

Hernâni Caniço  
Pedro Bairrada  
Esther Rodríguez  
Armando Carvalho

# Novos Tipos de Família

Plano de Cuidados



(Página deixada propositadamente em branco)

Hernâni Caniço  
Pedro Bairrada  
Esther Rodríguez  
Armando Carvalho

# Novos Tipos de Família

**Plano de Cuidados**

**COORDENAÇÃO EDITORIAL**

Imprensa da Universidade de Coimbra

Email: [imprensauc@ci.uc.pt](mailto:imprensauc@ci.uc.pt)

URL: [http://www.uc.pt/imprensa\\_uc](http://www.uc.pt/imprensa_uc)

Vendas online: <http://livrariadaimprensa.com>

**CONCEPÇÃO GRÁFICA**

António Barros

**PRÉ-IMPRESSÃO**

António Resende

**EXECUÇÃO GRÁFICA**

Artipol – Artes Tipográficas, Lda

**ISBN**

978-989-26-0055-0

**ISBN Digital**

978-989-26-0196-0

**DOI**

<http://dx.doi.org/10.14195/978-989-26-0196-0>

**DEPÓSITO LEGAL**

311840/10

## SUMÁRIO

1. Introdução.....	5
2. Métodos .....	11
3. Tipos de Família .....	13
3.1. Quanto à estrutura e dinâmica global.....	15
1. <i>Díade nuclear</i> .....	17
2. <i>Família grávida</i> .....	17
3. <i>Família nuclear</i> .....	18
4. <i>Família alargada</i> .....	19
5. <i>Família com prole extensa</i> .....	20
6. <i>Família reconstruída</i> .....	21
7. <i>Família homossexual</i> .....	22
8. <i>Família monoparental</i> .....	23
9. <i>Dança a dois</i> .....	24
10. <i>Família unitária</i> .....	24
11. <i>Família de co-habitação</i> .....	26
12. <i>Família comunitária</i> .....	27
13. <i>Família hospedeira</i> .....	28
14. <i>Família adoptiva</i> .....	28
15. <i>Família consanguínea</i> .....	29
16. <i>Família com dependente</i> .....	30
17. <i>Família com fantasma</i> .....	31

18. <i>Família acórdeão</i> .....	32
19. <i>Família flutuante</i> .....	32
20. <i>Família descontrolada</i> .....	33
21. <i>Família múltipla</i> .....	34
3.2. Quanto às relações.....	35
3.2.1. Relação conjugal.....	36
1. <i>Família tradicional</i> .....	36
2. <i>Família moderna</i> .....	37
3. <i>Família fortaleza</i> .....	38
4. <i>Família companheirismo</i> .....	39
5. <i>Família paralela</i> .....	40
6. <i>Família associação</i> .....	41
3.2.2. Relação parental.....	41
Famílias estáveis.....	42
1. <i>Família equilibrada</i> .....	42
Famílias instáveis.....	43
2. <i>Família rígida</i> .....	43
3. <i>Família super-protectora</i> .....	44
4. <i>Família permissiva</i> .....	45
5. <i>Família centrada nos filhos</i> .....	46
6. <i>Família centrada nos pais</i> .....	46
7. <i>Família sem objectivos</i> .....	47
4. Conclusões.....	51
5. Referências Bibliográficas.....	55

## 1. INTRODUÇÃO

Ser Médico de Família, Especialista de Medicina Geral e Familiar, implica um conjunto de conhecimentos e esfera de estudos em Medicina Geral e Familiar (individualizada), e no todo mais vasto (a Medicina).

A relação médico/paciente realça a responsabilidade do médico com a sua capacidade ou não de relacionar-se com a pessoa (paciente/doente) e não com a doença.

A relação médico/paciente/família é mais complexa, pois inclui: desde o paciente, o vínculo com a família, o núcleo social ou de apoio; desde o médico, a actividade com outros membros da equipa; desde a instituição, a estrutura e funções que constituem o seu enquadramento organizativo, o chamado vínculo “relação assistencial”.

