

5.2 INTERCORPOREIDADE E CUIDADO FAMILIAR NA EXPERIÊNCIA DO ALCOOLISMO: O CORPO DO OUTRO COMO EXTENSÃO DE SI

Este manuscrito será submetido à revista Revista da Escola de Enfermagem da USP (REEUSP), e foi elaborado conforme as diretrizes para autores, disponíveis no link: https://revistas.usp.br/reeusp/pt_BR/information/authors, consultadas em abril de 2026.

ARTIGO ORIGINAL

Intercorporeidade e cuidado familiar na experiência do alcoolismo: o corpo do outro como extensão de siThainan Alves Silva¹<https://orcid.org/0000-0001-8930-9044>Edite Lago da Silva Sena²<https://orcid.org/0000-0002-1236-8799>

1 Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES). Jequié, Bahia, Brasil.

2 Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES). Jequié, Bahia, Brasil.

RESUMO

Objetivo: discutir a experiência intercorpórea do cuidado familiar no contexto do alcoolismo, evidenciando como o sofrimento do familiar alcoolista é vivido como extensão de si. **Método:** Estudo descritivo-exploratório, qualitativo, fundamentado na fenomenologia de Merleau-Ponty. Realizado em Unidade de Saúde da Família na Bahia com 20 familiares de pessoas com transtornos por uso de álcool. A produção de dados ocorreu entre setembro e dezembro de 2024, via rodas de Terapia Comunitária Integrativa temáticas. Utilizou-se a Analítica da Ambiguidade para análise. Projeto aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** O cuidado familiar constitui-se como experiência intercorpórea, marcada pela porosidade das fronteiras entre o eu e o outro. A coexistência evidencia um cuidado tecido na intersubjetividade, em que o corpo próprio se prolonga no mundo do outro, revelando a ambiguidade das relações afetivas. **Conclusão:** o cuidado no alcoolismo é uma experiência intercorpórea de sofrimento compartilhado, demandando um olhar que transcenda o indivíduo e alcance as redes relacionais. Os resultados reforçam a importância de tecnologias leves, como a Terapia Comunitária Integrativa, para fortalecer o cuidado em liberdade na Rede de Atenção Psicossocial.

DESCRITORES: Alcoolismo; Saúde Mental; Cuidadores; Relações Familiares; Fenomenologia.

Autor correspondente:

Thainan Alves Silva

Avenida Tote Lomanto, Bairro Joaquim Romão, Residencial Moradas do Vale, 1999, CEP: 45201195

E-mail: alves.thainan@outlook.com

INTRODUÇÃO

O alcoolismo permanece como um dos principais problemas de saúde pública mundial, com impactos que transcendem o indivíduo e alcançam a família e a comunidade. Segundo a Organização Mundial da Saúde, o uso habitual de álcool está associado a mais de 3 milhões de mortes anuais e a um amplo espectro de agravos biopsicossociais ⁽¹⁾. No contexto brasileiro, o consumo abusivo de álcool constitui importante fator de risco para doenças crônicas, violência e sofrimento psíquico, exigindo respostas articuladas da rede de atenção psicossocial ⁽²⁾.

No campo da saúde mental, as políticas contemporâneas brasileiras têm deslocado o foco do cuidado hospitalocêntrico e biomédico para práticas territoriais, comunitárias e centradas na convivência, como preconizado pela Reforma Psiquiátrica e pela Política Nacional de Saúde Mental. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) reconhece a família como sujeito ativo desse cuidado, compreendendo que o sofrimento mental não se restringe ao indivíduo, mas emerge em redes relacionais ⁽³⁻⁴⁾.

Nesse cenário, familiares de pessoas em sofrimento mental decorrente do alcoolismo frequentemente vivenciam uma experiência de sofrimento compartilhado, marcada por sobrecarga emocional, ambiguidade afetiva e adoecimento psíquico. Estudos nacionais e internacionais demonstram níveis elevados de ansiedade, depressão e desgaste emocional em cuidadores familiares de pessoas com transtornos relacionados ao uso de substâncias ⁽⁵⁻⁶⁾. No entanto, ainda há lacunas na compreensão fenomenológica dessa experiência, especialmente no que se refere à dimensão corporal e relacional do cuidado.

A fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty oferece um referencial potente para compreender essas vivências, ao conceber o corpo como campo de relações e intersubjetividade. Para o filósofo, o corpo próprio é sempre um corpo-em-relação, atravessado pela presença do outro, configurando uma experiência de intercorporeidade ⁽⁷⁾. Nessa perspectiva, o sofrimento do outro pode ser vivido como uma extensão sensível do próprio corpo.

