

A subjetividade de cuidadores familiares no contexto da saúde mental: considerações metodológicas

Isabela de Oliveira da Cunha¹, Daniel Magalhães Goulart²

¹ Faculdade de Ciências da Educação e da Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasil. isabelaocunha@gmail.com

² Faculdade de Ciências da Educação e da Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasil. danielgoulartbr@gmail.com

Resumo. A família se constitui como uma das principais dimensões na construção de uma rede de apoio para a pessoa em sofrimento psíquico grave. Nesse contexto, este artigo, fundamentado na metodologia construtivo-interpretativa de González Rey, discute os processos subjetivos envolvidos no cuidado em saúde mental por parte de cuidadores familiares. Os princípios da Epistemologia Qualitativa, que sustentam a metodologia utilizada, foram fundamentais para compreender as dificuldades enfrentadas por esses cuidadores familiares no processo do cuidado, a importância do Grupo de Família como um espaço promotor de discussão sobre o cuidado e os desdobramentos dessas dificuldades no processo de subjetivação desses cuidadores familiares.

Palavras-chave: Subjetividade; Saúde Mental; Cuidadores Familiares; Metodologia Construtivo-interpretativa; Epistemologia Qualitativa;

Subjectivity of family caregivers within mental health field: methodological considerations

Abstract. The family constitutes one of the main dimensions in the construction of a support network for the person in severe psychic suffering. In this context, this article, based on González Rey's constructive-interpretive methodology, discusses the subjective processes involved in mental health care by family caregivers. The principles of Qualitative Epistemology, which underpin this methodology, were fundamental to understand the difficulties faced by these family caregivers in the care process, the importance of the Family Group as a space that promotes discussion about care and the unfolding of these difficulties in the process subjectivity of these family caregivers.

Keywords: Subjectivity; Mental Health; Family Caregiver; Constructive-interpretative methodology; Qualitative Epistemology;

1 Introdução

O trabalho de desinstitucionalização e reinserção do sujeito na cultura, foco da Reforma Psiquiátrica, não inclui somente o fechamento de hospitais psiquiátricos, mas tem como principal premissa a modificação das relações de poder promotoras de violência e institucionalização (Rotelli, 1989). Dessa forma, tem-se como estratégia terapêutica a modificação dessas formas de relações na comunidade ao criar redes de apoio e serviços substitutivos, correspondentes ao modelo de atenção psicossocial, em que os processos de saúde-doença são vistos em sua complexidade e que busca uma corresponsabilidade social no processo do cuidado de uma pessoa em sofrimento mental grave (Tenório, 2001; Dimenstein, Sales, Galvão & Severo, 2010).

Sendo assim, na construção de uma rede de apoio que ajude no cuidado de uma pessoa com transtorno mental, a família se encontra como uma das malhas que compõe essa rede, visto que a estratégia de atenção psicossocial pretende inserir a família junto com o familiar em sofrimento mental grave como um dos protagonistas no processo do cuidado (Sant'ana, Pereira, Borenstein & Silva, 2011; Demarco, Jardim & Kantorski, 2017). Portanto, a participação da família no cuidado se torna necessária, visto que, além de ser uma das esferas de primeiro contato afetivo do indivíduo, ela pode

auxiliar na criação de relações sociais posteriores, contribuindo na reabilitação do indivíduo em sofrimento psíquico intenso (Souza & Baptista, 2008). Para isso, Dimenstein et. al. (2010) pontuam que, para que se tenha maior efetividade no cuidado, é importante estabelecer vínculos efetivos entre os profissionais em Saúde Mental e a família, tendo em vista a corresponsabilização pelo cuidado.

A responsabilidade no processo do cuidado em saúde mental pode contribuir para certos desdobramentos na organização familiar, como modificações na rotina da família, nas relações interpessoais e na estrutura familiar, frente às demandas referentes ao processo do cuidado (Sant'ana et. al. 2008; Castro & Souza, 2016). Assim, mesmo que a família se encontre como uma das bases para a construção de uma rede de apoio efetiva, ainda é possível encontrar sentimentos de desamparo frente ao cuidado do familiar em sofrimento psíquico grave, conforme aponta Cavalheri (2009), por não saberem ou terem pouca informação sobre o cuidado no modelo psicossocial, apesar de ter certo apoio dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS). Além disso, a autora pontua que, para os familiares, os CAPS são muitas vezes retratados como espaços de apoio somente para as pessoas inscritas no serviço de saúde mental, com falta de acolhimento para a própria família.

