

## **MENOPAUSA, NINHO VAZIO E SUBJETIVIDADE FEMININA: RELATO DE UM ATENDIMENTO NUMA ENFERMARIA**

Luciana Araujo Gomes<sup>1</sup>; Carla de Meis<sup>2</sup>, Valéria Marques<sup>3</sup>

### **RESUMO**

Este artigo é o relato de um atendimento de psicologia hospitalar durante a internação de uma paciente com Lúpus Eritematoso Sistêmico, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da UFRJ. Além da doença, a paciente passava por dois acontecimentos, que para ela significavam perdas importantes: a saída de casa do filho único e a cessação da menstruação com a chegada da menopausa. Em sua narrativa ficou marcado o sofrimento face àqueles acontecimentos, que a faziam reviver uma perda antiga, ou seja, atualizavam o abandono do ex-marido, realidade que ela nunca aceitara. Desde que se separou, ocupava-se apenas da maternidade e do trabalho. Assim, naquele atendimento, ela refletiu sua dificuldade em se desprender de antigos vínculos e dos papéis femininos de esposa e mãe, e pôde construir novos projetos de vida, se permitindo viver outras experiências.

**Palavras-chave:** Subjetividade feminina, Menopausa, Ninho vazio.

MENOPAUSE, EMPTY NEST AND FEMALE SUBJECTIVITY:  
AN ATTENDANCE REPORT IN A WARD

### **ABSTRACT**

This article reports an attendance of health psychology with a patient with Systemic Lupus Erythematosus (SLE) during her hospitalization at the University Hospital Clementino Fraga Filho in Rio de Janeiro. Besides the disease, the patient went through two tough losses to herself: the growth of her only son with 22 years old, who was leaving home, and the cessation of her menstruation with the arrival of her menopause. These losses have updated an old loss in the patient: the abandonment of ex-husband, which she still did not accept. As she was making motherhood the only option for her life, she was suffering those losses. In the attendance of psychology, the patient reflected the difficulty of separating from her marriage and family ties, and lively, and with expectations, she built a new life project, which was mainly her conquest of a new network of relations.

**Keywords:** Women's subjectivity, Menopause, Empty nest.

---

<sup>1</sup> Psicóloga da Prefeitura Municipal de Angra dos Reis (PMAR), lotada na Secretaria Municipal de Assistência Social.

<sup>2</sup> Professora Adjunta da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), lotada no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal.

<sup>3</sup> Professora Adjunta da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ), lotada no Instituto de Educação.

A contemporaneidade desafia a todos, em especial à mulher, a repensar seu papel social frente a novas demandas e cenários. Por vezes, as mudanças são tão intensas e rápidas que provocam dificuldades de atualização em algumas pessoas. Este movimento aponta para a saúde advinda da semipermeabilidade na interação entre o mundo interior e exterior. Ou seja, saúde relaciona-se com a apropriação e transformação dos estímulos no movimento de incorporação e autoria; caso contrário, poderá haver apenas a recusa ao novo ou sua justaposição. O primeiro enquadre aponta a saúde em seu sentido amplo, pois o sistema se renova e adéqua-se aos novos estímulos e demandas; e o segundo, aponta para a patologia, pois retrata o círculo vicioso de não contato e imutabilidade.

Para Simonetti (2004), a psicologia hospitalar contribui neste diálogo, através da interlocução entre ciência e arte: ciência pelo olhar sistemático e metodológico, alimentado pela razão; arte pelo olhar fluido e holístico, alimentado pela sensibilidade. O objetivo do psicólogo hospitalar é o destaque do estado de espírito do paciente face ao que a doença lhe provoca e faz-lo sentir e simbolizar. Marques (2005) defende a importância do olhar fluido, o pulsar do viver, o que torna o psicólogo o profissional primordial na promoção da saúde. Considera-se, portanto, o psicólogo como facilitador do caminhar em direção à saúde, com destaque, entretanto, de que quem caminha é o próprio paciente.

A doença orgânica vem acompanhada de diferentes significados, que influenciam o processo de adoecer. O psicólogo hospitalar, ao oferecer a escuta, o respeito à enunciação e o incentivo à narrativa possibilita novas configurações de significados, que podem desvelar opções mais adequadas à qualidade de vida. Se a doença fala através dos sintomas, o doente fala através dos significados e sentidos dos sintomas. Esta relação é indissociável e mutuamente dependente.

Um exemplo que retrata esta discussão é o quadro de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), uma doença autoimune crônica, que resulta no adoecimento progressivo de vários órgãos, com períodos de exacerbação e remissão de sintomas (Araújo & Traverso-Yépez, 2007). Alguns autores afirmam não existir uma causa única para o LES, mas a combinação de fatores genéticos, hormonais e ambientais (Hahn, 2005; Sato, 1999). As mulheres são mais acometidas que os homens, e a incidência é maior entre 15 e 45 anos (Mendelson, 2006; Sato et al., 2002). Dentre os sintomas mais frequentes estão lesões cutâneas, artrite e queda de cabelos, que acarretam mudanças na aparência física da paciente.

As mudanças na imagem corporal são um dos problemas mais significativos entre as mulheres, que limita o exercício de suas atividades, bem como a vivência de experiências afetivas e sexuais, afetando a autoestima e identidade dessas mulheres. Junto a isso, a fadiga, a incerteza e a diminuição da autonomia, com maior dependência dos outros, também costumam fazer parte do cotidiano das pacientes com LES (Mendelson, 2006; Goodman, Morrissey & Bossingham, 2005). Desta forma, a vivência de LES não é algo fácil: ela demanda cuidados e mudanças substanciais na vida da paciente.