A boa relação, mais que uma arte, é uma aptidão *profissional* que se aprende e exercita.

Ser “médico de pessoas que têm família” ou ser “médico de famílias” é complexo, não é o mesmo que ser “médico da (sua) família” apenas.

Ter capacidades técnicas para centrar a sua atenção no sistema, no indivíduo, na família ou ainda na comunidade é a grande riqueza e especificidade dos profissionais especialistas de Medicina Geral e Familiar.<sup>1</sup>

A compreensão da doença passa pela sua localização no corpo e mente do doente, mas também pela forma como esse corpo doente é vivido, tendo em conta o seu passado, o meio sócio cultural e o meio familiar.<sup>2</sup>

São vários os estudos que apontam para a influência da estrutura e tamanho da família e até da ordem de nascimento em variáveis como mortalidade, longevidade, doenças psiquiátricas e comportamentos dos seus elementos.<sup>3,4,5,6</sup>

Também a concordância de saúde mental e física entre cônjuges, assim como de comportamentos de saúde, são retratados em vários artigos.<sup>5,7</sup>

Por outro lado, inúmeros factores, alguns dos quais médicos (outros de adaptação social), influenciam a estrutura das famílias (doenças cró-

nicas, acidentes, abortamentos, comportamentos aditivos).<sup>1,8,9</sup>

Nas últimas décadas, temos assistido a enormes mudanças na estrutura das famílias.<sup>10</sup>

A modernização das sociedades conduz a um fenómeno bem documentado de redução do tamanho das famílias.<sup>11</sup>

Determinados ideais e objectivos foram surgindo e impondo-se, como a autonomia e independência individual, a igualdade entre o homem e a mulher, a qualidade da relação interpessoal, a intimidade conjugal, o sentido de colaboração e partilha do quotidiano, a sexualidade feliz, a procriação responsável e educação dos filhos.<sup>12</sup>

Assim, alteraram-se as funções atribuídas à família, que classicamente eram as de reprodução, segurança, transmissão cultural e socialização dos jovens, passando a haver preocupação com a satisfação sexual, realização pessoal, protecção e desenvolvimento psicossocial e apoio afectivo aos seus membros.<sup>13,14</sup>

As famílias influenciam e são influenciadas pela saúde dos seus elementos.

Deste modo, é lícito pensar que uma correcta abordagem familiar contribui para a melhoria da

saúde, quer da família, quer do(s) elemento(s) doente(s).<sup>15</sup>

A avaliação familiar é também dotada de grande complexidade. A caracterização do tipo de família é um dos primeiros passos, e um dos mais importantes, afirmação que este opúsculo procura fundamentar.

Quem melhor que o Médico de Família para caracterizar as famílias dos utentes do seu ficheiro?

Existirão dúvidas do interesse da caracterização dos tipos de família na atitude e prática clínica (bem como dos respectivos instrumentos de caracterização familiar), ou será que a caracterização clássica se encontra ultrapassada e perdeu utilidade face às famílias actuais?

Quantos Médicos de Família utilizam, de facto, estes instrumentos no seu ficheiro?

Quantos têm o seu ficheiro caracterizado e que importância pragmática atribuem a essa caracterização?

Este é um trabalho de revisão e análise crítica, sujeito a debate.

Baseamo-nos na bibliografia existente e propomos novo “arrumar” de ideias, em busca de

uma classificação prática e “lucrativa” em termos de avaliação da estrutura e dinâmica familiar, que permita melhorar os cuidados assistenciais prestados aos utentes.

A atenção é centrada na definição dos tipos de família, caracterizando cada um e apresentando um plano de cuidados de saúde à família.

Procura-se, desta forma, dotar a caracterização proposta de um sentido realmente clínico e não meramente académico.

Procuramos igualmente a base para a adaptação dos meios de avaliação familiar à realidade do dia-a-dia da Medicina e, porque não, à criação de novos métodos de avaliação, mais actuais e mais efectivos.

