

5.2 CATEGORIA 2: O CUIDADO NA PERSPECTIVA DA EXPERIÊNCIA DO OUTRO

A leitura das descrições vivenciais dos participantes do estudo, à luz do pensamento merleau-pontyano acerca da percepção humana, que nos conduz a olhar o mundo segundo a perspectiva figura-fundo (MERLEAU-PONTY, 2011), fez ver que a relação cuidativa de familiares com membros que consomem drogas implica, dentre outras facetas, em cuidado de si, embora, irrefletido (SENA, 2006; 2010), conforme revela a descrição seguinte:

[...] Foi muito difícil, me abalou muito psicologicamente, cheguei a fazer acompanhamento com psiquiatra, porque eu não queria aceitar. Mas aí entendi que eu tinha que aceitar, porque eu sou mãe. Ter mais amor por ele, mais do que eu já dava [...]. (**Nuvem**)

No momento em que *Nuvem* reconhece seu dever moral, como mãe, ela passa a aceitar a condição de cuidadora e, a partir de então, sente que precisa amar mais o filho além do que já fazia. Esta leitura revela-nos a ambiguidade sentir-refletir, que é própria da percepção humana (MERLEAU-PONTY, 2007; 2011). Ao mesmo tempo em que *Nuvem* sente-se desapontada com o fenômeno vivenciado pelo filho, passa a refletir sobre o dever materno de cuidar, o que a leva à aceitação e ao reconhecimento da necessidade de amar.

O cuidado de si irrefletido pode ser pensado a partir da necessidade de sustentar a tese sociocultural de que toda mãe deve amar os filhos e cuidar deles de forma incondicional. Segundo o pensamento merleau-pontyano, os seres humanos convivem, constantemente, com uma demanda sensível, que independe de deliberação pessoal, e outra cultural, relativa à inserção em contextos sociais distintos. O sentir-se desviante de certos padrões sociais (rejeição do filho em função de consumo de drogas), implica em ansiedade e culpa, o que a levaria à tentativa de aliviá-las, mediante cuidado excessivo e superproteção. E é essa ação pré-reflexiva que designamos de cuidado de si irrefletido.

A noção de “*outro*” mencionada, nesta categoria, refere-se à experiência de transcendência das cuidadoras participantes do estudo na vivência do cuidado, uma

vez que cuidando do semelhante elas cuidam, também, de si mesmas, o que implica no tornar-se um *outro eu mesmo*.

Embora as descrições vivenciais revelem que na relação com o familiar em condição de consumo habitual de drogas acontece o cuidado de si irrefletido, também apontam, de forma objetiva, o reconhecimento de que esse cuidado (cuidado da ansiedade e da culpa) implica em descuido, uma vez que resulta em intenso sofrimento para quem cuida, conforme podemos perceber nas descrições seguintes:

[...] Eu não me importo, se eu morrer eu morri, pelo amor que eu estava dando, amor a ele, pelo cuidado, muito cuidado. O pai não, não liga! Eu tenho sofrido muito, muito mesmo. Tem dias que eu não durmo, tive início de depressão, uma agonia [...]. **(Sol)**

[...] (Quando iniciou o uso) então daí para cá eu estou neste sofrimento, porque na mesma hora que ele está bem, ele não está. Eu sempre falo assim: cada recaída dele é nova etapa, porque agora eu estou começando do zero de novo, tudo voltou à estaca zero. Não é fácil, é um sofrimento, sofrimento! [...]. **(Rio)**

[...] É porque ele não tem o pai, o pai é mais na roça, a essa altura já perdeu a paciência, os irmãos dele também perderam a paciência, tudo sobra para mim, eu já tentei até suicídio com isso [...]. **(Fruto)**

[...] Não vou negar, eu me aproximei de um copo de bebida, bebi, me embriaguei. (...) eu dou a minha vida por ele [...]. **(Nuvem)**

[...] Passei por momentos muito difíceis; mas eu dou muito amor [...]. **(Céu)**

[...] Todas as vezes que eu penso que posso ir ao fundo do poço como hoje, que eu acordei um pouco triste eu pensei: Meu Deus eu não posso me dar o direito de ficar triste, essa história, também, é minha! [...]. **(Água)**