Mello Filho (1988) chama a atenção para a quase ausência de estudos que consideram aspectos psicológicos no desencadeamento e evolução desta doença. Em suas observações clínicas, ela tem início a partir de uma perda importante, ou do medo frente a essa possibilidade. Entretanto, não seria a perda propriamente dita, mas as nuances do relacionamento com o objeto perdido ou com a ameaça de perda, incluindo-se aí fantasias produzidas, que concorreriam para essa doença. Os casos que o autor acompanhou predominavam mulheres com história de problemas conjugais, situações de perda ou separação e estados depressivos.

A psicologia hospitalar, com uma escuta técnica e sensível de cada história de vida, pode contribuir para uma melhor compreensão da doença e propiciar condições favoráveis à pró-atividade saudável destas pacientes. Assim, a partir do relato de um atendimento a uma paciente com LES, busca-se refletir e sistematizar algumas contribuições da psicologia hospitalar no trabalho junto a estes pacientes. Optou-se pela metodologia descritiva, na modalidade de estudo de caso, com ênfase na descrição das intervenções psicológicas, alimentada por revisão bibliográfica do tema. O nome empregado à paciente é fictício, de forma a garantir o sigilo e a ética profissional.

#### 1. Resumo do caso e das intervenções psicológicas

Carmen, 55 anos, professora de história, no ano de 2007 foi internada no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, no Rio de Janeiro, em decorrência de várias sintomatologias, que culminaram no diagnóstico de Lúpus Eritematoso Sistêmico. Separada há 19 anos, tinha apenas um filho com 22 anos, que havia saído de casa para morar sozinho por ter começado a trabalhar. Paralelamente, a paciente entrava na menopausa.

A psicóloga foi solicitada para o atendimento, devido à sua queixa de tristeza. No total, perfizeram três encontros nos quais a paciente relatou seu sofrimento pelas duas situações que vivia, e que coincidiam com a eclosão da doença: a menopausa e a saída de casa de seu filho único. Como a maternidade e a menstruação tinham para ela um significado importante, que lhe dava identidade, aquelas vivências estavam afetando sua autoimagem e autoestima. Segue o relatado dos atendimentos, com mais dados da paciente.

## 2. Primeiro atendimento

Ao me dirigir ao leito da paciente, cuja avaliação médica era Lúpus Eritematoso Sistêmico, deparei-me com uma mulher magra, pálida, com a pele coberta de manchas e os lábios descascando. Estava sentada sobre o leito, e lia um livro.

Ao me ver, parou a leitura e acolheu minha apresentação. Inclusive, pediu a uma enfermeira que se aproximava que deixasse o banho para depois, pois queria conversar comigo.

Apresentou-se como Carmen, e comentou que aquele livro ganhara do filho no dia das mães, e que ele estava preenchendo seu tempo livre naquela internação.

Contou que fora internada por conta de problemas renais e articulares, e que no hospital desenvolveu uma úlcera no lábio inferior, queda dos cabelos e uma grande dificuldade de locomoção, de tal forma que fazia uso de uma cadeira de rodas.

Segundo ela, há pouco tempo entrara na menopausa, e este acontecimento estava sendo difícil. Estava com 55 anos, e tinha um filho com 22 anos. Este foi fruto de seu único casamento. Havia se separado aos 36 anos, após dez anos de casada, e sua separação fora devido à traição do ex-marido, que a trocara por uma mulher dez anos mais nova.

Perguntei se depois da separação ela teve outros relacionamentos amorosos, e ela respondeu que não. Assim, com a chegada da menopausa, ela passou a se culpar por acreditar ter perdido tempo, usando exatamente estas palavras ao comentar seu desapontamento face àquela vivência.

Seu filho único havia começado a trabalhar e acabara de sair de casa. Em sua opinião, ter que reconhecer que o filho conquistava independência era uma

realidade difícil de enfrentar, pois a remetia a uma incerteza quanto a seu papel e identidade. Daí, ela preferia pensar que o filho continuava precisando de seus cuidados, e que poderia continuar cuidando da forma como sempre fizera.

Carmen tinha a mãe viva e mais três irmãs, e todas elas residiam no Rio de Janeiro. Entretanto, desde que se casou, quase não se comunicava com elas, permanecendo vinculada apenas à família que construiu com o casamento.

Ao ouvi-la, pontuei que seu sofrimento pela menopausa e a partida do filho, assim como a eclosão de sua doença, teriam lugar em uma história de vida marcada pela dificuldade de se desprender de antigos papéis e vínculos. Aquele atendimento então a fez pensar que durante muitos anos vinha alimentando a condição de casada sem o ser mais, recusando-se à possibilidade de começar novos relacionamentos. Segundo seu relato, com o propósito de aplacar a dor pela ausência do marido, ela buscou, como refúgio, dedicar-se integralmente ao trabalho de professora e à criação do filho, dedicação esta que vinha preenchendo toda sua vida desde a separação. Carmen então chegou a dizer, de forma triste, que agora seria tarde demais.

Assim, propus pensar o quanto poderia ser interessante se permitir viver outras opções de vida e construir novas relações significativas. Isso, a meu ver, contribui para uma experiência de bem-estar e fortalecimento interno, e deste modo, para a construção de uma nova identidade de mulher.

### 3. Segundo atendimento

Na semana seguinte, ela contou o quanto havia se mobilizado a refletir sobre a vida após nosso primeiro encontro. Novamente pediu a uma enfermeira que se

aproximava que a deixasse livre da rotina dos cuidados hospitalares, pois queria conversar comigo.