Diante dessa reflexão, questiona-se: como as famílias de pessoas com alcoolismo vivenciam a experiência intercorpórea do cuidado em liberdade no contexto da saúde mental? A partir dessa inquietação, este estudo objetiva discutir a experiência intercorpórea do cuidado familiar no contexto do alcoolismo, evidenciando como o sofrimento do familiar alcoolista é vivido como extensão de si. Ao iluminar essa dimensão do cuidado, pretende-se contribuir para práticas mais sensíveis e alinhadas às

diretrizes da atenção psicossocial, fortalecendo o cuidado em liberdade e a humanização das políticas públicas de saúde mental.

MÉTODO

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa e fenomenológica, fundamentado na Teoria da Intersubjetividade de Maurice Merleau-Ponty. O delineamento fenomenológico e qualitativo decorreu da natureza do fenômeno em estudo, que demandou a compreensão de experiências vividas constituídas nas relações humanas. Buscou-se, assim, acessar significados, afetos, valores e sentidos atribuídos ao cuidado em saúde mental no contexto do alcoolismo, reconhecendo que tais dimensões não se reduzem à mensuração, mas exigem uma apreensão sensível e interpretativa do vivido ⁽⁸⁾.

Entre as vertentes qualitativas, adotou-se a fenomenologia merleau-pontyana, por privilegiar a experiência e a percepção como modos originários de relação com o mundo. Nessa perspectiva, o vivido se constitui no mundo-vida, sempre situado histórica e corporalmente, emergindo da inter-relação entre sujeitos ⁽⁹⁻¹⁰⁾. Tal referencial mostrou-se pertinente para compreender as experiências de famílias que convivem com o alcoolismo, concebendo o cuidado como fenômeno relacional, marcado por ambiguidades e atravessado pela coexistência com o outro.

Com vistas a garantir rigor metodológico e transparência, utilizou-se o checklist Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ), que orientou a explicitação dos fundamentos teóricos, a caracterização do campo e dos participantes, bem como os procedimentos de produção e compreensão das descrições vivenciais ⁽¹¹⁻¹²⁾.

Local

O estudo aconteceu em uma Unidade de Saúde da Família (USF) situada em um município baiano, vinculada à RAPS. Esse cenário foi reconhecido como espaço privilegiado de cuidado territorial, favorecendo a aproximação com as famílias e a integração entre serviço, comunidade e universidade ⁽¹³⁻¹⁴⁾. Como etapa inicial, realizaram-se visitas de reconhecimento do campo, diálogos com a equipe e apresentação institucional do projeto.

População e Critérios de seleção

Participaram da pesquisa 20 colaboradores vivenciais, maiores de 18 anos, com idades entre 25 e 75 anos, familiares de pessoas em uso habitual de álcool, incluindo mães, esposas, irmãs, tias e filhas em posição de cuidadoras, além dos familiares que estabeleceram relação com o álcool. Embora o foco tenha sido a experiência do familiar cuidador, a inclusão dos familiares alcoolistas considerou a inseparabilidade entre quem cuida e quem é cuidado, assumindo uma perspectiva intersubjetiva. Os participantes foram identificados a partir da colaboração da equipe da USF, em especial, dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Coleta de dados

A produção das descrições vivenciais deu-se por meio de rodas de Terapia Comunitária Integrativa (TCI), realizadas entre setembro e dezembro de 2024, compreendidas tanto como tecnologia de cuidado quanto como estratégia metodológica. Inicialmente, realizou-se uma roda de TCI tradicional, seguida de um encontro formativo sobre a evolução do cuidado em saúde mental, com o intuito de contextualizar a proposta do estudo. Posteriormente, ocorreram quatro rodas de TCI temáticas, conduzidas por motes e objetos disparadores, a saber: gaiola/pássaro, casulo/borboleta, águia/galinha e ostra/pérola, em consonância com tema: cuidado em liberdade no contexto do alcoolismo (15-17).

Os encontros foram gravados, transcritos na íntegra e organizados em textos sequenciais, preservando a fidelidade das falas e o caráter intersubjetivo das descrições vivenciais.

Análise e tratamento dos dados

Para a compreensão, adotou-se a Analítica da Ambiguidade, inspirada na Fenomenologia da Percepção de Merleau-Ponty, que reconhece o caráter ambíguo e multifacetado da experiência humana ⁽¹⁸⁾. O processo compreensivo envolveu leituras sucessivas, identificação de sentidos naturalizados, agrupamento das ambiguidades emergentes e elaboração de categorias compreensivas, priorizando a interpretação fenomenológica em vez de explicações causais.