Dessa forma, além de se sentirem desamparados no processo do cuidado, os cuidadores familiares podem apresentar dificuldades no convívio com o familiar assistido, despreparo para lidar com situações de crise, dificuldades financeiras, assim como sentimentos de insegurança e ansiedade, que podem contribuir para sobrecarga do cuidador familiar, visto que, no processo do cuidado, o cuidador muitas vezes deixa de lado seus objetivos pessoais para cuidar do membro que se encontra nessa condição e fica restrito somente ao ambiente de cuidado (Sant'ana et. al., 2011; Dimenstein et. al., 2010; Cavalheri, 2009;).

Portanto, diante das dificuldades encontradas por cuidadores familiares no processo do cuidado de uma pessoa em sofrimento mental grave e conforme as literaturas apresentadas, essa pesquisa buscou compreender com base na metodologia construtivo-interpretativa de González Rey (2005, 2017) as produções subjetivas de cuidadores familiares no processo do cuidado, além de explicar como se dá a relação entre esses familiares e os técnicos de serviços substitutivos de saúde mental, visto que a família se encontra como parte fundamental do tratamento para a reabilitação psicossocial. Essa realidade, descrita pela literatura apresentada, que perpassa os cuidadores familiares pode apresentar desafios metodológicos como o próprio engajamento dos familiares na pesquisa, visto que já se encontram mais desvinculados do CAPS, podendo interferir na relação pesquisador-participante. Para a superação de desafios como esse, torna-se necessária a utilização dos princípios epistemológicos da Epistemologia Qualitativa (González Rey, 2005; 2017), que será apresentado na sessão de metodologia, para a criação de um vínculo efetivo entre pesquisador e participantes que colabore para um aprofundamento na realidade vivida por esses cuidadores.

2 Referencial Teórico

Como ferramenta de compreensão do fenômeno da saúde mental no contexto familiar, essa pesquisa tem como base a Teoria da Subjetividade de González Rey (2003, 2005, 2017). A subjetividade como opção teórica permite compreender qualitativamente a especificidade e a complexidade do processo do cuidado em saúde mental, desde questões individuais a questões sociais, ao retratar o caráter simbólico-emocional da experiência dos indivíduos inseridos nesse contexto, que emerge das condições histórico-culturais (González Rey, 2003, 2015, 2017). Sendo assim, a saúde pode ser entendida como um processo de subjetivação, que perpassa tanto a experiência individual quanto a social, integrando o cultural e o histórico de cada pessoa ou grupo (Mori & González Rey, 2012).

A subjetividade pode ser compreendida como um sistema simbólico-emocional, que se configura na experiência humana, em diferentes momentos e contextos (González Rey & Mitjans Martínez, 2017).

Para compreender sua organização, González Rey (2005, 2017) desenvolveu os seguintes conceitos: sentidos subjetivos, configurações subjetivas, sujeito, subjetividade individual e subjetividade social. Avançando na definição de sentido proposta por Vygotsky¹, González Rey (2005) compreende que essa categoria se encontra inseparável da subjetividade, dos processos de simbolização e das emoções, em que cada um desses processos se relaciona com o outro reciprocamente. Logo, González Rey (2005) argumenta que o sentido é inseparável do sistema subjetivo que o sustenta. A partir dessa visão, o autor elabora o conceito de sentido subjetivo enquanto unidade simbólico-emocional produzida a partir das experiências vividas por indivíduos e grupos sociais, em que o simbólico se torna emocional e as emoções se tornam simbólicas, integrando-se em uma produção subjetiva de caráter singular (González Rey & Mitjans Martínez, 2017).

A partir do conceito de sentido subjetivo, emergem as configurações subjetivas, no momento em que há uma organização integradora dos sentidos subjetivos produzidos durante a experiência atual com o que foi vivido no passado e com projetos futuros (González Rey & Mitjans Martínez, 2017). Dessa forma, as configurações subjetivas são definidas como formações psicológicas autogeradoras, que surgem a partir da dinamicidade dos sentidos subjetivos produzidos organizados em grupos convergentes, expressando formas estáveis de organização individual dos sentidos subjetivos. Sendo assim, o indivíduo, de acordo com o contexto de vida em que está inserido, é capaz de produzir sentidos subjetivos e organizá-los de modo relativamente estável em uma configuração subjetiva, o que marca o caráter dinâmico da subjetividade, visto que as configurações subjetivas se encontram passíveis de mudanças diante da produção de novos sentidos subjetivos (González Rey & Mitjans Martínez, 2017; González Rey, 2005).