Contou que era professora de História e que desde que se separou lecionava de manhã, tarde e noite. Os finais de semana eram vividos como intervalos de tempo que interrompiam a rotina de trabalho que tinha ao longo da semana. Ou seja, por não ter animação para sair de casa e realizar outras atividades, ela preenchia seus finais de semana com o trabalho, realizando planos de aula. Deste modo, o trabalho ocupava todo seu tempo.

A partir daí, comecei a provocá-la sobre sua vida social e possíveis *hobbies*. Ou seja, quem, além do filho, seria sua rede de relações, e que atividades, além das relacionadas ao trabalho, ela também gostava de realizar? Carmen mobilizou-se com a pergunta, e comentou que nunca refletiu sobre isso antes.

Após pensar um pouco, disse que depois que se separou nunca participou de atividades sociais, nem mesmo daquelas ligadas ao trabalho, como amigo oculto, datas comemorativas, aniversários etc., apesar de estar trabalhando na mesma escola onde sempre lecionou. Quando ainda casada, as poucas atividades de que participou, o fez em companhia ao marido.

Ao refletir sobre se possuía ou não *hobbies*, respondeu que o seu passatempo, desde que se separou, sempre fora o trabalho. Contudo, se lembrou que no passado, quando ainda solteira, gostava de dançar, tendo, inclusive, realizado um curso de dança de salão.

Segundo o seu relato, sua rede de relações sempre ficou restrita à família que construiu, e com a separação conjugal, a relação com o filho tornou-se central em sua vida. Apesar do contato diário com pessoas que compartilhavam do mesmo ambiente de trabalho - outros professores, como ela -, Carmen estabeleceu com

essas uma relação apenas profissional, pois acreditava que a vida social deva ser separada das relações de trabalho.

A partir daí, provoquei uma reflexão acerca da possibilidade dela estar usando o trabalho de forma excessiva com o intuito de aplacar um vazio por perdas sofridas. Carmen ficou pensativa, e veio a confirmar que desde a separação conjugal carrega um vazio dentro de si, que busca superar com a dedicação ao trabalho e à família.

Carmen então conclui que vinha vivendo de um modo solitário, fazendo do trabalho e da criação do filho um meio de esquecer a dor que carregava pela separação conjugal.

#### 4. Terceiro atendimento

Na semana seguinte nos encontramos pela última vez, pois depois deste atendimento, Carmen teve alta hospitalar. Pontuei o quanto poderia ser interessante ela ampliar sua rede de relações sociais, de modo que não permanecesse mais vinculada ao trabalho excessivo, ao filho crescido e ao ex-marido.

Carmen então relatou, sensibilizada, que desde a separação conjugal vinha tornando sua vida sem fluxo, sem movimento, como que bloqueada. A partir daí comentou que estava disposta a pensar em mudanças, e que começaria a concretizá-las assim que deixasse o hospital. Ela citou três principais mudanças que pretendia realizar.

Primeiramente, solicitaria à diretora da escola a redução de sua carga horária, cumprindo apenas o número de horas-aula exigido. Enquanto isso providenciaria sua aposentadoria, uma vez que já podia se aposentar. Em terceiro lugar, voltaria a



frequentar um curso de dança, que há muitos anos deixara para trás. Ressalta-se o quanto interessante foi o fato dela ter elencado estas mudanças.

Aproveitando sua descrição, informei-lhe da Associação dos Aposentados do Rio de Janeiro, estimulando-a a pensar na possibilidade de buscar a mesma para que pudesse frequentar outras atividades – com características mais recreativas, como bailes, festas, excursões etc. -, e conhecer pessoas da sua faixa etária.

Passados seis meses da sua alta hospitalar, lhe telefonei. Carmen me reconheceu facilmente, e começou a contar, com animação, as mudanças que começava a realizar. Primeiro, vivia uma fase assintomática da doença, e voltara a andar sem grandes problemas. No entanto, recebia acompanhamento da Clínica da Dor como continuidade do tratamento. Também tirara licença do trabalho para poder cuidar mais de si. Estava decidida a se aposentar, e havia iniciado processo para isso.

Mas o que mais me chamou a atenção neste telefonema foi quando ela disse que se recuperava na companhia da mãe, e que há pouco tempo iniciara um curso de dança em uma Associação de Aposentados. Segundo Carmen, o curso a estimulava a sair de casa, e para se divertir e fazer novas amizades. Ou seja, ela conseguiu reatar um vínculo antigo com uma pessoa especial de sua família de origem - a mãe -, e criar uma nova dinâmica de vida.

## 5. A menopausa

A menopausa é a fase do ciclo reprodutivo de cessação gradativa da menstruação, que provoca mudanças biológicas, mas também emocionais e sociais na mulher, sendo normalmente vivida de forma abrupta e impactante (Coelho & Diniz, 2003). Neste sentido, não está em voga apenas a queda hormonal, mas a

história de vida, que inclui a experiência de construção da própria imagem, e o contexto social e cultural de cada mulher. Assim, a menopausa seria um acontecimento fisiológico natural, revestido de significado, que variaria conforme a época e a cultura (Costa & Gualda, 2008; Carvalho & Coelho, 2005; Trench & Santos, 2005; Sommer et al., 1999).