(Página deixada propositadamente em branco)

## 2. MÉTODOS

Foi realizada pesquisa de artigos de revisão e editoriais na Pubmed/Medline, sem limites temporais, com o termo “Family Characteristics”, em Inglês, Espanhol e Português. Foram encontrados 1327 artigos, dos quais foram seleccionados e acedidos 13.

Foi igualmente feita pesquisa de artigos no Índice de Revistas Médicas Portuguesas, com o termo “Família” no título. Foram encontrados 489 artigos, dos quais foram seleccionados e acedidos 9.

Foi ainda realizada pesquisa em sítios organizacionais e livros de texto de referência.

Os autores exprimem opinião em *attitudes*, onde se destaca a elaboração do plano de cuidados à família para cada caracterização familiar, face à pesquisa bibliográfica, ao diagnóstico de situação e à experiência clínica, e sugerem o debate devido à relevância e pertinência do tema.

(Página deixada propositadamente em branco)

### 3. TIPOS DE FAMÍLIA

A família, proveniente do latim “familus”, que significa “servidor”, evolui de acordo com culturas, tradição, contexto político, social e económico.

Mantém critérios constantes pela aliança (forma de relação que significa modo de afinidade e união conjugal) e pela filiação (modo de descendência).

O agregado familiar corresponde ao conjunto de pessoas que co-habitam em economia comum.

A Família será sempre mais do que agregado familiar. No entanto, na nossa prática clínica, trabalhamos em função de uma lista de utentes, organizada em processos familiares, que tenderão a incluir todos e só os membros de determinado agregado familiar.

Assim, tendencialmente, a unidade de caracterização será o agregado familiar, salvaguardando, que, como Médicos de Família, saberemos oportunamente caracterizar determinados agregados como

um só, quando o factor proximidade imperar ou desagrupar os elementos de determinado ficheiro clínico, sendo a junção processual meramente burocrática.

Uma determinada família não é do tipo A, dogmáticamente. Será neste momento do tipo A, podendo evoluir para tipo B e com determinada probabilidade de evoluir para o tipo C, D ou E, talvez ainda com características simultâneas dos tipos F e/ou G.

Deste modo, caracterizar uma família num determinado tipo pode ser muito redutor, principalmente se nos restringirmos aos tipos clássicos.

Os novos tipos de família proliferam, não sendo, na realidade apenas ou fundamentalmente novos. Adquiriram prevalência tal que se fizeram individualizar, ajustados ao quadro relacional de facto e/ou situação jurídico-legal.

A classificação que propomos, é dotada de duas características essenciais: dinâmica, enquanto mutabilidade, e sobreposição, enquanto junção de vários elementos apontados, considerando fundamental a existência de um plano de cuidados à família para cada caso.

Propomos uma classificação das famílias que engloba três dimensões de caracterização: estrutura e dinâmica global, relação conjugal e relação parental.

Encontram-se descritas na literatura muitas classificações das famílias, estudando-as de acordo com inúmeros parâmetros. Interessa-nos, sobretudo, o aspecto estrutural e relacional.

Através destes três níveis de caracterização, procuramos aumentar a sensibilidade da detecção precoce da disfuncionalidade e enriquecer o plano de cuidados à família.

### 3.1. Quanto à estrutura e dinâmica global

Neste ponto, assumimos a existência de 21 tipos de famílias, alguns dos quais se excluem mutuamente, outros podendo sobrepor-se em determinadas famílias.<sup>16,17</sup>

Cada um destes tipos contempla estrutura e dinâmica. Alguns tipos caracterizam melhor a estrutura, outros sinalizam determinada dinâmica, disfuncional ou não.

Uma família considera-se funcional quando os limites entre os seus elementos são claros, havendo ligações sólidas entre os elementos de cada subsistema, a chefia é bem aceite pelos chefiados e as responsabilidades são assumidas e partilhadas em situações difíceis.<sup>18</sup>

A “chefia” é interpretada no sentido de coordenação de grupo e de interesses comuns, autoridade sem autoritarismo e promoção da autonomia e responsabilidade, e sem sentido autocrático ou penal.

