais propensos a serem monomaniacos, inclusive monomaniacos suicidas. As mulheres, por sua vez, por não estarem aptas à vida social e política, restringem-se “naturalmente” ao espaço privado da vida doméstica e, por isso, não sofrem as pressões, vicissitudes e influências a que estão sujeitos os homens.

Da mesma opinião, Dr. Franco de Leão, em trabalho de 1842, afirma que os homens, por se distinguirem nas ciências, nas belas artes, na filosofia e no governo dos Estados, apresentam uma

Unicamp, sob a orientação da prof^a. Dr^a. Margareth Rago.

¹ Alexandre José de Mello Moraes. **Physiologia das paixões e affecções precedida de uma noção philosophica geral e por um estudo aprofundado e descrições anatômicas do Homem e da Mulher**. RJ: Dous de Dezembro, 1854, p. 22.

² Francisco Julio de Freitas Albuquerque, **Monomania – tratamento das moléstias mentaes**. Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Bahia, 1858, p. 15-16.

tendência inevitável à melancolia.³ Por estarem em tais cargos e exercendo essas profissões — diferentemente das mulheres que estão no espaço privado da vida doméstica — tornam-se melancólicos. Por essas razões, ele propõe:

“(…)demo-nos ao trabalho de examinar a biografia dos maiores sábios, poetas, artistas, estadistas e veremos que a maior parte deles confirmam o que dizemos, e que maior analogia com a alienação mental, do que um estado que pelos seus progressos vai diretamente cair nele ou nesse *toedium vitae*, que a tempos tem conduzido a atentarem contra os seus próprios dias(…)”⁴

Os médicos brasileiros que se dedicaram ao estudo do suicídio, e que estabeleceram as distinções entre o ato cometido por um homem e o cometido por uma mulher, (re)criaram, reforçaram e impuseram distinções entre o campo masculino e feminino. Identificaram o masculino com as imagens de força, resistência, trabalho, intelecto, razão e todo tipo de atividade produzida em espaço público do trabalho e da vida social. Ao feminino, ligaram imagens de fraqueza, debilidade, limitação, sentimentos incontroláveis, emoção, docilidade, inferioridade física, metal e intelectual, frivolidade, atitudes e comportamentos considerados próprios do espaço privado — a casa, o lar.⁵

Há, ainda, no que diz respeito ao campo do feminino, um conjunto de desordens físicas apresentadas como causadores de distúrbios mentais e de morte, tais como a cessação da menstruação, a prenhez e o parto – desordens consideradas determinantes do suicídio.⁶

A esse respeito, o médico francês J.-B. Petit, em sua tese *Recherches statistiques sur l'etiologie du suicide*, de 1850, como fizera Dr. Freitas Albuquerque, também considera as perturbações provocadas pela menstruação como causa recorrente de suicídio.⁷ Outras causas de suicídio entre as mulheres receberam destaque, em especial, a tendência observada durante a gravidez e na época do parto.

Sobre tais considerações, Magali Engel observa que, segundo o pensamento médico brasileiro do século XIX, as predisposições à doença mental estariam inscritas no organismo da

³ Geraldo Franco de Leão. **As analogias entre o homem são e o alienado e em particular sobre a monomania**. Tese apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 06 de dezembro de 1842.

⁴ Idem, p. 15.

⁵ Ver, por exemplo: Bernardino José Rodrigues Torres, **Dissertação médico-filosófica sobre as causas e sede do suicídio**. RJ: Typ. Imparcial de Francisco de Paula Brito, 1843; Antonio da Fonseca Vianna, **Considerações Hygienicas e Medico-legaes sobre o casamento relativamente a mulher**. Tese apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1842 e José de Assis Alves Branco Muniz Barreto, **Considerações sobre as principais enfermidades dos homens de Letras e meios de Hygiene, que lhes dizem respeito**. Tese apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1841.