Aspectos éticos

No que se refere aos aspectos éticos, o estudo integra projeto aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, em consonância com as Resoluções CNS nº 466/2012 e nº 510/2016. Assim, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo assegurados anonimato, confidencialidade e participação voluntária. Para preservar as identidades, foram adotados codinomes inspirados na afetividade que envolve o cuidado em saúde mental, a saber: Autonomia; Respeito; União; Cuidado; Abraço; Colo; Abrigo; Acalanto; Afeto; Refúgio; Amparo; Vínculo; Presença; Ternura; Luz; Morada; Esperança; Renascimento; Encanto; e Empatia.

A escolha dos codinomes utilizados nesta pesquisa foi orientada por critérios éticos e simbólicos, visando preservar o anonimato dos participantes sem reduzir a densidade humana das experiências compartilhadas. Optou-se por nomes relacionados ao cuidado e ao acolhimento, por evocarem imagens de proteção, presença e reconstrução existencial, dimensões frequentemente mobilizadas no campo da saúde mental. Essa opção dialoga com a perspectiva fenomenológica adotada, ao reconhecer a linguagem como expressão do vivido e não apenas como recurso técnico. Por conseguinte, os codinomes foram compreendidos como dispositivos narrativos que mantêm a coerência ética, estética e epistemológica do estudo, preservando a singularidade dos participantes e a dimensão humana do cuidado.

RESULTADOS

A compreensão fenomenológica das descrições vivenciais produzidas nas quatro rodas de TCI revelou que o cuidado familiar no contexto do alcoolismo é vivido como uma experiência profundamente intercorpórea, na qual as fronteiras entre o eu e o outro tornam-se porosas. A seguir, apresentamos as categorias que expressam essa vivência.

Corpo em alerta e vigilância contínua

As descrições vivenciais fazem ver que o sofrimento do familiar alcoolista se inscreve no corpo dos familiares cuidadores como uma presença constante, vivida de modo encarnado. A preocupação deixa de se configurar como um estado mental abstrato e passa a operar como experiência sensível, implicando o corpo em um estado permanente de vigilância. Trata-se de uma atenção contínua, orientada ao outro, que mobiliza o cuidador mesmo na ausência de eventos imediatos.

Nesse contexto, o corpo permanece em prontidão, reagindo a sinais mínimos e organizando o cotidiano em função da possibilidade de risco. A vigilância não se limita

à ação, mas constitui uma forma de estar no mundo, marcada pela impossibilidade de distanciamento em relação ao outro.

Qualquer coisinha que a gente vê de notícia ruim, já pensa que é com o filho da gente. Quando ele sai, a gente pergunta: Meu Deus, o que que está acontecendo? Fico sempre olhando, para não acontecer alguma coisa
(Esperança)

Se está em casa, a gente se preocupa... se está na rua, a gente fica preocupado.
(Ternura)

Às vezes ia atrás dele na rua para trazer de volta. (Presença)

Eu sempre vou olhar se está respirando. (Amparo)

Assim, o corpo do cuidador torna-se lugar de inscrição da preocupação, configurando uma existência em estado contínuo de alerta, na qual o repouso e o relaxamento tornam-se difíceis de sustentar.

Temporalidade da vigília e antecipação do risco

As descrições revelam que a experiência do cuidado é atravessada por uma modificação profunda na vivência do tempo. As dificuldades de sono, recorrentes nos relatos, não se reduzem a um fenômeno fisiológico, mas expressam uma temporalidade marcada pela antecipação constante do risco.

O presente deixa de se constituir como espaço de repouso e passa a ser tensionado por aquilo que pode acontecer. O futuro, vivido como possibilidade de dano, incide continuamente sobre o agora, impedindo a suspensão da vigilância. Desse modo, o cuidador permanece em estado de vigília, mesmo na ausência de acontecimentos concretos.

Fico ali sentada até tarde, esperando ele chegar. Às vezes, eu estou dormindo, pulo da cama e digo: vou atrás do meu filho. (Autonomia)

A gente dorme e acorda, e qualquer barulhinho pensa logo no mal. (Esperança)

Além disso, essa temporalidade não se limita à antecipação, mas envolve uma continuidade do sofrimento ao longo do tempo. As experiências passadas permanecem atuantes e se articulam com a expectativa do que ainda pode acontecer, configurando um tempo que não se interrompe.

Porque o filho estando livre, a mãe também fica. (Encanto)

Você só se liberta se aquela pessoa estiver bem. (Amparo)

A gente sofre pela perda de um irmão que não resistiu ao alcoolismo, e continua preso por causa do álcool que já afeitou o outro irmão. (Ternura)

Trata-se, portanto, de uma temporalidade existencial marcada pela vigília permanente, na qual o viver se organiza em torno da iminência, impedindo a experiência de descanso e estabilização.

Dissolução do eu e sofrimento compartilhado

As descrições revelam que a convivência com o alcoolismo produz uma fusão progressiva entre o sofrimento do familiar e o sofrimento do cuidador. Nesse processo, as fronteiras entre o eu e o outro tornam-se indistintas, configurando uma experiência de sofrimento compartilhado.

