

**O PAPEL DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DE TRANSTORNOS MENTAIS
GRAVES: UMA ANÁLISE DA RELEVÂNCIA DO SUPORTE SOCIOAFETIVO**

Artigo científico destinado à publicação no site Entre a Filosofia e a Psique

Cleverson Diacovo e Fatima Cristina Ferreira Lobo

Resumo

O presente artigo investiga a centralidade da família como núcleo de suporte socioafetivo no tratamento de transtornos mentais graves (TMG). No contexto da Reforma Psiquiátrica e da desinstitucionalização, a família assume o papel de protagonista no cuidado, transcendendo a função de mera cuidadora para tornar-se um agente terapêutico fundamental. A pesquisa fundamenta-se na análise teórica de autores como Winnicott, Basaglia e Foucault, articulando conceitos de *holding*, ambiente facilitador e reabilitação psicossocial. Discute-se o impacto da Emoção Expressa (EE) e a sobrecarga do cuidador como variáveis críticas para o sucesso do tratamento. Conclui-se que a integração da família no Projeto Terapêutico Singular (PTS) e o fortalecimento dos vínculos afetivos são preditores de melhor prognóstico e reinserção social.

Palavras-chave: Saúde Mental. Suporte Socioafetivo. Reforma Psiquiátrica. Família. Transtornos Mentais Graves.

Sumário

1. Introdução
2. O Suporte Socioafetivo sob a ótica de Winnicott
3. A Família no processo de Reabilitação Psicossocial: Perspectivas de Basaglia e Foucault
4. O impacto da Emoção Expressa (EE) e a sobrecarga do cuidador
5. A integração da família nos CAPS e o Projeto Terapêutico Singular (PTS)
6. Conclusão
7. Referências Bibliográficas

1. Introdução

A história da psiquiatria é marcada por um longo período de exclusão e silenciamento do sujeito em sofrimento mental. Durante séculos, o modelo asilar, fundamentado no isolamento e na custódia, retirou do indivíduo sua cidadania e seus laços afetivos. Michel Foucault (2012), em sua análise sobre o "Grande Enclausuramento", demonstra como a loucura foi apartada do convívio social para ser gerida por um saber médico-normativo que visava, primordialmente, a ordem pública em detrimento da subjetividade.

No Brasil, o movimento da Reforma Psiquiátrica, consolidado pela Lei nº 10.216/2001, operou uma mudança paradigmática: a substituição do hospital psiquiátrico por uma rede de atenção psicossocial territorializada. Essa transição não foi apenas administrativa, mas ética e clínica. Ao deslocar o tratamento para o território, a família, que outrora era orientada a afastar-se do "doente", passa a ser convocada como o pilar central do suporte socioafetivo. Conforme aponta Amarante (2007), a desinstitucionalização não significa apenas "desospitalizar", mas sim desconstruir o conceito de periculosidade e incapacidade associado ao transtorno mental grave.

Entretanto, essa nova configuração impõe desafios complexos. A família, muitas vezes desprovida de recursos teóricos e suporte institucional, vê-se diante da tarefa de manejar crises, administrar medicações e lidar com o estigma social. O suporte socioafetivo, portanto, não deve ser compreendido como uma obrigação natural da família, mas como uma construção clínica que exige o amparo das políticas públicas. Este artigo propõe-se a analisar como o vínculo afetivo atua como mediador da estabilidade psíquica e quais as condições necessárias para que a família exerça sua função terapêutica sem sucumbir ao adoecimento secundário.

2. O Suporte Socioafetivo sob a ótica de Winnicott

Para compreender a relevância do suporte familiar, é imperativo recorrer aos conceitos de Donald Winnicott sobre o desenvolvimento humano. Embora sua obra foque primordialmente na relação mãe-bebê, seus conceitos de *holding* (sustentação) e ambiente facilitador são perfeitamente transponíveis para o cuidado de adultos com transtornos mentais graves. Em estados de psicose ou fragmentação do ego, o sujeito experimenta angústias de aniquilamento que remetem a falhas primitivas na integração do self.

O *holding*, no contexto do tratamento familiar, refere-se à capacidade do núcleo doméstico de oferecer uma base segura que suporte as projeções e as crises do paciente sem retaliar ou abandonar. Winnicott (1983) afirma que o ambiente facilitador é aquele que se adapta às necessidades do indivíduo, permitindo que ele retome seu processo de amadurecimento interrompido pela patologia. Quando a família consegue exercer essa função de "pele psíquica", ela oferece ao paciente a previsibilidade e a segurança necessárias para que o tratamento farmacológico e psicoterápico tenha eficácia.

O suporte socioafetivo atua, assim, como um mediador da realidade. Em momentos de surto, onde a percepção do mundo externo está distorcida, a presença constante e afetiva da família serve como um "ego auxiliar". A falha nesse suporte — seja por negligência ou por excesso de controle — pode ser interpretada pelo paciente como uma confirmação de seus delírios persecutórios, agravando o quadro clínico.

3. A Família no processo de Reabilitação Psicossocial: Perspectivas de Basaglia e Foucault

A análise de Franco Basaglia sobre a "instituição negada" traz uma contribuição política essencial para este debate. Para Basaglia (1985), o transtorno mental não é um fenômeno puramente biológico, mas uma existência atravessada por contradições sociais. A reabilitação psicossocial, portanto, consiste em devolver ao sujeito o seu "poder contratual" — a capacidade de trocar afetos, bens e mensagens na sociedade.