⁶ Francisco Júlio de Freitas Albuquerque apresenta como causas determinantes de monomania, inclusive a suicida, as desordens e a cessação da menstruação, a prenhez e o parto. Ver, op. cit., p. 15-16.

⁷ J.-B. Petit. **Recherches statistiques sur l'étiologie du suicide**. Tese de doutorado em Medicina, Faculté de Médecine de Paris, 28 de junho de 1850, pp. 25-27.

mulher, em sua fisiologia específica. Assim, a menstruação, a gravidez e o parto seriam os aspectos essencialmente priorizados na definição e no diagnóstico das moléstias mentais que afetavam mais freqüentemente ou de modo específico as mulheres.⁸ Ainda segundo a historiadora,

“Um dos pontos mais valorizados pelos psiquiatras na construção dos diagnósticos da doença mental em indivíduos do sexo feminino é, sem dúvida, a menstruação. O início e o fim do período menstrual seriam, freqüentemente, considerados como momentos extremamente propícios à manifestação dos distúrbios mentais”.⁹

Os ciclos mensais próprios das mulheres eram vistos como momentos de desordem e de morte.¹⁰ Elas estariam, nessas ocasiões, mais predispostas às alterações, distúrbios e desarranjos mentais, os quais eram correntemente vistos como causas de suicídio.

Na mesma direção, a historiadora Yannick Ripa, em seu estudo, *La ronde des folles. Femme, folie et enfermement au XIXe siècle*, sugere que existem alguns períodos na vida das mulheres considerados propícios ao surgimento de problemas mentais, em especial a puberdade e a menopausa.¹¹

De acordo com os estudos médicos estudados por Yannick Ripa, a puberdade, passagem do mundo infantil para o adulto, do mundo da inocência para aquele da responsabilidade e da sociabilidade, pode provocar problemas mentais que são incompatíveis com as regras do mundo adulto. Além do que, o internamento das adolescentes francesas de 13 a 15 anos teria, também, uma causa patológica, pois seria inegável que, no período da puberdade, os estados doentios, latentes ou menores, eclodem e se acentuam. Contudo, a puberdade era vista antes de tudo como um fator agravante, um detonador que faz explodir uma força incontrolável preexistente.

Ainda sobre a puberdade, é importante sublinhar a idéia recorrente, daquele período histórico, de delírios das jovens serem possibilitados pelas regras, pela perda do sangue, pelo fluxo menstrual. Assim, o fluxo menstrual desempenharia um duplo papel, o de relevar à jovem donzela sua nova condição, de ser uma mãe em potencial, como também poderia indicar um possível estado doentio, de desequilíbrio e, até mesmo, de putrefação de seus corpos. Dessa maneira, imagens negativas e estigmatizadas foram ligadas à menstruação, fazendo das regras femininas motivo de alarde, medo e desconforto.

⁸ Magali Engel. “Psiquiatria e Feminilidade” in Mary Del Priore (org.) **História das mulheres no Brasil**. 5ª ed. SP: Contexto, 2001, p. 333-334.

⁹ Idem, p. 334.

¹⁰ De acordo com o pensamento de Esquirol, as mulheres que têm impulso suicida devem ser vigiadas durante as *époques menstruelles*. Ver, op. cit., pp. 291-292.

¹¹ Yannick Ripa. **Le ronde des folles. Femme, folie et enfermement au XIXe siècle (1838-1870)**. Paris: Aubier, 1986, pp. 62-63.

Se por um lado a menstruação poderia provocar muitos problemas mentais, inclusive ser período propício para atos irracionais, como o suicídio, por outro, a ausência dela, ou o período que anuncia o fim das regras e do fluxo menstrual, a menopausa, também poderia acarretar sérios problemas mentais para as não mais jovens mulheres. Aparição ou desaparecimento do sangue, momentos decisivos, únicos, singulares na vida das mulheres foram feitos momentos de vergonha, medo e de doença.