No ocidente cristalizou-se o mito de que ser jovem significa ser bela e boa, e de que estas seriam qualidades femininas esperadas por toda sociedade. Este mito compara a imagem de uma princesa, como aquela dos contos de fada, com a de uma bruxa: a primeira é jovem, linda e do bem; a segunda é velha, feia e do mal. A princesa é então querida, e a bruxa, odiada (Langer, 1981). Este mito vem perpassando décadas e contribuindo para que as mulheres, ao se perceberem envelhecendo, sintam-se perdendo os atributos femininos de mulher atraente e desejada, e adquirindo a imagem de mulher velha, feia e desprezada.

Mas, que é a bruxa? A madrasta de Branca de Neve era linda e só mostrou sua feiúra e suas más qualidades quando a menina, fazendo-se mulher, superava-a em beleza (...). A mulher mais velha reconhece frente ao espelho bruscamente a bruxa em seu próprio rosto e sente-se tão odiada e despojada (...). A idéia depressiva da mulher que envelhece, de que agora nada vale a pena, de que já não há sentido em viver, expressa a rejeição de sobreviver à mudança e ao tempo que a transformou de menina triunfante e preferida pelo pai nesta imagem de mãe destruída que já ninguém quer nem alimenta. (Langer, 1981, p. 243)

Na modernidade, este mito da princesa que se transforma em bruxa quando a mulher envelhece tem lugar em um meio que valoriza a juventude, onde a menopausa não é simplesmente encarada como fase natural do envelhecimento, mas como fim do ser mulher (Costa & Gualda, 2008; Mori & Coelho, 2004; Diniz & Coelho, 2003). “Perder os atributos de beleza e juventude numa sociedade que cultua o corpo perfeito é perder o valor e respeito como mulher. Envelhecer é deixar

de seduzir, de encantar os homens pela beleza física, é deixar de ser mulher.” (Diniz & Coelho, 2003, p.109).

Para Carmen, era como se a menopausa significasse a finitude de sua identidade de mulher, ou seja, o fim da possibilidade de experiências afetivas e sexuais, que desde a separação conjugal ela não vivenciava. Desta forma, a passagem pela mesma estava sendo marcada por sofrimento, pois a capacidade de menstruar e a maternidade eram condições que desde o divórcio faziam-na se sentir mulher.

A chegada da menopausa então a fez pensar que estava envelhecendo, e segundo suas palavras, após toda uma vida pouco aproveitada, narrando, então, que achava que tivesse perdido tempo.

Além da suposta perda da beleza, percebida pela paciente, os sintomas da doença lúpica, como as erupções cutâneas, eram mais um acontecimento naquele momento que reforçava sua percepção de estar envelhecendo, refletindo em sua autoimagem negativa. Assim, era como se estivessem lhe arrancando a pele através do Lúpus, o corpo inteiro através do adoecimento dos órgãos, enfim, a vida.

## 6. O ninho vazio

Na história da paciente, ela também vivia a fase de ninho vazio, que igualmente ao climatério, remetia, para ela, à morte, à finitude.

O ninho vazio é a fase em que os filhos começam a ganhar independência da família, lutando por mais autonomia (Sartori & Zilberman, 2009). Esta fase costuma ser vivida com dificuldade pelas mulheres, que passam boa parte da vida se dedicando à família, ficando muito tempo envolvidas na criação dos filhos (McCullough & Rutenberg, 2001; McGoldrick, 2001).

Na fala da paciente, o marido e o filho aparecem como elementos que reafirmam e sustentam sua identidade, fazendo com que, até mesmo o trabalho, ao qual tanto se dedicava, tivesse lugar secundário em seu relato. Ao se separar do marido, ela se ligou ao filho como sua única rede de relação por meio da qual se sentia fortalecida e motivada para continuar vivendo.

Segundo alguns autores, na mulher divorciada a partida dos filhos pode atualizar o seu sofrimento pela perda do casamento, repercutindo em seu papel de mãe e em sua autoestima. E se ela não possui outras relações íntimas, sua vivência de ninho vazio se torna ainda mais difícil (Brown, 2001; Neugarten, 1976; Solomon, 1973).

No relato de Carmen, a partida do filho promovia-lhe total solidão, pois ele era o único vínculo íntimo em sua vida desde a separação. Ela se via perdendo aquela pessoa que, depois do marido, fazia-a sentir-se viva, sentir-se mulher.

## 7. O amor romântico

O fato de Carmen não ter se permitido viver novas experiências afetivas poderia estar relacionado a um possível medo de destruir o amor vivido e provavelmente mitificado que guardava pelo ex-marido. Ou seja, a separação do marido não era vista como real, e por isso ela continuava, em seu imaginário, casada. O ex-marido tornou-se então um marido mítico, platônico, que ela ainda gestava, e que nunca lhe permitiu buscar novos companheiros afetivos. Assim, uma nova relação amorosa significaria um acontecimento ilegítimo, já que ainda se via casada.

Isto aponta para um ideal, presente em todo encontro amoroso: “a sua continuidade, independentemente daquilo que acontece no trajeto (...).” (Mansano,

2006, p. 156). Assim, para ela, aceitar o fim do casamento era percebê-lo como perda de tempo, já que seria romper com a ideia de eternidade que configurava o seu amor.

O amor de Carmen pelo ex-marido era um amor romântico, que se traduzia pela idealização do parceiro, abrangendo a experiência de completude, a ilusão de continuidade absoluta do encontro amoroso, o qual se quer que seja para sempre, e a intenção de que o desejo seja apenas pelo parceiro. Para Mansano (2006), no amor romântico, o sacrifício, a exclusividade e a eternidade seriam seus ingredientes, e fariam com que o sujeito se sentisse fusionado ao outro.