Diante desses conceitos, a teoria da subjetividade, em uma perspectiva histórico-cultural, compreende que um indivíduo ou um grupo social que apresenta uma capacidade de se posicionar frente às experiências pode emergir como agente ou sujeito (González Rey & Mitjans Martínez, 2017). Enquanto que o agente é caracterizado por González Rey e Mitjans Martínez (2017), como um indivíduo ou um grupo que tem decisões diante de suas experiências vividas, e participa delas, o sujeito emerge quando um indivíduo ou grupo é capaz de gerar novos processos de subjetivação frente a uma subjetividade social marcada por uma característica normativo-institucional, assumindo os desafios contextuais em que está inserido (Mori & González Rey, 2012; González Rey & Mitjans Martínez, 2017).

Diante disso, a subjetividade social e a subjetividade individual são categorias inter-relacionadas, em que ambas se perpassam de modo a criar processos de subjetivação. A subjetividade social representa um sistema complexo que articula as múltiplas configurações subjetivas sociais geradas em diferentes espaços nos processos de interação entre os indivíduos e grupos (González Rey & Mitjans Martínez, 2017). Essa categoria se torna fundamental no estudo do cuidado em saúde mental, pois permite compreender os processos institucionais ainda presentes nesse contexto, que contribui para o sofrimento psíquico ao incapacitar os indivíduos na criação de novos processos de subjetivação (González Rey & Mitjans Martínez, 2017).

Dessa forma, a teoria da subjetividade se torna uma ferramenta que auxilia no olhar da saúde em sua complexidade, visto que o cuidado em saúde mental perpassa por uma construção tanto social como individual. Portanto, os indivíduos inseridos em um contexto de saúde mental (sejam eles familiares, técnicos ou usuários) criam sentidos subjetivos e os organizam em configurações subjetivas diante de sua experiência de vida e do seu contexto frente ao sofrimento mental intenso, e assim podem se posicionar como sujeitos ou agentes nas formas de lidar com o sofrimento.

¹ Para Vygotsky o sentido é caracterizado como um conjunto de fatos psicológicos que surgem na consciência por meio da palavra, e apresenta um caráter dinâmico, fluido e complexo (González Rey, 2005).

3 Metodologia

A presente pesquisa teve como base a metodologia construtivo-interpretativa, fundamentada pelos princípios da Epistemologia Qualitativa proposta por González Rey (2005). A Epistemologia Qualitativa foi desenvolvida como alternativa de pesquisa para a psicologia e as ciências sociais, diante das limitações oferecidas tanto pelos modelos rígidos quantitativos e instrumentais como pelos desafios encontrados na pesquisa qualitativa, por conta da influência do empirismo e pragmatismo na fundamentação desse tipo de metodologia (González Rey & Mitjans Martínez, 2017). Dessa forma, a Epistemologia Qualitativa propõe uma diferenciação epistemológica entre o quantitativo e o qualitativo, enfatizando que o processo da pesquisa qualitativa é, antes de tudo, relacional e teórico. Assim, essa proposta tem como prioridade a produção de conhecimento por meio da construção de modelos teóricos capazes de gerar inteligibilidade sobre o fenômeno estudado (González Rey & Mitjans Martínez, 2017; González Rey, 2005). Diante disso, foi possível construir, dentro dessa proposta, modelos compreensivos sobre os processos subjetivos de cuidadores familiares envolvidos no cuidado de indivíduos em sofrimento psíquico grave.

O primeiro princípio epistemológico que caracteriza a metodologia utilizada, de acordo com González Rey (2005), diz respeito ao caráter construtivo interpretativo na produção do conhecimento, ou seja, o conhecimento é construído a partir da interpretação e compreensão das zonas de inteligibilidade criadas pelo pesquisador durante a pesquisa. Esse princípio foi essencial no desenvolvimento dessa pesquisa e na compreensão dos processos subjetivos dos cuidadores familiares, pois os conceitos teóricos da subjetividade só ganharam significado no decorrer da pesquisa por meio dos trechos de informações gerados pelo processo de comunicação entre a pesquisadora e os participantes da pesquisa.