O bem-estar do outro passa a ser condição para o próprio alívio, enquanto o agravamento da situação implica a intensificação do sofrimento do cuidador. Assim, a experiência de si é reorganizada a partir dessa coimplicação.

A gente sofria junto. (Ternura)

Eu me acabava junto. (Vínculo)

O sentimento é ver aquela pessoa bem, pra gente se libertar também. (Amparo)

Essa dinâmica é acompanhada por um processo de descentramento existencial, no qual a vida do cuidador passa a ser organizada em função do outro, produzindo sensação de aprisionamento.

Eu vivi muito tempo no cativeiro com ele. (Luz)

A gente ficou preso naquela situação, por causa do alcoolismo dele. (União)

Eu me sentia como um pássaro engaiolado, ele preso na bebida, e a gente preso pra poder cuidar dele. (Acalanto)

Paralelamente, emerge a experiência de impotência diante da impossibilidade de modificar o comportamento do outro, o que intensifica o sofrimento e contribui para o esgotamento subjetivo. A sensação de impotência presente nas descrições representa a experiência do limite do cuidado, desvelando o ponto em que o desejo de ajudar encontra a liberdade do outro. As falas revelam que, apesar dos esforços empreendidos, o cuidado não pode garantir a transformação do outro, o que confronta o sujeito com sua própria finitude. Na perspectiva fenomenológica, esse limite não é fracasso, mas condição constitutiva do viver-com-o-outro, pois o outro nunca é plenamente acessível ou controlável.

A gente se sente muito impotente de ver aquela situação e não saber como agir. E se eles não tomarem atitude, a gente não tem o que fazer, afunda junto com eles. (Ternura)

Eu fiz de tudo para ajudar, mas ele não quis. (Luz)

A gente dá conselho, faz de tudo, mas não adianta, porque só depende dele e se ele não quiser, não temos mais o que fazer. (Cuidado)

A gente fala, dá conselho... é a mesma coisa de falar para o vento. (União)

Ao longo do tempo, esse processo assume caráter cumulativo, produzindo desgaste contínuo e fadiga existencial, que se manifesta como exaustão e perda de vitalidade.

Minha vida foi loucura, muito sofrimento, uma mistura de desespero e cansaço. (Luz)

Aquilo ali vai me acabando, me destruindo por dentro e por fora. (Refúgio)

A verdade é que gente está quebrando, em um estado quase insuportável de viver, porque tem sido desgastante ficar no meio dessa situação dentro de casa... (União)

Dessa forma, o sofrimento configura-se como experiência compartilhada e interdependente, na qual o eu se desloca em direção ao outro, reorganizando sua própria existência a partir dessa implicação.

DISCUSSÃO

As descrições vivenciais destacadas revelam que o cuidado familiar no contexto do alcoolismo se configura como uma experiência intercorpórea, na qual o sofrimento do outro é vivido como extensão de si. Essa condição desloca a compreensão do cuidado para além de uma dimensão prática ou relacional, situando-o como uma vivência coexistencial, uma experiência encarnada. À luz da fenomenologia de Merleau-Ponty, essa experiência pode ser compreendida como participação em um mesmo campo sensível, no qual há um movimento de “reversibilidade do vidente e do visível”, desfazendo a separação rígida entre sujeito e alteridade ⁽¹⁹⁾.

Nessa perspectiva, o estudo mostrou-nos que, o que ocorre com o outro (familiar alcoolista) reverbera diretamente na existência da família cuidadora, produzindo uma experiência de co-sofrimento ⁽²⁰⁻²¹⁾. E essa compreensão encontra ressonância na noção de corpo vivido ou corpo próprio desenvolvida por Merleau-Ponty na obra *Fenomenologia da percepção*, na qual o corpo não é objeto, mas condição de

possibilidade da experiência. Como afirma o autor, “o corpo é nosso meio geral de ter um mundo” ⁽⁹⁾, o que permite compreender que a família que cuida não apenas observa o sofrimento, mas o vive a partir de sua própria corporeidade.

Nesse contexto, a experiência das famílias cuidadoras de nosso estudo revela uma forma de coexistência marcada pela antecipação do sofrimento, na qual o corpo do cuidador se torna campo de ressonância do outro.

No que se refere à dimensão temporal, os resultados do estudo permitem compreender que a experiência da família não se organiza segundo uma sucessão linear de acontecimentos, mas como uma temporalidade existencial marcada pela antecipação constante do risco. O futuro, vivido como possibilidade de dano, incide continuamente sobre o presente, impedindo sua estabilização como espaço de repouso.