O amor romântico surgiu no ocidente, no contexto do individualismo, enquanto um produto daquela cultura, onde os homens se afastam uns dos outros, e idealizam um amor enquanto refúgio, em meio ao estresse e sofrimento gerados pelo sistema econômico capitalista. Neste contexto, o amor romântico constitui-se como alicerce na constituição do sujeito (Rios, 2008; Costa, 1999).

Segundo Heilborn (2004), o amor romântico é a expressão do sentimento de individualidade da modernidade, uma vez que o sujeito não entra em contato com o parceiro real, mas com o parceiro que ele idealiza, vivenciando seus próprios sonhos e fantasias, evitando um contato pessoal com o outro. Neste sentido, o amor romântico seria como uma armadilha, na qual o sujeito é envolvido e absorvido pela ideia de viver seus ideais narcísicos acerca de uma relação.

No individualismo moderno, o indivíduo é seu próprio objeto de amor, que contribui para a autoafirmação e a constituição de um sujeito autocentrado, pois ao amar a mim mesmo, não preciso que ninguém me faça feliz (Rios, 2008; Heilborn, 2004; Costa, 1999; Badinter, 1986; Bott, 1976). Neste contexto, o amor seria perfeito, mágico, raro, e mesmo natimorto. A solidão surge como um modo de vida

comum entre os indivíduos, e passa a ser um ideal de ser: ou seja, ser só tem grande valor neste meio. Deste modo, o encontro amoroso se dá e se mantém, na maioria das vezes, na própria fantasia do indivíduo (Rios, 2008; Costa, 1999).

Logo, a falta de contato pessoal favoreceria a imaginação e fantasia construídas acerca do outro, pois quanto menor é o nosso contato físico e pessoal com alguém, menor também é a possibilidade de estabelecermos um confronto entre nossa própria fantasia e a realidade (Bott, 1976).

Segundo Costa (1999), o amor romântico é o resultado de diferentes discursos e formas de amar, que operaram no ocidente e que traziam em seu bojo a ideia platônica do amor enquanto um sentimento único, inconfundível, eterno e natural. Neste contexto, aqueles que ainda não conseguiram sustentar este amor, se perceberiam como pessoas infelizes, sem sorte ou desviantes no amor. Ou seja, cremos que amar é um ato simples e ao alcance de qualquer pessoa adulta, o que faz com que, na cultura moderna, o amor romântico surja como um ideal que deve ser buscado por todos. Assim, quando não conseguimos alcançar este ideal, tendemos a nos culpar.

Temos aqui uma contradição na vivência deste amor. Ou seja, se o fato de Carmen alimentar o amor pelo ex-marido traduzia a sua solidão, sua individualidade, na qual evitava experimentar acontecimentos reais, através do contato com o outro, em contrapartida, ela se culpava por não ter conseguido manter o casamento, atribuindo a si toda responsabilidade pelo fracasso do relacionamento. Em seu relato, se questionou se a partida do marido não seria consequência de sua falta de êxito em contribuir para que a relação fosse satisfatória.

Para Rocha-Coutinho (1994), o amor romântico está ligado ao surgimento da família nuclear e da divisão sexual do trabalho, tendo sido o pivô de suas

estruturações. Neste contexto, o amor romântico afetou sobremaneira a mulher, por ter sido colocada no lugar de mantenedora dos vínculos, das relações. Além disto, ela atua no espaço doméstico – a casa -, que sendo um espaço íntimo e privado, permitiu que o amor romântico ali se realizasse.

Assim, refletir sobre o amor romântico implica considerar que ele é vivido de maneira diferente pelo homem e pela mulher, ou seja, que possui configurações distintas conforme a divisão sexual produzida pela sociedade capitalista. Logo, é preciso pensar em gênero ao buscar compreendê-lo.

#### 8. O contexto social e a subjetividade feminina

Normalmente as mulheres são mais afetadas pela separação conjugal que os homens, pois na maior parte das culturas e épocas, elas são socializadas para amar e se entregar por amor, tornando-se inclinadas a viver de forma íntima e afetiva. O modo como lidam com a separação e a partida dos filhos é o reflexo de uma cultura onde o casamento e a formação da família, assim como a manutenção destes vínculos, aparecem como alicerces na vida das mulheres (Heilborn, 2004; Rocha-Coutinho, 1994; Gilligan, 1982).

No ocidente, o modo vivendi das mulheres é fruto da história da família. No Brasil colonial, da mulher se esperava a postura dócil e passiva, que era valorizada como feminino. Neste contexto, a ela não era concedida liberdade sexual, a menos que para o fim de maternidade. Assim, vivenciar a própria sexualidade, no dizer e no fazer, não lhe era permitido, pois se acreditava que isto provocaria uma ruptura no equilíbrio do lar e na organização da sociedade (Diniz & Coelho, 2005; Rocha-Coutinho, 1994).

Estes traços continuam presentes na modernidade, onde apesar das mudanças conquistadas pelas mulheres, o tradicional e o moderno viriam entrecruzando-se em suas vidas, refletindo esses valores (Diniz & Coelho, 2005; Heilborn, 2004; De Meis, 2001).