Procurámos caracterizar cada família, de acordo com a bibliografia pesquisada, mas também tendo em conta as realidades e necessidades que vamos encontrando no nosso dia-a-dia profissional.

Alguns exemplos apontados referem-se a famílias do nosso próprio ficheiro.

Muitas delas encontravam-se camufladas num dos 5 clássicos tipos de família (nuclear, alargada, unitária, monoparental, recombinada), mas, aplicando a classificação que propomos, revelam novas características, passíveis de redefinir o plano de cuidados à família, com claro benefício para os utentes.

## *1. Díade nuclear*

Família em que existe uma relação conjugal sem filhos.

Trata-se de uma família em que existe uma união entre duas pessoas, que co-habitam.

Não há descendentes comuns, nem de relações anteriores de cada elemento.<sup>10</sup>

São exemplos, união entre homem e mulher, que ainda não tiveram filhos por opção ou impossibilidade, médica ou outra, ou que nunca os virão a ter.

No *plano de cuidados*, devemos estar atentos à forma como cada um dos elementos lida com a inexistência de descendentes: aceitação ou inconformismo.<sup>1</sup>

É aplicável o ciclo de vida familiar de Duvall, cujas tarefas deverão ser adaptadas à realidade sócio-cultural.

## *2. Família grávida*

Família em que uma mulher se encontra grávida, independentemente da restante estrutura.

Trata-se de uma fase específica no seio da família, em que se aguarda a vinda de um novo elemento, predominando os sentimentos de medo e/ou esperança, com desvio do centro de atenções e segurança.

Justifica-se também pela envolvência da parentalidade homem e mulher, estimulada pela concessão de direitos e regalias nos cuidados de saúde e legalidade.

É uma família vulnerável, que requer vigilância médica no *plano de cuidados*, além dos cuidados físicos, particularmente na prevenção das agressões psicológicas, inclusive a depressão pós-parto, no homem e na mulher.<sup>19</sup>

Também é importante a promoção da integração de outros descendentes (caso existam) neste novo projecto, avaliando as suas expectativas, ansiedade e receios.

### ***3. Família nuclear***

Esta é a típica família com uma só união entre adultos e um só nível de descendência, ou seja, pai e mãe e o(s) seu(s) filho(s).<sup>10</sup>

Também designada de família simples.

Classicamente, é-lhe atribuída grande estabilidade, de facto, por tradição ou regra de sociedade.

No entanto, devemos estar atentos à dinâmica familiar e aos sinais/pistas que alertem para a disfuncionalidade, alargando a entrevista clínica minuciosa.

Muitas vezes, os indícios de disfunção são intencionalmente camuflados por diferentes elementos da família, pelo que a audição separada dos intervenientes e o contraditório podem ser úteis, com discriminação de culpa e dolo pelos elementos, sem quebra de profissionalismo e proximidade.

O *plano de cuidados* evita julgamentos e sugere conciliação.

Padrões de comportamentos e estilos de vida não saudável devem ser detectados e corrigidos e casos de violência doméstica devem ser denunciados.

#### *4. Família alargada*

Família em que co-habitam ascendentes, descendentes e/ou colaterais por consanguini-

dade ou não, para além de progenitor(es) e/ou filho(s).<sup>10</sup>

Existe uma união conjugal e mais do que um nível de descendência, podendo co-habitar avós, netos, tios, primos, cunhados.

Também designada de família extensa.

Por vezes, há otimização da entreaajuda, com definição e complementaridade dos papéis familiares ou, por outro lado, existe desagregação da hierarquia familiar, luta de poderes e formação de “grupos” rivais.

Promover a organização, gerir a competição e estimular a coesão é chave no *plano de cuidados*.

### *5. Família com prole extensa*

Família com crianças e jovens de idades muito diferentes e, logo, em fases distintas do seu desenvolvimento individual, independentemente da restante estrutura familiar.<sup>16</sup>

Também designada de família numerosa.