Desse modo, o familiar cuidador permanece em estado de vigília mesmo na ausência de eventos concretos, pois sua experiência é atravessada por um horizonte de iminência que reorganiza o modo de estar no mundo. Trata-se, portanto, de uma temporalidade tensionada, na qual passado, presente e futuro não se sucedem, mas se entrelaçam, fazendo com que o sofrimento se prolongue e se atualize continuamente na experiência vivida.

Trata-se de um “corpo em alerta”, caracterizado por sono interrompido, pensamento reiterativo e vigilância constante. Tal condição pode ser compreendida como uma sensibilidade ao fato de que o visível comporta um invisível, na medida em que o corpo responde não apenas ao que se apresenta, mas às possibilidades que o atravessam ⁽¹⁹⁾. Assim, entendemos que o invisível não é o contrário do visível, mas seu avesso, ou seja, aquilo que não se mostra diretamente, mas sustenta e orienta a experiência vivida.

Essa abertura do corpo ao mundo é aprofundada na obra *O olho e o espírito*, onde Merleau-Ponty compreende o corpo como simultaneamente vidente e visível, indicando que ele é, ao mesmo tempo, aquele que percebe e aquele que é afetado. Nessa mesma direção, ao dialogar com Paul Cézanne, o autor afirma que “o pintor empresta seu corpo ao mundo” ^(22:19), sugerindo que a percepção é sempre implicada e encarnada. Tal formulação permite compreender que a família, de modo análogo, “empresta” seu corpo à experiência do outro, não como observadora externa, mas como presença envolvida no campo do sofrimento.

Essa dinâmica se intensifica quando o sofrimento do familiar alcoolista passa a ser incorporado como experiência da própria família. Expressões como “sofrer junto”,

“adoecer junto” e “se acabar junto” indicam que o corpo do outro deixa de ser apenas percebido e passa a ser vivido como prolongamento do próprio corpo. Tal experiência pode ser compreendida à luz da reversibilidade do sensível, na qual “o tocante e o tocado são um só” ^(19:149), desvelando que o sofrimento não pertence exclusivamente a um dos polos da relação, mas emerge no entrelaçamento entre eles.

Nesse contexto, os resultados de nosso estudo dialogam com a literatura sobre *Affected Family Members* (AFMs), que descreve familiares profundamente impactados pelo uso de álcool e outras drogas, apresentando sofrimento significativo e demandando cuidado em seu próprio direito ⁽²³⁾. Estudos recentes reforçam que essa convivência produz impactos difusos no cotidiano, nas relações sociais e na saúde mental ⁽²⁴⁻²⁵⁾.

As descrições dos familiares participantes de nosso estudo ainda desvelam que, na relação cotidiana com o membro alcoolista, há dissolução das fronteiras do eu, configurando um movimento de descentramento existencial que encontra ressonância na leitura de Claude Lefort, discípulo e um dos principais comentadores de Merleau-Ponty, especialmente em sua interpretação de O visível e o invisível ⁽¹⁹⁾.

Nessa direção, Lefort evidencia que o visível não se esgota em sua aparência, sendo constitutivamente implicado por uma dimensão invisível, o que permite compreender essa experiência como inserção do corpo no campo do sensível, rompendo a distinção entre interior e exterior, de modo que o corpo deixa de se apresentar como instância separada e passa a se constituir como pertencente ao mundo, implicado na experiência vivida, dinâmica que se expressa concretamente no adoecimento físico e mental dos cuidadores, bem como na reorganização de suas rotinas e projetos de vida em função do outro.

Nesse contexto, desvela-se também um processo de desgaste e, por vezes, de destruição simbólica de si, na medida em que os familiares que cuidam se veem progressivamente capturados pela dinâmica do cuidado, tendo sua existência reconfigurada pelo sofrimento do outro. Tal experiência implica não apenas uma sobrecarga prática, mas uma transformação na maneira como o cuidador se percebe e se reconhece no mundo, afetando sua autoimagem, dignidade e sentido de respeitabilidade.

O cotidiano passa a ser estruturado pela necessidade de cuidar, vigiar e intervir, muitas vezes em detrimento da própria saúde e autonomia, instaurando uma forma de existência marcada pela vigilância contínua e pela antecipação do risco. Nesse movimento, o cuidador deixa de ocupar uma posição de exterioridade e passa a habitar

um campo comum de experiência, no qual o sofrimento circula e se inscreve corporalmente, configurando uma espécie de co-existência afetiva e sensível.