Segundo indica Ripa, a mulher que atinge a idade da menopausa, principalmente entre 40 a 45 anos, era, e pode dizer que ainda é, menosprezada, ridicularizada e estigmatizada. Isso porque ela não pode mais procriar, e assim sua finalidade suprema desaparece. Acreditava-se, e alguns ainda acreditam, que ela perdia sua sexualidade, deixava de ter relações amorosas. Esta concepção da menopausa deriva daquela, mais global, da sexualidade: não há vida sexual feminina na terceira idade. Sem a finalidade reprodutora, não existiria desejo e prazer femininos. Disso a autora conclui que, perdendo sua função de reprodutora, a mulher tornar-se-ia inútil ao mundo: “*la ménopause fait de la femme, l’ombre d’une ombre, celle qu’elle était déjà de par sa ‘nature’!*”¹² Mas lembro o leitor, como também fizera a autora, que os discursos que permitiram tal construção para as mulheres que vivenciavam a menopausa eram, majoritariamente, masculinos.

Tema masculino, o suicídio foi estudado, pelo menos ao longo do século XIX, por homens, brancos e burgueses. Assim, as próprias diferenças sexuais que são constituídas em discursos médicos brasileiros sobre o suicídio, e que se expandem social e culturalmente, são territórios masculinos, pois foram criados por homens, mais especificamente, pelos homens da ciência, conferindo status de verdade masculina e científica, ou seria melhor dizer, verdade científica masculina.

A constatação acima sugere que todos os conceitos criados, os modos de pensar o suicídio, as identidades construídas (e que deveriam ser respeitadas) e as diferenças sexuais constituídas em tais trabalhos médicos são, em primeiro lugar, excludentes, porque deixam de lado tudo e todos que escapam deles; em seguida, territorializantes, pois apresentam uma tendência que procura cercar a multiplicidade de tipos e sujeitos que se suicidam, classificando-os e catalogando-os, para criar territórios masculinos de produção de saber, conhecimento e de verdades; e, por fim, criadores de identidades sexuais porque procuram uma origem biológica para as diferenças sexuais, indicando a existência de uma possível “essência biológica pré-determinada” para pensar o “homem” e a “mulher”.

Dessa maneira, o exame da discursividade médica sugere que um dos pontos fundamentais para pensar o suicídio eram as diferenças físicas e biológicas entre homens e mulheres. Ao longo do

¹² Yannick Ripa, op. cit., pp. 65-66.

século XIX, para pensar as distinções entre os comportamentos, hábitos e sentimentos de homens e mulheres, a esfera biológica foi retomada e utilizada quase que a exaustão.

Depois de tudo o que foi até aqui apresentado, mesmo que de uma forma resumida, seria possível compreender as razões de as mulheres se suicidarem mais do que os homens. Se, de acordo com o discurso médico, o homem é superior à mulher, se é mais acostumado a pensar, raciocinar e discernir, se é mais forte, mais apto à vida social e muito mais resistente às vicissitudes da vida, poderíamos entender o porquê de ele se suicidar menos. Se as mulheres são fracas, débeis, limitadas, sentimentais, emotivas e frívolas, seria até mesmo “óbvio” e “natural” elas se suicidarem em maior número. Contudo, os dados empíricos revelam exatamente o oposto. Elas se suicidam menos do que os homens!

Se os médicos têm razão, se o homem é superior à mulher, por que elas se suicidam muito menos do que eles? Quais as respostas desses estudiosos? Como explicar esse paradoxo?

As respostas remetem, uma vez mais, à inferioridade das mulheres. Pelo fato de serem consideradas fracas e sentimentais, não teriam a coragem necessária para por fim a seus dias. Por outro lado, o homem, tão corajoso e decidido, entregar-se-ia à morte mais facilmente. Elas teriam horror ao sangue e preocupariam-se com a aparência física após o suicídio; eles, naturalmente preocupados com questões mais esclarecidas, não se importariam tanto com a fisionomia do corpo após a morte. Elas seriam pouco acessíveis à intemperança, fonte de todo o mal para os homens, e, em vez de se suicidar, tornam-se alienadas e/ou loucas, mas sem propensão ao suicídio.