Trata-se de uma família que exige apoio social e grande versatilidade dos cuidadores (pais, avós ou outros), quer devido ao número de crianças e

jovens, que habitualmente é mais elevado, quer às diferentes exigências de cada grupo etário.

O *plano de cuidados* promove o apoio social e propõe a avaliação criteriosa do alargamento da prole pela família, com ponderação do risco em medicina física, estatuto sócio-económico e respeito pela liberdade individual e direitos humanos.

#### **6. *Família reconstruída***

Família em que existe uma nova união conjugal, com existência (ou não) de descendentes de relações anteriores, de um ou dos dois membros do casal.

Também designada de família combinada ou recombinação.

Implica a necessidade de adaptação à chegada de um ou mais membros novos à família, e muitas vezes, à saída de outros membros, dependendo da situação que conduziu à recombinação: divórcio, falecimento, família monoparental de longa data.

A nova família necessita de criar a sua própria identidade, com reajuste dos papéis familiares

individuais e construção de novas relações entre os envolvidos na família, fazendo parte do agregado ou não.

São inúmeras as possibilidades de recombinação, mas há sempre um enfoque nas novas relações paternas e fraternais, que poderão ter maior ou menor dificuldade em se estabelecerem.

O *plano de cuidados* deve favorecer a nova identidade, a cordialidade e a amizade, com dissensão de conflitos múltiplos e multilaterais.

## 7. *Família homossexual*

Família em que existe uma união conjugal entre 2 pessoas do mesmo sexo, independente da restante estrutura.

Adicionalmente, apesar de actualmente não ser possível a adopção de crianças por casais homossexuais em Portugal, é um facto que poderá ocorrer a médio prazo, com surgimento de novas abordagens nas relações familiares.

O *plano de cuidados* deve ter em atenção a maturidade dos elementos quanto à idade e convicção, as repercussões psicológicas da as-

sumpção da orientação sexual nos elementos do agregado e da família restante, e a adaptação à crítica social.<sup>20</sup>

### *8. Família monoparental*

Família constituída por um progenitor que co-habita com o(s) seu(s) descendente(s), não mantendo relação conjugal de co-habitação permanente, independentemente das razões para tal (viuvez, separação de facto, opção individual, etc.).<sup>10</sup>

A monoparentalidade, particularmente quando os filhos são pequenos, poderá ser tradutora de sobrecarga do cuidador e de impacto pela ausência da figura tutelar materna ou paterna nos descendentes, privados da co-habitação com o outro progenitor.<sup>21</sup>

A análise da evolução familiar é imprescindível.

A família evoluiu do tipo nuclear? A perda foi por falecimento ou por separação? Trouxe uma maior estabilidade à família ou traduziu uma perda irreparável? Mantém-se o contacto com o outro progenitor? Essa relação é benéfica ou perpetua o conflito?

O *plano de cuidados* deve envolver ainda o incentivo à rede de apoio familiar, em suporte logístico e social.

### ***9. Dança a dois***

Família constituída por 2 pessoas, implicando laços familiares (de sangue ou não) e inexistência de relação conjugal ou parental, por exemplo, tio e sobrinho, avó e neto, irmãos, primos ou cunhados.<sup>16</sup>

A atribuição de papéis familiares pode ser difícil e conflituosa, bem ilustrada pelo nome metafórico.

A progressão profissional e o reconhecimento social dos seus elementos poderão minimizar a dificuldade afectiva não hierarquizada.

O *plano de cuidados* deve envolver, assim, a promoção da auto-estima, auto-imagem e amizades familiares e extra-familiares.

### ***10. Família unitária***

Família constituída por uma pessoa que vive sozinha, independentemente de existência de

relação conjugal sem co-habitação ou da riqueza de outras relações familiares ou extra-familiares. Também designada de família de indivíduo só.

Poderá traduzir instabilidade, pelo desejo não realizado de uma união e/ou descendência, ou poderá indicar desejo pessoal, sem conflito interior pela opção tomada.