[...] Eu tenho sofrido muito, muito mesmo [...]. **(Sol)**

Todo esse sofrimento remete ao domínio do sentir-se na obrigatoriedade com a questão moral. Embora os demais membros da família (pai, irmãos) possam eximir-se do cuidado, “perder a paciência” com o membro que consome drogas, a mãe jamais se permite recusá-lo e, por isso, passa a gerir a própria vida em função das necessidades do filho. Neste contexto, a mãe é a pessoa mais afetada na relação: é ela quem sofre, angustia-se principalmente, pela relação de afeto que é estabelecida entre mãe e filho, antes mesmo do nascimento. E a mãe representa, muitas vezes, o apoio de todo o

núcleo familiar, apesar de chegar a perder a confiança no filho (MAGALHÃES et al., 2013).

Nessa relação de intimidade mãe-filho, desvela-se o sentimento de coexistência, noção que Merleau-Ponty desenvolve a partir de sua compreensão acerca da temporalidade, ou seja, da presentificação de um horizonte de passado e outro de futuro, na perspectiva de uma vivência de campo (SENA, 2006; SENA; GONÇALVES, 2010; SENA et al., 2011; MERLEAU-PONTY, 2011).

Não obstante nas descrições apareça a noção de tempo cronológico, o foco desse estudo é a temporalidade. Para Merleau-Ponty, o “tempo não é uma linha, mas uma rede de intencionalidades”, com a intenção de eternizar a vida (MERLEAU-PONTY, 2011, p. 476). Partindo desta compreensão, na trajetória do cuidado, as participantes podem *presentificar* situações que inspiram sentimentos de culpa. Isso pode ser percebido a cada experiência de “recaída” do membro sob o consumo da droga, caso o familiar cuidador vivencie a sensação de insucesso e sofrimento, conforme se pode evidenciar na descrição de Rio: “agora eu estou começando do zero de novo, tudo voltou à estaca zero, [...] é um sofrimento, sofrimento”. Por outro lado, emergem estratégias mobilizadoras para esse recomeço como, “muito cuidado”, “muito amor”, não se “dar o direito de ficar triste”.

Nesse sentido, a culpa pode mobilizar atitudes de compensação (“amor”, cuidado intenso, superproteção) das supostas “falhas” cometidas pela família, especialmente, pela mãe. E essas “falhas” parecem ter um custo muito alto na vida da família, o que apareceu nas descrições das participantes: beber ao ponto de embriagar-se, desvalorizar a própria vida, tentar suicídio, não poder perder a paciência, não ter o direito de entristecer-se, ter insônia e deprimir-se.

Seguindo a lógica da *analítica da ambiguidade*, no que concerne ao ser humano e, mais especificamente, ao ser familiar cuidador, este estudo corrobora a concepção de que, na relação com o consumidor de drogas, o familiar experimenta sentimentos ambivalentes como compaixão, vontade de ajudar, momentos de raiva e desespero (CARVALHO; DA SILVA OLIVEIRA; MARTINS, 2014). Os sentimentos nefastos impõem a necessidade de intervenção com o familiar cuidador, no sentido de atenuar a probabilidade de ideação suicida (ARAGÃO; MILAGRES; FIGLIE, 2009).

Notamos que as mães tendem a assumir o cuidado com exclusivismo, ou seja, o pai e os irmãos podem deixar de cuidar, mas é inadmissível que a mãe se negue. As descrições mostram que, ao mesmo tempo em que as mães se angustiam e até desejam a morte em função do cuidado de seu familiar, elas demonstram não poder deixar de existir, uma vez que não há quem cuide dele de modo igual.

Estudos que abordam a experiência da família, relacionada à sobrecarga e ao sofrimento decorrentes do processo de cuidar de familiares que sofrem de transtornos mentais e em função do consumo de drogas, destacam que ela se angustia com as escolhas feitas por eles e com os riscos a que estão expostos, mas empenha-se a dispensar-lhes atenção acentuada. Entre os tipos de sobrecarga, apontaram a financeira, a física e a emocional (AZEVEDO; MIRANDA, 2010; PEGORARO; CALDANA; LIMA, 2006; PEGORARO; CALDANA, 2008; REIS; MOREIRA, 2013; SENA et al., 2011).