Infelizmente, os médicos brasileiros não utilizavam dados estatísticos em suas teses escritas no século XIX, o que acontecerá somente no século XX, talvez por influência do estudo de Durkheim, baseado em informações fornecidas por estatísticas.¹³ Por esta razão, não sei ao certo em que medida os homens brasileiros se suicidavam mais do que as mulheres. Não encontrei dados para definir com precisão qual o percentual de suicídios cometidos por homens e por mulheres. A maioria dos médicos brasileiros apenas concorda com a superioridade dos casos de suicídio masculino, o que para eles significava, principalmente, suicídio cometido por homem. Em compensação, os médicos franceses, muitos deles conhecidos e citados pelos brasileiros, desenvolviam a fundo essa questão.

A esse respeito, em 1851, o médico Félix-Casimir Daumas explica que as mulheres, por possuir constituição mais delicada, têm o triste privilégio de ser mais vulneráveis às doenças mentais do que os homens; entretanto o suicídio é menos freqüente entre elas. Isso se explicaria, segundo o doutor francês, pela moleza e fraqueza de caráter e pela “natural” timidez.¹⁴

¹³ Ver, Émile Durkheim. **O suicídio: estudo sociológico**. Trad. Monica Stahel. SP: Martins Fontes, 2000.

¹⁴ Félix-Casimir Daumas, op. cit., pp. 18-26.

Assim, a inteligência, ousadia e ímpeto, características do masculino, representariam uma armadilha contra a vida do homem. Estes, constantemente envolvidos em grandes trabalhos intelectuais, por concentrar toda sua força, inteligência, pensamento e energia em ocupações que lhes são “próprias”, tornaram-se mais vulneráveis ao suicídio. Por outro lado, às mulheres faltariam coragem e força para se suicidar, características estas nelas ausentes por serem constitutivas da esfera do masculino, não do feminino. Dessa forma, pode-se perceber uma tendência, a de pensar o suicídio como uma manifestação essencialmente masculina, pois os homens se suicidavam em maior número.

Apesar da constatação acima, é importante notar que a possibilidade de atos, comportamentos e escolhas serem considerados “próprios” de uma determinada esfera, a masculina ou a feminina, é permitida historicamente. Sobre essa questão, as palavras de John Rajchman são importantes, particularmente aquelas que sugerem que o sujeito não é meramente uma condição do saber, que ele não é uma invenção da filosofia, mas uma *entidade historicamente construída*.¹⁵ Assim, a produção discursiva médica — baseada em muitos casos reais, em muitas histórias de homens e mulheres que se suicidavam —, permitiu e foi permitida por possibilidades históricas de pensar o suicídio como ato produzido necessariamente pela e na esfera masculina **ou** feminina.

Para entender melhor a problematização médica brasileira sobre as diferenciações sexuais do suicídio, é necessário destacar as escolhas e o uso dos meios utilizados para se dar à morte, peça-chave na constituição do suicídio “masculino” e “feminino”, bem como na proliferação de signos de masculinidade e de feminilidade. Em relação aos meios utilizados para provocar o suicídio, os homens prefeririam suicidar-se recorrendo à estrangulação, arma de fogo e às chamadas *armas brancas*, práticas, aos poucos, vinculadas àquelas consideradas masculinas. As mulheres geralmente recusavam as armas brancas e as de fogo, recorrendo de preferência à asfixia por carbono, que as conduzissem, segundo se pensava, a uma morte lenta e doce, características do feminino. Sobre esta idéia de morte lenta e doce provocada pelo carbono, já era sabido naquele período, segundo os próprios médicos, ser um erro profundo, pois acarretava uma morte dolorosa. Contudo, as mulheres consideradas belas preferiam, de acordo com as teses médicas analisadas, a asfixia, o que se justificaria pelo desejo de assim continuar após a morte.