É neste segundo grupo que se inclui o celibato, em que, por definição, não haverá relação conjugal, nem descendência de eventuais uniões anteriores.

Tal como os outros tipos de família, terá de ser avaliada em termos da sua origem, evolução e convicções ideológicas.

Resulta de individualização de casa dos pais, em relação com projecto de vida e com desejo de união futura? Ou resulta de perda de relação anterior, por morte ou separação?

É fundamental a atenção à realização do luto normal e adaptação à perda de companheiro de longa data ou, por outro lado, à estabilização devido ao terminar de relação conflituosa.<sup>22</sup>

O *plano de cuidados* deve incluir ainda a análise de intervenção do elemento em movimentos associativos organizados (reivindicativos, humanitários, ecológicos, religiosos, etc.).

## *11. Família de co-habitação*

Homem(s) e/ou mulher(es) que vivem na mesma habitação.<sup>16</sup>

Poderão existir muitos contextos: estudantes universitários, imigrantes que co-habitam, amigos que partilham casa.

Implica a inexistência de laços familiares ou relações conjugais, existindo ou não um projecto comum.

Pode traduzir afastamento temporário do lar de origem, e ter grande impacto na saúde mental (solidão) e física (comportamentos de risco).

Estabelecem-se, por vezes, amizades duradouras, conflitos permanentes, relações de entreaajuda ou concorrência.

Há que promover a definição da regência da área habitacional de utilização comum (responsabilidade colectiva) e a articulação dos papéis individuais dos elementos e atitude cívica (responsabilidade individual).

Assim, consideramos a elaboração de plano de cuidados personalizado e plano conjunto.

## *12. Família comunitária*

Família composta por um grupo de homens e/ou mulheres e seus (eventuais) descendentes.<sup>16</sup>

Podem co-habitar ou morar em casas separadas, habitualmente próximas.

Todos seguem as mesmas regras, idealmente no sentido do bem comum, tendo fronteiras bem definidas, com abertura ao exterior variável.

As barreiras entre os vários agregados (ou elementos) familiares diluem-se, podendo ocorrer perda da identidade individual em função da identificação de grupo.

São exemplos, as comunidades religiosas, seitas, comunas, algumas etnias.

Deve identificar-se a função social, o público-alvo ou destinatários da acção, e o equilíbrio emocional e satisfação pessoal dos elementos, no *plano de cuidados*.

Os elementos dependentes (crianças, idosos, doentes) deverão exigir particular acompanhamento e vigilância, no que diz respeito ao respeito da liberdade individual, direitos humanos e cidadania.

### *13. Família hospedeira*

Família em que ocorre a colocação temporária de um elemento exterior à família, habitualmente uma criança.

Como exemplo mais actual, indicamos as famílias de acolhimento, em caso de abandono ou perda da custódia da família biológica.

Apesar do carácter temporário e inexistência de laços familiares prévios, estes podem estabelecer-se e dificultar a hora da separação, ou pode haver clara inadaptação esporádica do todo à família pré-estabelecida.

Esta família inclui também casos de hospedagem temporária de um amigo ou colega, independentemente da razão para tal.

O *plano de cuidados* deve alertar para a inevitabilidade da temporalidade e satisfação pessoal e da família pré-estabelecida, sem ganho secundário, prevenindo disfunção psíquica posterior.

### *14. Família adoptiva*

São famílias que adoptaram uma (ou mais) criança(s) não consanguínea(s).

Nestas famílias, podem co-habitar filhos biológicos.

A impossibilidade de descendência biológica pode ser a motivação para a adoção, ou esta ocorrer após um luto de um filho.

Por outro lado, a adoção pode significar um desejo por si só.

O seguimento da criança adotada e dos seus novos familiares pode auxiliar na integração e na criação dos novos laços familiares.

O *plano de cuidados* deve incluir a informação progressiva adequada e oportuna da família à criança adotada, e a preparação da relação fraternal, ponderada a competição e a rivalidade, se houver filho(s) biológico(s).