Entretanto, esse pensamento, que associa o cuidar à sobrecarga e ao sofrimento do cuidador, constitui-se em uma tese e, portanto, faz-se necessário suspendê-la. O presente estudo mostra que o cuidado não consiste apenas em sofrimento, mas abre possibilidade para que, tanto o cuidador como o familiar de quem cuida, possam tornar-se *outro* por meio da intersubjetividade inerente à relação cuidativa.

Na perspectiva merleau-pontyana, a experiência perceptiva sempre nos abre a possibilidade da transcendência, o que se configura como um *eu posso*, como tornar-se “*um outro eu mesmo*”. Na relação de cuidado, o que acontece é a resignificação de vidas, em função da experiência intercorporal vivenciada (SENA, 2006), como observamos nas descrições seguintes:

[...] Agradeço o médico e o psicólogo, que me passavam bastante experiência de como lidar com ele, e só tenho o que agradecer [...].**(Fruto)**

[...] Eu ensino, explico, porque eu já participei e participo de todas as reuniões que tem aqui, explico, ensino a ele como lidar com a ansiedade [...].**(Rio)**

[...] Meu esposo não tinha paciência, mas através do acompanhamento do Caps, ele está mais paciente, quando eu chego eu passo para ele [...].**(Nuvem)**

[...] A gente aprende com o tempo, eu estou aprendendo. No caso do dependente químico é um pouco diferente, eu estou aprendendo muita coisa

agora. Hoje eu tenho outra forma de receber. Eu estou aprendendo tudo isso com a própria situação, eu não sabia nada, eu estou aprendendo [...]. (**Água**)

[...] Mas, depois, através daqui eu aprendi mais, e também na igreja [...]. (**Sol**)

[...] Por mais sofrimento que agente passe. Agente supera [...]. (**Céu**)

Estas descrições desvelam que o aprendizado construído mediante o processo de cuidar possibilitou a experiência de tornar-se um “outro eu mesmo” (SENA, 2006). Por meio da intersubjetividade, a cuidadora e seu cônjuge modificaram a relação e a convivência com o filho que consome drogas. Essa nova forma de cuidar, aprendida com a prática, modificou as relações, tanto do pai para com o filho, como da esposa para com o marido, reduzindo os conflitos do relacionamento familiar.

Essa experiência de transcendência ocorre em função da vivência de ser no mundo, que não é apenas uma condição geográfica, como estar no planeta, é muito mais abrangente: significa coexistência, relacionamento com as coisas e com o semelhante que, também, estão no mundo. Assim, o ato de cuidar não é apenas uma virtude, ou uma ação de cuidar, mas um modo de ser no mundo, de relacionar-se com o outro e com as coisas e, por isto, importa colocar cuidado em tudo, buscando desenvolver a capacidade de sentir o outro, negando a vontade de reduzir tudo a objeto (BOFF, 2013).

As descrições de mães integrantes do estudo desvelam que, para cuidar de uma pessoa que consome drogas habitualmente, é preciso que se desenvolva “amor incondicional”, sentimento que escapa a qualquer tentativa de explicação, conforme revelam as descrições:

[...] Como mãe tem que ter muito amor, muito amor e muito carinho e aproximar dele assim, com amor mesmo, pra que ele venha a entender, que em meio ao sofrimento que ele se encontra, ele recebe amor [...]. (**Nuvem**)

[...] porque a gente ama e o amor é tudo [...]. (**Céu**)

[...] primeiro o amor, se não você não chega a lugar nenhum [...]. (**Rio**)

[...] Eu estou desenvolvendo meu amor incondicional, se você não desenvolver o seu amor incondicional é impossível você cuidar de uma pessoa assim [...]. (**Água**)

Falar de cuidado motivado pelo “amor” parece ser uma expressão que está em desuso e, no mundo moderno, vemos que não há espaço para o que foge à regra, ao padrão. Vivemos em uma sociedade cujos laços afetivos não são mais tão profundos: é uma sociedade de descarte contínuo, em que nada tem a “permissão de se tornar indesejável”. Trata-se de uma sociedade “líquida moderna”, em que a qualquer momento os “ativos se tornam passivos e os capazes em incapazes” (BAUMAN, 2009, p.7-9).