Esse processo é descrito no modelo Stress–Strain–Coping–Support (SSCS), ou estresse–tensão–enfrentamento–apoio, que discute como o estresse crônico decorrente da convivência com o uso de substâncias gera sobrecarga e desgaste progressivo nos familiares ⁽²⁶⁾. Assim, o estado de alerta identificado nos resultados pode ser interpretado como expressão desse processo. O estado de corpo em alerta exposto nas rodas de TCI pode ser entendido como um modo de enfrentamento incorporado: o cuidador tenta antecipar crises (quedas, agressões, desaparecimentos, intoxicações), porém paga o preço com hiperativação emocional e desgaste, sobretudo quando a rede formal/informal de apoio é frágil.

Para além da dimensão ontológica e perceptiva, a experiência do cuidado também se expressa no plano da linguagem. As descrições produzidas nas rodas de TCI não apenas descrevem o vivido, mas constituem um modo de elaboração da experiência. Nesse sentido, como diz Merleau-Ponty, na obra *A prosa do mundo*, “a linguagem é a própria existência exterior do sentido”, permitindo que o sofrimento se torne partilhável ^(27: 36).

Assim, o cuidado familiar revela-se como experiência de coexistência radical. Inspiradas em Merleau-Ponty, podemos afirmar que essa experiência emerge em um campo comum, no qual “a carne não é matéria, não é espírito, não é substância” ^(19:149), mas o meio onde as existências se entrelaçam. Assim, pensar o cuidado implica também sustentar o cuidador, evitando que a intercorporeidade se transforme em captura e dissolução do eu.

Nesse ponto, a fenomenologia ilumina algo decisivo: o familiar cuidador não “escolhe” plenamente estar em alerta; ele é capturado por uma coexistência em que o corpo do outro tem peso no próprio corpo. Na enfermagem e nas ciências do cuidado, compreensões inspiradas em Merleau-Ponty destacam que intersubjetividade e corporeidade estruturam a relação clínica e comunitária, pois o cuidado ocorre sempre em um “entre”, um espaço compartilhado onde a vulnerabilidade circula ⁽²⁹⁻³⁰⁾.

No contexto das políticas brasileiras de saúde mental, essa experiência tensiona a noção de cuidado compartilhado: embora a RAPS reconheça a centralidade do cuidado territorial e inclua a atenção às necessidades relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, frequentemente o apoio direto às famílias permanece insuficiente, fragmentado ou episódico ⁽⁴⁾. Assim, a intercorporeidade aqui discutida não é apenas um

conceito filosófico: ela denuncia uma demanda concreta por dispositivos que acolham o cuidador como sujeito de cuidado (grupos familiares, escuta qualificada, apoio psicossocial, estratégias comunitárias), para que o “estado de alerta” não se transforme em adoecimento.

Em relação à dimensão da dissolução das fronteiras do eu, existe um movimento mais radical, no qual o sofrimento compartilhado produz deslocamentos identitários. À luz da noção merleau-pontyana de reversibilidade do sensível, sentir e ser afetado corresponde a um entrelaçamento onde as fronteiras entre “eu” e “outro” tornam-se porosas e produz uma experiência de descentramento do sujeito ⁽⁷⁾.

As descrições vivenciais indicam que o cuidado, quando sustentado em relações prolongadas de sofrimento, pode produzir esse deslocamento identitário: os familiares cuidadores deixam de reconhecer seus próprios limites e passa a viver em função do outro. Essa perda de centralidade de si traduz a diluição da autonomia subjetiva.

A literatura contemporânea reforça essa compreensão ao evidenciar maior prevalência de ansiedade, depressão, fadiga e sobrecarga entre familiares de pessoas com transtornos por uso de substâncias ^(25, 30). No contexto brasileiro, estudos também apontam para a centralidade do sofrimento do “familiar afetado” e a necessidade de reconhecimento desse sujeito como alvo de cuidado ⁽³¹⁻³²⁾.

A dimensão da impotência emerge como eixo estruturante dessa fusão afetiva, e muitas vezes, se associa à autorresponsabilização e à culpa difusa. A fusão entre sofrimento próprio e do outro, portanto, não deve ser compreendida como fragilidade individual, mas como efeito relacional de uma convivência marcada por imprevisibilidade, sobrecarga e insuficiência de suporte. Estudos recentes apontam que familiares frequentemente internalizam a responsabilidade pelo comportamento do outro, o que intensifica sentimentos de fracasso e sofrimento emocional ^(33,25). Nesse sentido, o modelo SSCS permite compreender a passagem do cuidado ao adoecimento como resultado da interação entre estresse contínuo e recursos limitados de enfrentamento ⁽³⁴⁾.

Assim, sofrimento familiar não se limita ao impacto emocional imediato, mas envolve processos reflexivos que atingem a identidade moral do cuidador. A sobrecarga emocional aparece, então, como consequência acumulativa dessa coexistência prolongada.

Do ponto de vista das políticas públicas, os resultados de nosso estudo tensionam a operacionalização do cuidado em liberdade no âmbito RAPS. Embora haja

reconhecimento normativo da importância das famílias, o suporte ofertado ainda se mostra insuficiente, o que pode contribuir para o adoecimento dos cuidadores ⁽⁴⁾.