O segundo princípio compreende a pesquisa como um processo dialógico, que prioriza a comunicação, pois essa se faz presente em todos os acontecimentos humanos, seja direta ou indiretamente (González Rey, 2005). Para o método construtivo-interpretativo a comunicação apresenta extrema importância, pois, segundo González Rey (2005), se constitui como uma via de conhecimento dos processos de subjetivação do indivíduo ou grupo pesquisado, de modo a estudar sua subjetividade e a forma que os fenômenos sociais emergem nesse nível. Sendo assim, é por meio desse processo que o pesquisador é capaz de criar instrumentos que permitem a expressão dos participantes, além de construir um cenário social de pesquisa interativo por meio dos sistemas de relações construídos durante a pesquisa.

Por fim, outra característica que constitui essa metodologia é a legitimação do singular na constituição do conhecimento científico. Singular, neste caso, não é sinônimo de único, mas de uma fonte singular de informações que pode contribuir para a construção do modelo teórico em desenvolvimento. Ou seja, um modelo teórico é resultado da construção de modelos de inteligibilidade que dão consistência ao campo e ao problema pesquisado (González Rey, 2005). O modelo teórico é desenvolvido, segundo González Rey (2005), a partir da capacidade do pesquisador de organizar sistematicamente o material empírico de informações com suas construções interpretativas e ideias durante a pesquisa, gerando significados a partir das categorias da teoria da subjetividade.

3.1 Cenário Social da Pesquisa, Procedimentos Éticos e Participantes

O cenário social da pesquisa corresponde à construção gradativa da imersão do pesquisador no campo e da criação de vínculos com os participantes e o espaço da pesquisa (González Rey & Mitjans Martínez, 2017; González Rey, 2005). Dessa forma, seguindo o princípio dialógico e comunicativo, foi possível construir um cenário social que favoreceu o engajamento e a expressão dos participantes da pesquisa.

Esse estudo está vinculado ao projeto de pesquisa guarda-chuva “Saúde mental, desenvolvimento subjetivo e ética do sujeito: alternativas à patologização da vida”, coordenado pelo Professor Doutor Daniel Goulart, tendo sido aprovado nos respectivos comitês de ética das instituições responsáveis. A presente pesquisa foi realizada em um CAPS II (serviço de saúde mental para municípios de 70 mil até 200 mil habitantes) do DF, localizado em território residencial com livre fluxo de pessoas, com funcionamento em horário comercial, oferecendo diversas atividades. O espaço do CAPS II correspondia a uma casa ampla, com muitos espaços para diversas atividades realizadas pela equipe, portanto ainda era um espaço limitado para o número de pessoas atendidas por esse serviço, marcando uma superlotação do serviço de saúde mental.

Diante das atividades fornecidas pelo CAPS e do interesse de pesquisa, a Reunião de Família, uma atividade em grupo que ocorria semanalmente, geralmente conduzidas por um psicólogo e uma assistente social, se constituiu como principal meio para emergência de informações. Dessa forma, o Grupo de Família foi escolhido como participante da pesquisa, composto por familiares que cuidavam de usuários do CAPS, sempre apresentando uma dinâmica diferenciada em cada reunião, visto que o grupo apresentava alta rotatividade de familiares com uma frequência incerta. Portanto, mesmo com a rotatividade alta, as reuniões de família oferecidas pelo CAPS ainda se constituíam como espaços de abertura para a exposição e acolhimento desses familiares que participavam do processo do cuidado. Nessa pesquisa são apresentados nomes fictícios com a finalidade de manter o sigilo dos participantes.

3.2 Instrumentos e Procedimentos

Segundo González Rey (2005) os instrumentos da pesquisa qualitativa têm um caráter interativo, servindo como provocadores do diálogo construído com os participantes da pesquisa, não sendo fontes de dados como na visão instrumentalista na psicologia. Eles são meios de expressões simbólicas dos sujeitos, que podem se organizar de diferentes formas. Por isso, o caráter interativo dos instrumentos qualitativos, pois eles são meios que nos levam ao envolvimento subjetivo com os participantes da pesquisa, de modo a provocar expressões variadas no curso desse processo dialógico. Dessa forma, durante sete encontros com o Grupo de Família, foram realizadas dinâmicas conversacionais com os familiares que participavam do Grupo. Tais dinâmicas permitem, segundo González Rey (2005), a construção de uma malha de informações autêntica junto com os participantes da pesquisa, em que, por meio da conversação espontânea, os familiares puderam expressar indiretamente aspectos subjetivos de suas vidas em relação ao contexto do cuidado em saúde mental. Durante a pesquisa, as dinâmicas conversacionais ocorreram em diferentes momentos e contextos:

a) No Grupo Familiar:

Como o funcionamento do Grupo de Família se embasava em práticas conversacionais, em que cada familiar, quando desejasse, trazia vivências relacionadas ao processo do cuidado de uma pessoa em sofrimento psíquico grave, foi possível utilizar da própria dinâmica de funcionamento do grupo como instrumento de pesquisa. Por esse grupo se constituir como espaço para abordar temas relacionados ao cuidado trazido pelos familiares, muitos familiares se envolviam nos assuntos abordados por eles, ao ponto de se posicionarem em relação à experiência abordada por outro familiar. No decorrer da pesquisa, os princípios epistemológicos que fundamentam a metodologia construtivo-interpretativa foram importantes para o engajamento contínuo da pesquisadora no campo, de modo a criar um espaço dentro do grupo que possibilitou a construção de vínculo com os participantes. Esse vínculo construído foi um elemento principal para que alguns familiares abordassem sobre aspectos subjetivos de sua experiência de vida, dando oportunidade de aprofundar em aspectos específicos do cuidado de um familiar usuário do CAPS. Sendo assim, foram realizadas sete reuniões do Grupo Familiar, cada uma

com aproximadamente uma hora e meia de duração, em que participavam em média de 3 a 10 cuidadores familiares.

b) Momentos informais:

Os momentos informais podem ser classificados como acontecimentos inerentes ao campo, como momentos fora do planejado tanto pela pesquisadora quanto pela própria agenda do CAPS, como no caso de conversas com familiares fora do grupo de família, tanto no início e no final dos grupos, assim como em um acolhimento de duas horas realizado com uma cuidadora familiar em um dia que não teve o Grupo, a pedido da gerência do CAPS. Momentos como esse apresentaram grande valor metodológico, pois adquiriram uma significação que contribuiu para a construção do modelo teórico.

3.3 Procedimento de análise e construção da informação

A construção da informação foi um processo que esteve presente durante todo o processo da pesquisa com os cuidadores familiares que frequentavam o Grupo de Família em um CAPS II do DF, a partir da organização constante de indicadores construídos, fundamentados nas múltiplas expressões qualitativas dos participantes sobre o contexto do cuidado em saúde mental. Os indicadores são significados construídos pelo(a) pesquisador(a) com base nas expressões dos participantes (González Rey, 2005). A convergência e articulação de múltiplos indicadores fundamenta a elaboração de uma hipótese, enquanto fio condutor de pensamento que leva à elaboração de um modelo teórico. Diante disso, foi possível construir um tecido de informações articuladas que significassem os processos subjetivos de cuidadores familiares no cuidado de uma pessoa em sofrimento psíquico grave e os desdobramentos desse processo na subjetividade dos cuidadores, apresentado nos resultados.

4 Resultados

Durante as reuniões do Grupo de Família, algumas dificuldades foram expressas pelos cuidadores familiares no processo do cuidado, tais como sentimento de desamparo e falta de apoio no cotidiano. Diversos dos familiares expressaram ser, de fato, os únicos responsáveis pelo cuidado do indivíduo em sofrimento. A responsabilidade concentrada em um único familiar pode ser evidenciada na fala de Bento, ex-marido de uma frequentadora do CAPS, que ainda mora com ela na mesma casa:

“Eu não posso abandonar ela... Ainda mais porque eu sou o único que tem paciência para lidar com isso... Meu irmão fala para mim sair, para fazer minhas coisas, mas eu não consigo deixar ela sozinha, porque se acontecer alguma coisa com ela, vou me sentir culpado”.

Esse relato pode ser visto como indicador de que o cuidado é atravessado por dimensões afetivas e relacionais, pois o cuidador familiar, dependendo da relação que têm com a pessoa assistida, se posiciona como responsável do cuidado – escolha que se encontra além das habilidades envolvidas nesse processo, visto que a responsabilidade se constrói a partir da vinculação subjetiva envolvida entre o cuidador e o familiar assistido. Esse indicador é reforçado pela fala de Dalva, mãe de Rui, frequentador do CAPS, durante uma reunião do Grupo de Família:

“Com o pai do Rui, eu nunca pude contar. Ele nunca foi presente na vida do menino, nunca fez nada por ele... então, nem penso nele como forma de ajuda, deixo ele lá com a vida dele, porque ele só me deu problema... eu sinto que não posso contar com minha família, porque eles me excluem por causa da doença do Rui, sabe...”.