### ***15. Família consanguínea***

Família em que existe uma relação conjugal consanguínea, independentemente da restante estrutura.

Poderá acarretar implicações médicas nos (eventuais) descendentes e sociais em todos os elementos da família.

O *plano de cuidados* ressaltará previamente a necessidade do termo imediato da situação em consanguinidade directa, a detecção de eventual violação, e o acompanhamento médico-legal e psicológico-psiquiátrico.

Caso a relação conjugal esteja estabelecida entre parentes colaterais, o plano de cuidados abordará o aconselhamento pré-concepcional e a detecção precoce de situações de crise.

#### *16. Família com dependente*

Família em que um dos elementos é particularmente dependente dos cuidados de outros, por motivo de doença, excluindo-se o caso de crianças saudáveis.

São exemplos, famílias em que um dos membros apresenta limitações do desenvolvimento cognitivo psico-motor ou das actividades de vida diária, encontrando-se acamado ou apresentando deficiência mental e/ou motora, requerendo vigiância e orientação constante.

Trata-se de famílias com necessidade de ajustamento de papéis para responder à sobrecarga

física, emocional e em tempo, o que pode ser melhor ou pior conseguido.

O *plano de cuidados* engloba ainda promoção de actividades lúdicas, aproveitamento de capacidades inatas e funcionais do elemento em causa, apoio social à família e emprego protegido, se conveniente.<sup>22</sup>

### *17. Família com fantasma*

Família em que ocorre o desaparecimento de um dos elementos, de forma definitiva (falecimento) ou dificilmente reversível (divórcio, rapto, desaparecimento ou motivo desconhecido).<sup>16</sup>

Implica que o elemento em falta continua presente na dinâmica familiar, dificultando a reorganização das relações familiares e impedindo o desenvolvimento individual dos restantes membros.

O *plano de cuidados* integra apoio psicológico à investigação, prevenção do luto patológico, e reajuste familiar com novos quadros de motivação.

Há que ter atenção ao impacto individual do mediatismo e exposição pública que, por vezes, ocorre.

### *18. Família acordeão*

Família em que um dos cônjuges se ausenta por períodos prolongados ou frequentes.<sup>16</sup>

São exemplos, trabalhadores humanitários expatriados, militares em missão, trabalhadores colocados longe da residência, ou emigrantes de longa duração.

Trata-se de uma família em que a relação conjugal e/ou as eventuais relações parentais poderão ser abaladas na sua coesão pela ausência constante ou prolongada do cônjuge/progenitor.

O plano de cuidados terá em conta o diálogo familiar e mútuo compromisso solidário quanto à oportunidade e à situação, bem como a frenação de atitudes, impulsos e sentimentos que indiciem ou evidenciem disfunção familiar.

### *19. Família flutuante*

Família em que os elementos mudam frequentemente de habitação, como no caso de progenitores

com emprego de localização variável (funções públicas de rotação e mobilidade geográfica profissional, viajantes, etc.).<sup>16</sup>

Incluem-se também as famílias em que o progenitor muda frequentemente de parceiro.

São famílias tradutoras de grande instabilidade e dificuldade na criação de vínculos familiares ou extra-familiares, embora alguns elementos possam criar novas famílias em simultâneo.

O *plano de cuidados* estimula a prevenção dos riscos em saúde e promove a apologia da união de facto consolidada e responsável.

## ***20. Família descontrolada***

Nestas famílias existe um membro com problemas crónicos de comportamento, podendo este ser relacionado com circunstâncias fortuitas da vida, doença ou comportamentos aditivos (esquizofrenia, toxicodependência, alcoolismo, etc.), o que vai condicionar a estrutura familiar conduzindo a dificuldades na organização hierárquica e nas relações inter-familiares.

Impõe-se, assim, a necessidade de reorganização a nível funcional e estrutural.<sup>16</sup>

O *plano de cuidados* promove ainda o acompanhamento clínico e terapêutico individualizado, preparação psico-pedagógica da família para a situação em causa e articulação com entidades de saúde e acção social.