Referindo-se ao filho em situação de consumo de drogas, uma Nuvem revelou que “[...] alguns da família falam: joga fora, bate a porta, porque o que você está sofrendo é por causa dele”.

As relações estabelecidas são medidas pela “qualidade de satisfação mútua” que podem proporcionar (BAUMAN; DONSKIS, 2014, p.22). Na relação mãe-filho destacada, egoisticamente falando, não há satisfação mútua, logo, o filho deve ser descartado pela mãe.

No entanto, em se tratando do ser mãe, não obstante encontrar-se em uma sociedade “líquida moderna”, o “amor”, parece constituir um sentimento inerente a quase todas as mães, talvez até por uma convenção sociocultural aprendida. Este atributo materno pode ter impulsionado uma delas (Nuvem) a afirmar que tem que ter “muito amor” para que o filho “venha a entender que, em meio ao sofrimento, ele recebe amor”, ou seja, a mãe sente a necessidade de ser significativa para o filho, o que lhe será gratificante.

Neste contexto, o cuidar, que é uma atitude própria do ser humano e revela empenho pelo outro e por suas necessidades (BOFF, 2013a), é vivenciado de forma ambígua pelas participantes do estudo, que ora revelam angústia, ora revelam “amor”. Esses sentimentos são coexistentes, pois, quando o familiar exprime o “amor” no cuidar, esse amor reverbera na pessoa cuidada, ou seja, o amor gera amor, e a angústia da mesma forma. Na coexistência, um sente o que o outro sente (CARVALHO; SILVA; MARTINS, 2014).

Na perspectiva de Merleau-Ponty, na relação de coexistência, o que ocorre é um entrelaçamento de um no outro, o “corpo vidente subtende o corpo visível e todos os visíveis com ele, existe aqui um reforço da ligação, corpo e mundo, no qual um reflete

no outro” (MERLEAU-PONTY, 2007, p.135). O autor enfatiza, ainda, que se trata de uma experiência intersubjetiva, em que o sujeito que percebe e o objeto percebido são partes ontológicas: esse corpo no mundo e o mundo no corpo são inseparáveis.

5.3 CATEGORIA 3: A INFANTILIZAÇÃO NA PERSPECTIVA DO CUIDADO DE SI

Merleau-Ponty descreve que o mundo clássico não atribui a atenção devida para a criança, o animal e o louco, uma vez que considera suas condutas sem sentido. Cada um desses três segmentos é visto como “caos vivo” e está à margem da verdade, como se o normal vivesse em busca de uma coerência (MERLEAU-PONTY, 2009, p.32).

As descrições das participantes do estudo revelam que na relação de cuidado com os familiares que consomem drogas, embora estes já sejam adultos (32 anos de idade, em média), elas os infantilizam e os vitimizam, conforme revelam as descrições a seguir:

[...] às três horas da manhã ela me chamava e eu estava ali, até hoje também, às vezes, até as pessoas falam assim que eu cuido dela como se fosse uma criança (risos). Ela tem 28 anos, mas a mãe é para isso mesmo [...]. **(Céu)**

[...] o meu é como uma criança [...]. **(Nuvem)**

[...] com o passar do tempo, eles se tornam uma criança, o meu, eu vejo ele como uma criança. Porque você ter uma pessoa dessas não é fácil, é pior do que um bebê [...]. **(Rio)**

[...] Não tem adjetivo para dizer o quanto é ruim você ter uma pessoa com problema de álcool ou droga perto de você, tem que cuidar quase como se fosse um bebê [...]. **(Água)**

[...] Eu falo: meu filho, você está fedendo, vai tomar um banho, meu filho eu lhe ajudo! (Ele responde) “oxe” mãe, a senhora acha que precisa a senhora ajudar eu tomar banho? Eu mesmo tomo! [...]. **(Sol)**

[...] Eu não o deixo sair [...]. **(Fruto)**

Nessas descrições, podemos perceber a presença de sentimentos ambíguos, pois, ao mesmo tempo em que, na situação posta, consideram a experiência de cuidar como sendo ruim, entendem que o cuidado deve ser especial e minucioso, como se

cuida de um bebê. E, se o cuidado atribuído ao bebê é em tempo integral e demanda atenção, assim também deverá ser com a pessoa que consome drogas, independentemente de sua idade, conforme mostra a descrição de Céu: “Ela tem 28 anos, mas a mãe é para isso mesmo”.