A partir dessa fala, é possível perceber que o pai não se encontra como possível cuidador de Rui, visto que nunca esteve presente na vida do filho e, assim, não apresenta nenhum vínculo subjetivo que consolide a relação cuidador familiar – familiar assistido, colaborando para o indicador construído

sobre a importância da dimensão afetiva e relacional na criação do cuidado, o que pode ser caracterizado como parte da produção subjetiva desses cuidadores. Outro aspecto que chamou atenção na fala de Dalva foi a exclusão sofrida tanto por ela, que se posiciona como cuidadora, quanto por seu filho em relação ao transtorno mental, o que pode ser um indicador de que o transtorno mental carrega um estigma que perpassa pelas relações sociais, expressando uma subjetividade social marcada pelo preconceito que impossibilita a ampliação de uma rede de cuidado mais ampla.

Além disso, durante as reuniões familiares, foram apresentadas preocupações relacionadas ao tratamento medicamentoso, como os efeitos colaterais causados pelos medicamentos nos familiares assistidos e a difícil administração do remédio. A partir disso, foi possível identificar a importância do medicamento como parte do processo do cuidado. O seguinte acontecimento em uma reunião do Grupo evidencia a posição do medicamento na configuração subjetiva social do cuidado:

Ricardo (Pai de um usuário): “Então, eu vim aqui só pra falar que meu filho já está bom, ele não precisa vim mais não! Quero que ele só toma remédio agora”

Técnico: “Ah que bom que ele está melhor! Há quanto tempo ele já vem ao CAPS?”

Ricardo: “Umas duas semanas, mas ele já tá bom... precisa vim mais não”

Outra familiar do grupo: “Não! Ele tem que continuar a vim, tá só no início!”.

Dessa forma, a fala de Ricardo e as expressões posteriores colaboraram para a construção da hipótese de que *processos subjetivos sociais marcados pelo preconceito sobre os transtornos mentais, que impossibilitam uma criação de vínculos com os usuários de saúde mental, contribuem para o encarceramento das relações, que utiliza o controle como forma de cuidado, reproduzindo, assim, uma forma de cuidado baseado no modelo biomédico com o foco na medicalização do indivíduo. Tudo isso impacta nas formas de cuidado em saúde mental, além de contribuir para a posição da família como o único lugar de rede de apoio para pessoas em sofrimento psíquico grave.*

Sendo assim, a partir desse acontecimento ilustrado acima e durante o processo de campo, emergiram aspectos que evidenciaram alguns processos subjetivos de técnicos do CAPS e como se dá a relação entre eles e a família dos usuários desse serviço. Mesmo com o oferecimento do Grupo de Família como apoio institucional, os familiares ainda encontram dificuldades de vinculação com o CAPS, em parte, devido aos impasses para realização dessa atividade, como pode ser evidenciado em uma conversa com uma familiar sobre a qualidade da assistência oferecida pelo CAPS em relação às dificuldades subjetivas encontradas no processo do cuidado:

“Eu nunca parei para pensar em como eles me ajudam nessa angústia e cansaço. Aqui, eu venho mais para tirar dúvidas em relação ao INSS mesmo... porque meu marido está afastado do trabalho por causa da depressão né... para ver sobre a aposentadoria dele” (Jéssica).

A fala de Jéssica pode ser vista como indicador de que o Grupo de Família é mais um espaço para o usuário do CAPS do que para seu familiar, a partir da emergência de sentidos subjetivos por parte de Jéssica associados ao não pertencimento do grupo como um espaço de cuidado para ela, mas sim para o marido. O foco de assistência do CAPS ainda se encontra quase exclusivamente sobre o usuário do serviço de saúde mental, assim como aponta Cavilheri (2009). Outra dificuldade de vinculação família – CAPS pode estar relacionada à superlotação do serviço e ao desinteresse de funcionários do CAPS nesse tipo de ação profissional, que faziam parte do contexto pesquisado, como pode ser evidenciado na seguinte fala de uma psicóloga do CAPS no dia em que a atividade do Grupo de Família foi cancelada:

“Olha, eu sei que o racionamento de água atrapalha o funcionamento do CAPS, mas não dá mais para ficar cancelando alguns grupos por causa disso (referindo-se também ao Grupo de Família). Sabe o que eu vejo? Vejo que muita gente que não está a fim de fazer os grupos cancela e coloca culpa no racionamento”.