A cultura cristã produziu dois modelos femininos estruturais: a mulher de família e a da rua. Em cada pessoa, um predomina mais que o outro. No primeiro, a mulher aprenderia que deve se guardar para o esposo, estando sua realização máxima no casamento e maternidade, que seriam o destino esperado pela maioria delas. Este modelo abarcaria a mulher e mãe, cujas funções estão arranjadas à cama e à mesa, limitando sua vida às funções de esposa e mãe. Em contrapartida, a mulher da rua romperia com as limitações que lhe foram postas no lar, e lutaria por um espaço no mundo público (Aragão, 1983). Nas sociedades modernas, as mulheres vêm conquistando este mundo, como por exemplo, através de sua entrada no mercado de trabalho.

No relato de Carmen, ao mesmo tempo em que é mulher de família, também é mulher da rua. Isto é, ela não estava apenas em casa, mas também na rua, pois durante todo tempo em que guardou o casamento e a família dentro de si, fazendo dos mesmos as maiores realizações de sua vida (modelo feminino tradicional ou mulher de família), também buscou se realizar através do trabalho fora de casa (modelo feminino moderno ou mulher da rua). Assim, Carmen não seria completamente moderna, tampouco completamente tradicional, possuindo estes dois sistemas de valor em si, que apareciam em sua fala e conduta de modo mesclado, com a diferença de que o modelo de mulher de família estava lhe afetando mais. Isto posto, seu desejo de casar e construir uma família reflete mais



que um simples plano de vida, sendo um valor enraizado, que molda a subjetividade feminina.

Percebe-se, portanto, que os vínculos que Carmen mantinha eram com aquelas pessoas frutos de seu casamento e da família que construiu, nunca mantendo nenhum outro importante com pessoas que não fossem o ex-marido (imaginário) e o filho. Por isso, estava sendo difícil aceitar aquelas perdas (do casamento, maternidade e fertilidade), e vislumbrar outras opções. Ora, dedicar-se a si mesma é algo que se esvai na vida das mulheres, por se dedicarem em primeiro lugar à família (Diniz & Coelho, 2005). Assim, com a perda das pessoas que lhe eram sentidas como partes constitutivas de si, ou seja, conforme sentia que perdia aqueles em quem sempre depositou a responsabilidade por sustentar certa imagem de si mesma, sua motivação para a vida se esvaiu, não havendo mais lugar para projetos, pois estes sempre foram vividos enquanto projeto familiar, não individual.

#### 9. Reflexões a partir da intervenção em psicologia hospitalar

Se as mulheres ampliassem seu convívio social para além do lar e da família, permitiriam um afastamento no qual viriam a repensar o papel que sempre assumiram. Elas se deparariam com novas atividades, não mais ligadas ao lar, e viveriam outras experiências (Brown, 2001; Rampage & Avis, 1998). Ou seja, se colocariam em perspectiva, refletindo na construção de novas possibilidades de ser mulher, em que passam a reescrever o próprio destino.

Para Brown (2001), o convívio fora do lar devolve à mulher divorciada a autoestima e uma experiência social de descoberta e expressão de habilidades, que talvez não tenham sido vividas durante o casamento, contribuindo para um crescimento pessoal.

Segundo Sluski (1997), nos seres humanos as relações contribuem para dar sentido à vida, pois propiciam uma experiência de organização da identidade, de bem-estar, competência, agenciamento e de poder. Estaria implícito aí o sentimento de que existimos para alguém, ou servimos para alguma coisa, o que motivaria o autocuidado, e assim, o desejo de continuar vivendo.

Ao contar sua história, Carmen conclui que a mesma vinha sendo desenhada pela dedicação excessiva ao trabalho e pela dificuldade de aceitar que não precisaria mais cuidar do filho. Ela passa a visualizar que essa dificuldade traduzia o quanto, desde o divórcio, precisava se apegar a ele como uma forma de aplacar a solidão.

Assim, a psicóloga refletiu com Carmen a possibilidade dela ampliar ou construir novas relações para sua vida, situação que poderia levá-la a se desprender do filho e do amor nutrido pelo ex-marido. Segundo Carmen, era a primeira vez que refletia sobre esse assunto, que se tornara o seu grande aprendizado naquela internação.

A partir daí começou a pensar quem poderia ajudá-la na recuperação, quem poderia ser fonte de apoio naquele momento de sua vida em que realizava um tratamento de saúde. Para Martins (2004), as pessoas também constroem relações para se protegerem e se apoiarem nas vivências de grande fragilidade, garantindo assim a sobrevivência.

Assim, Carmen buscou preencher sua vivência de ninho vazio com a oportunidade de reatar laços com a família de origem, vindo a morar com a mãe após a alta hospitalar. Ou seja, ela convidou a mãe para morar consigo, o que refletiu a necessidade de poder contar com um cuidador, mas também sua primeira conquista em seu movimento por mudança e reconstrução de sua história de vida.

Ela iniciava um processo de novos contatos com o mundo, vindo também a se inscrever em um curso de dança de uma Associação de Aposentados após a alta hospitalar, e a partir do mesmo, começava, animada, a participar de festas e bailes.

Para Diniz e Coelho (2003), estas redes de relações, muito além de constituírem apoio e diversão para as mulheres na meia idade e na velhice, são vivências transformadoras e construtoras de novas possibilidades de ser mulher. Assim, a busca pelo curso de dança, que a levou a fazer parte de uma Associação de Aposentados, trouxe o entendimento de que ela estava fazendo um movimento para a saúde, para uma melhor qualidade de vida, pois se permitia iniciar mudanças e dar um novo sentido à vida.