A este respeito, o médico francês Étoc-Demazy, em seu estudo a partir dos casos de suicídio entre os anos de 1830-1841, adverte que a maior parte dos suicidas utiliza todo tipo de astúcia possível para escapar à vigilância que os ronda.¹⁶ Isso explicaria o fato de os homens, acostumados a carregar armas de fogo para a caça, suicidarem-se no campo. As mulheres, “feitas para a vida doméstica”, utilizando astúcia, enviam seus parentes e empregados do lar para fora da

¹⁵ John Rajchman. **Foucault: a Liberdade da Filosofia**. Trad. Álvaro Cabral. RJ: Zahar, 1985, p.64.

¹⁶ G. F. Étoc-Demazy. op. Cit., pp. 92-97.

casa para cuidarem de seus afazeres. Quando ficam sozinhas, suicidam-se com os meios encontrados em seu próprio espaço, o privado. Dessa forma, Dr. Étoc-Demazy explica o fato de 32% dos suicidas preferirem as armas de fogo para provocar o suicídio e 30% a submersão, enquanto 58% das mulheres preferem a submersão e 38%, a suspensão. Quanto ao suicídio provocado por submersão, é necessário sublinhar que os homens afogam-se principalmente nos rios e mares, lugares amplos e carregados de imagens que nos remetem à vastidão, força (das marés, por exemplo) e grandeza — imagens e referências masculinas; já as mulheres, lançam-se, de preferência, nos poços de suas próprias casas. Assim, elas não ousariam, com essa escolha, transpor os limites de seu território.

De acordo com o médico francês Achille Villette, pode-se explicar a pequena quantidade de suicídio de mulheres pelo fato de seus sentimentos serem menos duradouros do que os dos homens. Elas são pouco acessíveis à intemperança, gozam de uma excitação mais imediata e de uma sensibilidade mais delicada, abandonam-se mais facilmente às impressões vivas que elas recebem. Por essas razões, Dr. Villette compreende porque elas se tornam habitualmente melancólicas e não suicidas.¹⁷

O próprio Dr. Esquirol, muito citado pelos médicos brasileiros, sugere que, apesar de as mulheres estarem mais expostas às doenças mentais do que os homens, elas suicidam-se bem menos.¹⁸ Isso poderia ser explicado pela moleza de seu caráter e pela timidez que lhes é natural. Pela sensibilidade ser mais exaltada, a imaginação mais aguda, por serem mais vaporosas e nervosas, tornam-se alienadas e loucas, mas não suicidas em proporção aos homens, mais firmes em suas decisões, tornando-se suicidas e não alienados.

Concluindo, saliento que a divisão sexual dos papéis que se baseia em “caracteres naturais” e biológicos, possibilita e induz a constituição de suicídios considerados próprio aos homens e outros às mulheres, bem como institui formas e maneiras de se suicidar por meios considerados masculinos ou femininos. Assim, estabelece-se que as mulheres não teriam força necessária para o suicídio. Fracas, tornam-se loucas, não suicidas. Os homens, fortes e mais decididos, tornam-se suicidas, utilizando os meios considerados mais violentos.

Os discursos que se entrecruzam na tarefa de definir as razões de os homens se suicidarem mais do que as mulheres classificam os atos, os meios e as possíveis causas como próprios de determinado sexo. Assim, estudando e analisando o suicídio de homens, chegava-se a um grupo específico: o suicídio masculino, a formas de se suicidar no masculino; como seu oposto, ao se estudar e analisar os casos de suicídio de mulheres chegava-se a um outro grupo: o suicídio feminino, a formas de se suicidar no feminino.

¹⁷ Achille Villette, op. cit., pp. 16-17.

¹⁸ Jean-Étienne-Dominique Esquirol, (1989), op. cit., p. 287.

Os discursos médicos que assim classificaram os atos de se dar à morte construíram as diferenças entre o suicídio masculino e o feminino, entre aquele cometido por um homem e o outro cometido por uma mulher. Essa diferenciação ajudou a reforçar a ótica masculina sobre as diferenças sexuais, a assegurar os espaços masculinos de manipulação e controle.