Na prática, o que acontece, mesmo sem a cuidadora perceber, é a vivência ambígua: por um lado, um não saber de si, isto é, um sentimento inexplicável que move a família ao cuidado (cuidado – vivência humana essencial). Por outro, um saber de si – vivência imposta pela razão (consciência), em função das exigências sociais (SENA et al., 2011). Com a descrição desse entrelaçamento vivencial não temos a pretensão de explicar as atitudes das cuidadoras, mas de compreendê-las.

As atitudes de superproteção e infantilização do consumidor de drogas, por parte da família, poderá, inclusive, estimular o consumo habitual e reforçar o estigma de inutilidade e incapacidade. Estas atitudes se opõem ao que é preconizado pela estratégia de redução de danos (RD), proposta na Política de atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas que prevê a defesa da autonomia do consumidor de drogas e ratifica a necessidade de seu protagonismo social (BRASIL, 2004).

Se fôssemos analisar o fenômeno da superproteção segundo a perspectiva da psicologia clássica, baseada na psicanálise, o que, provavelmente, ocorre é o emprego de um mecanismo de defesa, para o alívio da ansiedade e da angústia geradas na família pelo convívio com o familiar consumidor de drogas. Esse mecanismo que, em parte, é consciente e, em parte, é inconsciente, designa-se racionalização. Por meio dele a pessoa perdoa a si mesmo e aos outros pelas falhas e erros cometidos, de uma forma que sua autoestima seja preservada (FREUD, 2006).

Segundo o pensamento freudiano, o ego é ajustado mediante as necessidades narcisistas da pessoa em sua realidade. Quando lhe ocorrem sentimentos incontroláveis, ela estabelece um raciocínio lógico para explicar, racionalmente, os pensamentos e atitudes que seriam inaceitáveis, com o intuito de disfarçar os seus conflitos internos perante si e perante os outros.

Esse mecanismo aparece quando ocorre uma desordem que ocasione ameaça ao psiquismo, com a finalidade de recuperar o equilíbrio. De modo inconsciente, o mecanismo nomeia as escolhas, intelectualizando cada uma delas. É necessário não

confundir racionalização com pensamento racional, que induz a razões boas e justas, enquanto a racionalização quer obter razões apropriadas para esclarecer as condutas (ALMEIDA; ATALLAH, 2009).

Neste caso, é mais fácil aceitar o sujeito como uma criança do que como um adulto que transgredir as normas sociais impostas. O adulto, visto como “delinquente” – o que ocorre à pessoa que consome drogas habitualmente –, implica em estigma social, o que gera ansiedade, depressão e frustração em seus familiares, principalmente os mais próximos. Aceitá-lo como uma criança alivia o sentimento de culpa da família por “não ter educado para obedecer aos padrões e às normas sociais”, uma vez que as pessoas, em geral, interpretam o fato de alguém tornar-se consumidor de drogas como sendo “falha” da família, que é considerada desestruturada e passa a elaborar mecanismos de defesa.

Aceitar um filho adulto que é um “drogado” é assumir a posição de “família desestruturada”, ou seja, validar/confirmar essa tese sociocultural. O sofrimento é sentido de duas formas: a primeira está relacionada à preocupação com a moralidade e a reputação social da família, o que favorece a emergência do sentimento de culpa, por achar que não deu o melhor de si para o membro. Sendo assim, o familiar é a vítima do descuido e há culpabilização da família por esse descuido.

A segunda forma de sofrimento por parte da família e, mais especificamente, do familiar cuidador, se refere ao estresse cotidiano em função da sobrecarga de atividades, o que inclui o cuidar. Em certas circunstâncias, não obstante o filho apresentar a funcionalidade necessária ao autocuidado, a mãe insiste em fazer por ele, conforme vemos nas palavras de Sol, ao referir-se ao questionamento do filho: [...] mãe, a senhora acha que precisa me ajudar a tomar banho?”

Assim, entendemos que o conhecimento acerca da estratégia de RD, por parte da família, a ajudaria a promover a autonomia e a independência do consumidor de drogas em sua residência. Entretanto, se a família o trata como “criança”, o cuidado pode constituir uma sobrecarregar para si.