Dessa forma, as descrições extraídas das quatro rodas de TCI enfatizam que o cuidado familiar no contexto do alcoolismo se constitui como uma experiência intercorpórea radical, na qual o outro é vivido como extensão de si. Essa compreensão desloca o foco do cuidado enquanto prática para o cuidado enquanto condição existencial compartilhada, apontando para a necessidade de dispositivos de atenção que incluam o cuidador familiar como sujeito igualmente afetado e que promovam espaços de elaboração do sofrimento.

Sob essa perspectiva, torna-se fundamental reconhecer que cuidar, nesses contextos, implica também sustentar o próprio corpo diante da invasão do sofrimento do outro, evitando que a intercorporeidade se transforme em captura e dissolução do eu. Trata-se, portanto, de pensar o cuidado como coexistência, que exige suporte institucional, reconhecimento e compartilhamento da experiência.

Por fim, sob uma lente fenomenológica, a dissolução das fronteiras do eu se expressa como uma forma de coexistência, na qual o outro habita em mim porque a vida é partilhada. Essa compreensão não romantiza o sofrimento; ao contrário, torna mais visível a urgência ética e clínica de criar dispositivos que sustentem a pessoa cuidadora. No campo da enfermagem e do cuidado em saúde, reflexões baseadas em Merleau-Ponty reforçam que reconhecer o corpo vivido e as tramas intersubjetivas qualifica práticas assistenciais mais sensíveis e integrais ⁽²⁸⁻²⁹⁾.

No âmbito do território, o cuidado em saúde mental e saúde da família requer uma compreensão ampliada das relações que permeiam o cotidiano, especialmente em situações como o alcoolismo, que repercute em todo o núcleo familiar. Nessa perspectiva, o território é compreendido como espaço vivido, onde se constroem vínculos, se expressam sofrimentos e emergem possibilidades de cuidado. Assim, valorizar a escuta qualificada, o acolhimento e o fortalecimento dos vínculos familiares culminam em reconhecer a família como protagonista no cuidado à pessoa alcoolista, em consonância com as políticas públicas de saúde mental. Portanto, a enfermagem se destaca na operacionalização do cuidado no território, especialmente na atenção primária à saúde, ao promover práticas integrais, humanizadas e centradas na família, articulando redes de apoio e favorecendo a corresponsabilização no processo terapêutico.

CONCLUSÃO

Os achados deste estudo evidenciam que o cuidado familiar no contexto do alcoolismo é uma experiência profundamente intercorpórea, marcada pela fusão entre sofrimento próprio e sofrimento do outro. A fenomenologia permitiu compreender que o cuidado não se limita a uma prática assistencial, mas constitui um modo de existência no qual os corpos se entrelaçam e compartilham afetos, medos e adoecimentos.

Ao revelar que o sofrimento do familiar alcoolista habita o corpo do cuidador, o estudo contribui para ampliar a compreensão do cuidado em saúde mental, alinhando-se às perspectivas da Reforma Psiquiátrica e do cuidado em liberdade. Reconhecer a intercorporeidade do cuidado implica deslocar o olhar do indivíduo isolado para redes vivas de relações, nas quais o sofrimento é compartilhado e exige respostas coletivas e territorializadas.

Como contribuição prática, os resultados reforçam a necessidade de fortalecer estratégias de cuidado voltadas às famílias na RAPS, incluindo dispositivos de escuta, grupos terapêuticos e práticas comunitárias como a TCI. Tais abordagens favorecem a elaboração do sofrimento e a reconstrução de sentidos, promovendo cuidado mais humanizado e coerente com as diretrizes da política nacional de saúde mental.

Entre as limitações, destaca-se o recorte contextual da pesquisa, realizada em um território específico e com participantes vinculados a rodas terapêuticas, o que pode influenciar a natureza das narrativas. Além disso, a abordagem fenomenológica privilegia a profundidade das experiências em detrimento da generalização estatística.

Como perspectivas futuras, recomenda-se ampliar investigações sobre intercorporeidade e cuidado familiar em diferentes contextos culturais e dispositivos da rede de saúde mental, bem como explorar intervenções que incluam explicitamente o cuidador como sujeito de cuidado. Compreender o sofrimento compartilhado pode contribuir para práticas mais éticas, sensíveis e integradas, capazes de sustentar a vida não apenas de quem adoece, mas também de quem cuida.