Para Fontes (2004), as relações humanas são construídas a partir do campo de possibilidades de cada indivíduo, que reflete seu contexto e história de vida. Neste sentido, as relações são determinadas por seu campo, e mudam com o tempo, conforme as possibilidades que vão surgindo. Assim, como Carmen vive em um meio que coloca o casamento e a família no destino feminino, o que vinha compondo o seu campo de possibilidades, sendo percebido por ela como as únicas relações que lhe cabiam, era a relação de casal e família.

Contudo, o atendimento de psicologia hospitalar lhe permitiu vislumbrar outros possíveis modos de vida, como o reatamento do vínculo com a mãe e o curso de dança. Neste caso, como a mãe e a aula de dança já estavam presentes em sua vida, estes foram vínculos fáceis de serem retomados e reinvestidos. Tais iniciativas revelam que Carmen estava conseguindo ampliar ou reconstruir sua rede de relações significativas, explorando novos campos possíveis.

Após a alta hospitalar, com o tempo, a paciente também readquiriu a mobilidade das pernas, deixando de andar de cadeira de rodas. Isto foi mais uma

conquista, que contribuiu em sua autoestima, refletindo em sua autoimagem positivamente. Carmen passa a se sentir viva, fortalecida, ou seja, uma mulher que volta a andar com as próprias pernas.

A doença lúpica, a menopausa e o ninho vazio eram como uma ruptura, uma situação limite, que a mobilizara à autoavaliação, revisão dos próprios valores e construção de um novo plano de vida, buscando ela agora mudança no rumo de sua história. Logo, apesar do sofrimento, ela também foi capaz de enfrentamento, refletindo seu amadurecimento.

Ou seja, ela constrói um novo projeto, em que descobre em si e desenvolve um novo dom, uma nova habilidade – a dança -, resgatando o sentido do seu existir, sua identidade. Portanto, passava a aceitar melhor as limitações, criando uma nova narrativa de identidade. Assim, ela pôde atravessar aquela fase de uma maneira menos sofrida, menos solitária, integrando sua habilidade em amar e se entregar por amor a uma nova capacidade, agora conquistada, de desprendimento e afastamento dos papéis aprendidos, construindo, assim, seu próprio destino.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Relatar esta experiência profissional significou valorizar e destacar uma intervenção psicológica realizada durante a internação de uma paciente acometida por uma doença crônica, que a princípio objetivou a escuta ao seu sofrimento, e com o decorrer dos atendimentos, o estímulo à reconstrução de sua rede de relações.

Penso que este artigo contribui para a reflexão sobre questões relativas à fase de climatério e ao convívio com uma doença crônica. Além disso, ele traz a importância da intervenção psicológica no contexto hospitalar, mostrando que essa

escuta e acolhida, ainda que no ambiente de uma enfermaria, permitiu à paciente repensar sua vida e realizar mudanças.

Uma vez que a conjuntura de vida das mulheres há muito vem se desenhando por sua centralidade no casamento e na família, sua busca e motivação por viver outras relações, ou mesmo por viver aquelas, mas de forma menos dedicada aos outros e mais voltada para si, quase não existem. Assim, nesta conjuntura, tem lugar seu adoecimento.

Este artigo então aponta para intervenções no atendimento às mulheres voltadas para as redes de sociabilidade, o que significa valorizar a criação e exploração destas redes por elas, por entendê-las como promotoras do afastamento das mulheres face aos papéis familiares, sendo a partir deste que elas constroem sua própria trajetória.

Assim, este relato sugere pensar a importância de intervenções, no âmbito da psicologia, que tenham por foco as redes sociais, e assim, de estudos sobre os diversos tipos e significados destas redes, em especial na vida das mulheres.

## REFERÊNCIAS

Aragão, L. T. de. (1983). *Em nome da Mãe: posição estrutural e disposições sociais que envolvem a categoria Mãe na civilização mediterrânea e na sociedade brasileira*. In E. Durham, J. Taylor, O. de Abreu Filho, L. T. de Aragão (Orgs.), *Perspectivas antropológicas da mulher* 3 (pp. 109-145). Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Araújo, A. D. & Traverso-Yépez, M. A. (2007). Expressões e sentidos do lúpus eritematoso sistêmico (LES). *Estudos de Psicologia*, 12(2), 119-127.

Badinter, E. (1986). *L'un est l'autre: dès relations entre hommes et femmes*. Paris: Éditions Odile Jacob.

Bott, E. (1976). *Família e rede social: papéis, normas e relacionamentos externos em famílias urbanas comuns*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.

Brown, F. H. (2001). *A família pós-divórcio*. In B. Carter & M. McGoldrick (Orgs.), *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar* (pp. 321-343). Porto Alegre: Artes Médicas.

Carvalho, I. S., & Coelho, V. L. D. (2005). *Mulheres na maturidade: histórias de vida e queixa depressiva*. *Estudos de Psicologia*, 10(2), 231-238.

Coelho, V., & Diniz, G. (2003). *Vida de mulher: lidando com a meia-idade e a menopausa*. In T. Féres-Carneiro (Org.), *Família e Casal: arranjos e demandas contemporâneas* (pp. 97-117). Rio de Janeiro: Ed PUC-Rio.

Costa, J. F. (1999). *Sem fraude nem favor: Estudos sobre o amor romântico*. Rio de Janeiro: Rocco.

Costa, G. M., & Gualda, D. M. R. (2008). Conhecimento e significado cultural da menopausa para um grupo de mulheres. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42(1), 81-89.

De Meis, C. (2001). *Uma questão de gênero: ensaio sobre sociabilidade, mulher, trabalho e prostituição*. In J. F. da Silva Filho (Org.), *A danação do trabalho: organização do trabalho e sofrimento psíquico* (pp. 265-288). Rio de Janeiro: Te Corá.