Diante dessa fala é possível perceber que o racionamento de água, que estava ocorrendo em todos os territórios do DF regularmente naquele período, é subjetivado como uma impossibilidade para ações

importantes do serviço e, em certa medida, para o cuidado, o que é um indicador do desinteresse de funcionários do CAPS na ação profissional. Essa ideia corrobora o modelo teórico já construído por Goulart (2017), ao abordar as limitações políticos-institucionais e seus desdobramentos nos processos subjetivos dos funcionários do CAPS. Segundo o autor, tais limitações passam a se articular complexamente à carência motivacional desses profissionais e suas produções subjetivas associadas à frustração em relação a diversos aspectos do trabalho. Sendo assim, *a superlotação do serviço, a carência motivacional dos profissionais do CAPS e as limitações políticos-institucionais passam a fazer parte de uma subjetividade social que contribui para o desamparo em relação aos cuidadores familiares, ampliando ainda mais a sensação de falta de ajuda*. Assim, o CAPS ainda se encontra como espaço de cuidado eminentemente do usuário do serviço e não dos familiares, o que colabora com a restrição da rede de apoio situada somente na família. Todas essas dificuldades enfrentadas no processo do cuidado de um familiar com transtorno mental traz múltiplos desdobramentos na saúde desses familiares cuidadores, como pode ser evidenciado na fala de uma cuidadora familiar em uma reunião do Grupo:

“Ah! Eu acabei de descobrir uma cardiopatia... Já tenho diabetes e agora mais isso. É uma situação muito difícil e cansativa. Às vezes eu não fico bem... Eu choro, fico desanimada, com uma angústia presa bem aqui (pegando no peito). Daí eu choro até passar...” (Dalva).

Problemas na saúde puderam ser evidenciados também em outra cuidadora, em uma conversa informal:

“Eu arrumei diabetes, acho que foi depois de tudo o que passei, só que vem depois... Meu marido faleceu e logo depois descobri a doença do Alan (seu filho)... eu fico com medo de acontecer alguma coisa com minha saúde, fico com medo de piorar, e deixar o Alan sozinho (chorando)” (Laura).

Tanto a fala de Dalva quanto a fala de Laura podem ser compreendidas como indicador de processos subjetivos que passam a se articular a diversos processos de adoecimento das cuidadoras, que emergem na tentativa de organizar as dificuldades enfrentadas nesse processo, como no caso da diabetes (que atinge as duas cuidadoras) e da cardiopatia (de Dalva). Além disso, pode-se perceber que ambas relacionam parte de seu estado atual de saúde às dificuldades enfrentadas no processo do cuidado, relatando ser uma situação cansativa e estressora, o que pode levar ao desânimo e angústia, assim como pode gerar novas preocupações em relação à própria condição e ao cuidado prestado, como abordado por Laura, que se encontra como único suporte para o filho. Além das condições de saúde dos cuidadores familiares, marcadas por doenças crônicas e estresse, foi possível perceber também aspectos relacionados ao estilo de vida na convivência com uma pessoa em sofrimento intenso, como pode ser visto no seguinte trecho:

“Eu ainda consigo fazer algumas coisas para mim, entendo que isso é importante para minha saúde, então faço caminhada todos os dias de manhã, até chamo ela (ex-mulher) para ir comigo. Mas viajar, ficar muito tempo longe de casa, eu não posso mais.” (Bento).

Esse trecho pode ser visto como indicador de uma condição de vida aprisionada ao cuidado, em que o cuidador fica restrito somente a esse contexto, o que pode impactar, além de sua condição física, sua condição subjetiva, culminando em um círculo vicioso de sofrimento.

Dessa forma, diante do modelo teórico em desenvolvimento, em relação aos desdobramentos das dificuldades que emergem do cuidado nos processos de subjetivação dos cuidadores familiares, pode-se pensar que *o cuidado do cuidador familiar pode se encontrar como uma estratégia do cuidado de uma pessoa em sofrimento psíquico intenso, visto que, quando os familiares cuidam de si podem encontrar diferentes organizações das formas de cuidado*.