Nesse sentido, a família é o primeiro espaço de contratualidade. É no ambiente familiar que o sujeito com TMG pode exercer papéis que transcendem o de "paciente": o papel de filho, irmão ou pai. Foucault (2012) alerta que o saber médico muitas vezes infantiliza o "louco", retirando-lhe a palavra. A família, quando orientada pela lógica da reabilitação, torna-se o agente que devolve a palavra ao sujeito, validando sua experiência subjetiva em vez de apenas medicar seu comportamento.

A relevância do suporte socioafetivo reside na resistência à "morte social". Enquanto o asilo isolava para esquecer, a família acolhe para lembrar que ali existe um sujeito de direitos. Contudo, como observa Saraceno (1996), a reabilitação não ocorre no vácuo; ela necessita que a família tenha acesso a bens culturais e suporte econômico, sob pena de transformar a residência em um "microasilo" doméstico.

4. O impacto da Emoção Expressa (EE) e a sobrecarga do cuidador

Um dos conceitos mais robustos na psicologia clínica sobre o manejo familiar de transtornos graves é o de Emoção Expressa (EE). Desenvolvido por George Brown na década de 1950, o constructo de EE avalia o índice de criticismo, hostilidade e superenvolvimento emocional dos familiares em relação ao paciente. Estudos transculturais demonstram que pacientes inseridos em ambientes de alta EE apresentam taxas de recaída significativamente maiores, especialmente em casos de esquizofrenia (LEFF; VAUGHN, 1985).

O suporte socioafetivo de qualidade é, por definição, um ambiente de baixa EE. Isso não significa ausência de conflitos, mas a capacidade de manejar a frustração sem recorrer à invalidação do outro. Entretanto, a alta EE é frequentemente um subproduto da sobrecarga do cuidador. O cuidador principal, geralmente uma figura feminina (mãe ou esposa), enfrenta o que a literatura denomina de "burden" (fardo) — um desgaste físico, emocional e financeiro acumulado.

Atenção: A sobrecarga do cuidador é um dos principais preditores de internação psiquiátrica. Quando o suporte familiar colapsa, o sistema de saúde mental perde sua base de sustentação territorial.

A intervenção psicológica deve, portanto, focar na redução da sobrecarga através de grupos de mútua ajuda e psicoeducação. Ao compreender a neurobiologia do transtorno, a família tende a reduzir o criticismo, percebendo que certos comportamentos são sintomas e não "falta de vontade" do paciente.

5. A integração da família nos CAPS e o Projeto Terapêutico Singular (PTS)

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) representam a materialização do modelo substitutivo. Para que o suporte socioafetivo seja efetivo, a família não pode ser vista apenas como "informante" do médico, mas como parte integrante do Projeto Terapêutico Singular (PTS). O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão de uma equipe interdisciplinar.

A inclusão da família no PTS envolve:

1. Acolhimento Familiar: Espaço de escuta para as angústias dos parentes, validando seu sofrimento.
2. Visitas Domiciliares: Observação do suporte socioafetivo *in loco*, permitindo intervenções no ambiente.
3. Assembleias de Usuários e Familiares: Exercício de cidadania e participação na gestão do serviço.
4. Residências Terapêuticas: Para casos em que o vínculo familiar foi rompido de forma irreversível, construindo-se novos laços socioafetivos substitutivos.

O suporte socioafetivo é potencializado quando a equipe do CAPS estabelece uma relação de confiança com a família. Quando os familiares sentem que têm a quem recorrer em momentos de crise, a ansiedade doméstica diminui, criando um círculo virtuoso de estabilidade para o paciente.

6. Conclusão

A análise desenvolvida neste artigo permite concluir que a família não é apenas um apêndice do tratamento de transtornos mentais graves, mas o seu alicerce. O suporte socioafetivo, quando pautado no *holding* winnicottiano e na ética da reabilitação psicossocial, é capaz de reduzir significativamente o número de internações e promover uma qualidade de vida digna ao sujeito.

Contudo, é fundamental que o Estado não utilize o discurso da "importância da família" como justificativa para o desinvestimento público. O suporte familiar só é sustentável se houver uma rede de cuidados robusta, que ofereça suporte financeiro (como o Benefício de Prestação Continuada - BPC), acesso a medicamentos e, sobretudo, espaços de cuidado para o cuidador. A filosofia que embasa o site *Entre a Filosofia e a Psique* nos lembra que o ser humano é um ser social; portanto, a busca pela cura da psique passa, invariavelmente, pela restauração dos laços de afeto e alteridade.

7. Referências Bibliográficas

AMARANTE, Paulo. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

BASAGLIA, Franco. A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

FOUCAULT, Michel. História da loucura na idade clássica. São Paulo: Perspectiva, 2012.

LEFF, Julian; VAUGHN, Christine. Expressed Emotion in Families: Its Significance for Mental Illness. New York: Guilford Press, 1985.

SARACENO, Benedetto. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. (Org.). Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1996.

WINNICOTT, Donald W. O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed, 1983.