Diniz, G., & Coelho, V. (2003). *Mulher, família, identidade: a meia-idade e seus dilemas*. In T. Féres-Carneiro (Org.), *Família e Casal: arranjos e demandas contemporâneas* (pp. 79-95). Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio.

Diniz, G., & Coelho, V. (2005). *A história e as histórias de mulheres sobre o casamento e a família*. In T. Féres-Carneiro (Org.), *Família e Casal: efeitos da contemporaneidade* (pp. 138-157). Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio.

Fontes, B. (2004). *Sobre trajetórias de sociabilidade: a idéia de redes de saúde comunitária*. In P. H. Martins & B. Fontes (Orgs.), *Redes Sociais e Saúde: novas possibilidades teóricas* (pp. 121-142). Recife: Ed. Universitária da UFPE.

Gilligan, C. (1982). *In a different voice*. Cambridge: Harvard University Press.

Goodman, D., Morrissey, D. G., & Bossingham, D. (2005). Illness Representations of Systemic Lupus Erythematosus. *Qualitative Health Research*, 15(5), 606-619.

Hahn, B. H. (2005). *Systemic Lupus Erythematosus*. In D. L. Kasper, E. Braunwald, A. S. Fauci, S. L. Hauser, D. L. Longo, J. L. Jameson, & J. Loscalzo (Orgs.), *Harrison's Principles of Internal Medicine* (16th ed., pp. 1960-1967). New York: McGraw-Hill Editor.

Heilborn, M. L. (2004). *Dois é par: gênero e identidade sexual em contexto igualitário*. Rio de Janeiro: Garamond.

Langer, M. (1981). *Maternidade e sexo: estudo psicanalítico e psicossomático*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Mansano, S. R. V. (2006). *O amor romântico e um breve sobrevôo pela música popular brasileira*. In A. Naffah Neto (Org.), *Falando de amor* (pp. 151-164). São Paulo: Ágora.

Marques, V. (2005). *Ruptura epistemológica e psicologia: a importância do olhar fluido*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Martins, P. H. (2004). *As redes sociais, o sistema da dívida e o paradoxo sociológico*. In P. H. Martins & B. Fontes (Orgs.), *Redes Sociais e Saúde: novas possibilidades teóricas* (pp. 21-48). Recife: Ed. Universitária da UFPE.

McCullough, P., & Rutenberg, S. (2001). *Lançando os filhos e seguindo em frente*. In B. Carter & M. McGoldrick (Orgs.), *As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar* (pp. 248-268). Porto Alegre: Artmed.

McGoldrick, M. (2001). *As mulheres e o ciclo de vida familiar*. In B. Carter & M. McGoldrick (Orgs.), *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar* (pp. 30-64). Porto Alegre: Artmed.

Mello Filho, J. de. (1988). *Concepção psicossomática: Visão atual* (5a ed.). Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

Mendelson, C. (2006). *Managing a Medically and Socially Complex Life: Women Living With Lupus*. *Qualitative Health Research*, 16(7), 982-997.

Mori, M. E., & Coelho, V. L. D. (2004). *Mulheres de corpo e alma: aspectos biopsicossociais da meia-idade feminina*. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 17(2), 117-187.

Neugarten, B. (1976). *Adaptation and the life cycle*. *The Counselling Psychologist*, 6(1), 16-20.

Rampage, C., & Avis, J. M. (1998). *Identidade sexual, feminismo e terapia familiar*. In M. Elkaim (Org.), *Panorama das Terapias Familiares* (pp. 189-221). São Paulo: Summus.

Rios, I. C. (2008). *O amor nos tempos de Narciso*. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 25(12), 421-426.

Rocha-Coutinho, M. L. (1994). *Tecendo por trás dos panos: A mulher brasileira nas relações familiares*. Rio de Janeiro: Rocco.

Sartori, A., & Zilberman, M. (2009). *Revisitando o conceito de síndrome do ninho vazio*. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36(3), 112-121.

Sato, E. I. (1999). *Introdução*. In E. I. Sato (Org.), *Lúpus Eritematoso Sistêmico: O que é? Quais são suas causas? Como se trata?* (pp. 5-8). São Paulo: Sociedade Brasileira de Reumatologia.

Sato, E. I., Bonfá, E. D., Costallat, L. T. L., Silva, N. A. Da, Brenol, J. C. T., Santiago, M. B., Szajubok, J. C. M., Rachid Filho, A., Barros, R. T., & Vasconcelos, M. (2002).

Consenso brasileiro para o tratamento do lúpus eritematoso sistêmico (LES). *Revista Brasileira de Reumatologia*, 42(6), 362-370.

Simonetti, A. (2004). *Manual de Psicologia Hospitalar: o mapa da doença*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Sluski, C. (1997). *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Solomon, M. (1973). A developmental, conceptual premise for family therapy. *Family Process*, 12(2), 179-188.

Sommer, B., Avis, N., Meyer, P., Ory, M., Madden, T., Kagawa-Singer, M., Mouton, M., Rasor, N. O'N., & Adler, S. (1999). Attitudes toward menopause and aging across ethnic/racial groups. *Psychosomatic Medicine*, 61, 868-875.

Steinmetz, S. (1988). *Family and Support Systems Across the Life Span*. New York: Plenum.

Trench, B., & Santos, C. G. dos. (2005). Menopausa ou Menopausas? *Saúde e Sociedade*, 14(1), 91-100.

## **CONTATO**

E-mail: luarago@hotmail.com