5 Conclusões

Seguindo os princípios epistemológicos e metodológicos que fundamentaram essa pesquisa, foi possível aprofundar no contexto de vida desses cuidadores familiares, de modo a construir um vínculo que permitiu gerar inteligibilidade sobre as condições de saúde desses participantes. Esse vínculo construído auxiliou no entendimento de que, diante de um contexto de desamparo e restrição ao cuidado em saúde mental, o adoecimento dos cuidadores familiares se desenvolve na tentativa de organização do cuidado diante do contexto estressor, gerando preocupações e sofrimento crescentes na vida desses cuidadores.

Desse modo, compreende-se que o cuidado do cuidador familiar pode se encontrar como uma estratégia importante na atenção à saúde mental, visto que, quando os familiares cuidam de si também se encontram em melhores condições para sustentar relações mais saudáveis com seus entes em intenso sofrimento psíquico.

Assim, o Grupo de Família, mesmo com dificuldades para a sua realização, ainda se encontra como um espaço importante que ajuda o cuidador familiar a “lidar” com o transtorno mental. Além disso, o Grupo gera uma possibilidade no cuidado dos cuidadores, visto que, ao criar um espaço de interlocução, de abertura e com foco para esses familiares, pode auxiliar na organização de novas formas de cuidado, tanto para o familiar assistido quanto para o cuidador.

O Grupo de Família contribui também para uma abertura da rede de apoio, pois os familiares podem construir uma rede de suporte dentro do próprio grupo, além do espaço de cuidado para eles, compreendendo que esse cuidado se encontra vinculado ao cuidado de pessoas com sofrimento psíquico grave. Essa conclusão só foi possível pelo envolvimento constante da pesquisadora no contexto estudado e pela participação ativa dentro do Grupo e da instituição pesquisada, contribuindo com os princípios já desenvolvidos da metodologia construtivo-interpretativa, que prioriza o posicionamento do pesquisador como sujeito, que, ao se relacionar com o contexto estudado, é capaz de construir de modo criativo um modelo teórico sobre o fenômeno de interesse.

Referências

- Castro, L. M. & Souza, D. N. (2016). Programa de intervenção psicossocial aos cuidadores informais familiares: o cuidar e o autocuidado. *Revista Interações*, 42: 150-162.
- Cavalheri, S. C. (2009). Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(1), 51-57.
- Demarco, D. A., Jardim V. M. R. & Kantorski L. P. (2017). Perfil dos familiares de usuários de Centros de Atenção Psicossocial: distribuição por tipo de serviço. *Rev Fund Care Online*, 9(3), 732-737.
- Dimenstein, M., Sales, A.L., Galvão, E. & Severo, A. K. (2010). Estratégia da Atenção Psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. *Revista de Saúde Coletiva*, 20(4): 1209-1226.
- González Rey, F. (2003). Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico-cultural. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- González Rey, F. (2005). Pesquisa Qualitativa e Subjetividade: os processos de construção da informação. São Paulo: Cengage Learning.

- González Rey, F. (2015). A Saúde na trama complexa da cultura, das instituições e da subjetividade. *Saúde, cultura e subjetividade: uma referência interdisciplinar*. 9-34.
- González Rey, F & Mitjans Martínez, A. (2017) *Subjetividade teoria, epistemologia e método*. São Paulo: Alínea.
- Goulart, D. M. (2017). *Educação, Saúde Mental e Desenvolvimento Subjetivo: da patologização da vida à ética do sujeito*. (Tese de Doutorado).
- Mori, V. D. & González Rey, F. (2012). A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária. *Psicologia: teoria e prática*, v. 14, n. 3, p. 140-152.
- Rotelli, F. (1989) Conferência: Superando o Manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. Encontrada em: Amarante, P. (1998). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fio Cruz.
- Sant'Ana, M. M., Pereira V. P., Borenstein M. S. & Silva A. L. (2011). O significado de ser familiar cuidador do portador de transtorno mental. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*. 20(1): 50-8.
- Souza, M. S., Baptista, M. N. (2008). Associações entre suporte familiar e saúde mental. *Psicol. Argum*, 26(54), 207-215.
- Tenório, F. A *Psicanálise e a Clínica da Reforma Psiquiátrica*. (2001) Rio de Janeiro: Rios.