DISPONIBILIDADE DE DADOS

Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo foi publicado no próprio artigo.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Geneva: WHO; 2023.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Panorama de saúde mental no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.
3. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Rede de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
5. Orford J, et al. Coping with alcohol and drug problems in the family. Routledge; 2017.
6. Silva EA, et al. Family burden in alcoholism. *Rev Saude Publica*. 2022.
7. Merleau-Ponty M. Fenomenologia da percepção. São Paulo: Martins Fontes; 2011.
8. Minayo MC. Apresentação. In: Gomes R. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês; 2014.
9. Merleau-Ponty M. Fenomenologia da percepção. 5ª ed. São Paulo: WMF Martins Fontes; 2018.
10. Nóbrega TPR. Corpo, percepção e conhecimento em Merleau-Ponty. *Estud Psicol (Natal)*. 2008;13(2):141-8. doi:10.1590/S1413-294X2008000200006.
11. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57. doi: 10.1093/intqhc/mzm042
12. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med*. 2014;89(9):1245-51. doi:10.1097/ACM.0000000000000388.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
14. Sampaio ML, Bispo Júnior JP. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cad Saude Publica*. 2021;37(3):e00042620. doi: 10.1590/0102-311X00042620
15. Barreto AP. Terapia comunitária passo a passo. Fortaleza: Gráfica LCR; 2010.
16. Boff L. A águia e a galinha: uma metáfora da condição humana. 50ª ed. Petrópolis: Vozes; 2014.
17. Alves R. Ostra feliz não faz pérola. Barueri: Planeta; 2021.
18. Sena ELS, Gonçalves LHT, Müller-Granzotto MJ, Carvalho PAL, Reis HFT. Analítica da ambiguidade: estratégia metódica para a pesquisa fenomenológica em saúde. *Rev Gaucha Enferm*. 2010;31(4):769-75. doi: 10.1590/S1983-14472010000400021
19. Merleau-Ponty M. O visível e o invisível. 4ª ed. São Paulo: Perspectiva; 2021.
20. Fuchs T. *Ecology of the Brain: The Phenomenology and Biology of the Embodied Mind*. Oxford University Press; 2018.
21. Ratcliffe M. *Experiences of Depression: A Study in Phenomenology*. Oxford University Press; 2021.
22. Merleau-Ponty M. O olho e o espírito. 1. ed. São Paulo: Cosac Naify; 2013. p. 19.
23. Kelleher C, et al. Characteristics of affected family members seeking support... *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 2024.
24. van Namen DM, Knapen V, van Staa A, de Vries H, Hilberink SR, Nagelhout GE. Stress and strain: a qualitative study into the impact of having relatives with addiction problems on students' health and daily lives. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2023;18(1):2223864. doi:10.1080/17482631.2023.2223864

25. Monari EN, Booth R, Forchuk C, Csiernik R. Experience of family members of relatives with substance use disorders: an integrative literature review. *Creat Nurs*. 2024;30(3):232-244. doi:10.1177/10784535241252169
26. Tulloch C, Browne M, Rockloff M, Hing N, Hilbrecht M. The roles of coping style and social support in the experience of harm and distress among people affected by another person's gambling. *Addict Behav*. 2024;152:108236. doi:10.1016/j.addbeh.2024.108236
27. Merleau-Ponty M. A prosa do mundo. São Paulo: Cosac & Naify; 2002. p. 36.
28. Harrison HF. Locating the lived body in client-nurse interactions. *Nurs Philos*. 2019;20(2):e12227. doi:10.1111/nup.12227
29. González-Soto CE, Martins J, Nóbrega MML. Reflection on Merleau-Ponty phenomenology and contributions to nursing research. *Rev Gaúcha Enferm*. 2021;42:e20200179. doi:10.1590/1983-1447.2021.20200179
30. Ignat LA, Tipa RO, Popescu AM, et al. Caregiver-patient dynamics in alcohol use disorders: a cross-sectional study. *Cureus*. 2025;17(1):e12477518. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12477518/>
31. Pacheco S, Martins SS, Ronzani TM, Corradi-Webster CM. Family members affected by multiple substance misuse relatives: Brazilian sample. *Adicciones*. 2020;32(2):113-122. doi:10.20882/adicciones.1182.
32. Carias AR, Souza J, Corradi-Webster CM. Theoretical-methodological rationales in caring for family members of people with alcohol use disorders. *Estud Psicol (Campinas)*. 2023;40:e210187. doi:10.1590/1982-0275202340e210187
33. Kourgiantakis T, Ashcroft R, Fearing G, Sanders J. Family-focused practice in addictions: a scoping review. *J Subst Abuse Treat*. 2021;121:108185. doi:10.1016/j.jsat.2020.108185
34. Orford J, Copello A, Velleman R, Templeton L. Family members affected by a close relative's addiction: the stress-strain-coping-support model. *Drugs Educ Prev Policy*. 2010;17(sup1):36-43. doi:10.3109/09687637.2010.514801