### ***21. Família múltipla***

Família em que o elemento identificado integra duas (ou mais) famílias, constituindo agregados diferentes, eventualmente com descendentes em ambos.

Também se pode designar família 2 em 1.

O elemento comum intervém na dinâmica em ambas as famílias, criando expectativas e multiplicando objectivos, podendo ter distúrbio da personalidade ou perturbação do afecto.

O plano de cuidados engloba necessidade de avaliação conjuntural e estrutural quanto à(s) família(s) pelo paciente, princípios, oportunidade e sequelas, além de apoio psicológico-psiquiátrico imperioso e terapia comportamental.

### 3.2. Quanto às relações

Considerando a família como um sistema dinâmico criado e condicionado pelas relações entre os membros que a compõem, teremos de englobar na caracterização que propomos, uma abordagem das relações conjugais e parentais.

Referimos que os tipos de família não são estanques, imutáveis.

Muito menos, quando pretendemos avaliar relações intra-familiares, ainda mais rapidamente evolutivas que a sua estrutura, atendendo a maior labilidade, oportunidade ou subjectividade individual e de interacção, existência de padrões flexíveis ou não regulação inter-pessoal.

Esta análise não passa pela pretensão de ser uma classificação rígida, mas sim uma forma de trabalho clínico que nos ofereça uma informação muito valiosa em relação a dinâmicas e atitudes disfuncionais.

Deste modo, o plano de cuidados à família poderá ser estruturado, a par do plano de cuidado individual, completado com aspectos dirigidos à reorganização relacional e promoção de relações saudáveis.

### 3.2.1. Relação conjugal

A relação conjugal é parte importantíssima no que respeita à origem da família, por constituir união e reforço de objectivos comuns em harmonia, utilidade e sociedade.

Assim, é inevitável analisar a dinâmica entre os cônjuges e compreender qual é a repercussão que tem sobre os restantes membros da família.

Propomos seis tipos de família, no que respeita à relação conjugal.<sup>23</sup>

Os dois primeiros (famílias tradicional e moderna) e os quatro últimos (famílias fortaleza, companheirismo, paralela e associação) constituem dois subgrupos, no entanto, qualquer família poderá apresentar características pertencentes a um ou vários tipos.

#### *1. Família tradicional*

As famílias são estruturadas em função do género masculino/feminino, diferenciados.

Cada membro tem um papel pré-estabelecido dentro da família e na sociedade, consoante o

género e/ou a faixa etária, conservador no tempo e atitude.

Por vezes, isso condiciona sobrecarga de algum/alguns dos membros, e desvalorização de actividade produzida.<sup>21</sup>

A submissão limitativa da individualidade, a hierarquia prepotente e a perda de identidade são riscos para instabilização familiar.

O médico de família elenca os problemas e consequências individuais em saúde global, e solicita participação/decisão de *cada* elemento da família para a sua resolução.

## ***2. Família moderna***

Nestas famílias, a igualdade de género é a base da união, qualquer que seja o seu tipo.

Consequentemente, são famílias mais igualitárias, no que toca à divisão de trabalho e às escolhas individuais de cada membro.

Há conceitos de inter-ajuda e solidariedade, com equilíbrio estrutural e de poder entre o homem e a mulher.

À organização da vida familiar, nem sempre corresponde a igualdade de oportunidades no trabalho, emprego e formação profissional.

Ainda assim, há incremento da participação das mulheres na esfera pública e dos homens na esfera privada, eventualmente de forma assimétrica.

As competências para a vida implicam ajustamentos, e regula-se a conciliação da actividade profissional e da vida familiar de ambos.

O médico de família promove o diálogo sobre igualdade e equidade, ajuda e partilha, seus reflexos na união e potencialidades da relação.

### *3. Família fortaleza*

Os cônjuges partilham objectivos de vida e actividades, em coesão fusional ou de fusão (homeostase), mas a dinâmica interna tem regras pré-estabelecidas que são difíceis de modificar, em regulação normativa.

Em consequência, existe um encerramento ao exterior.

Estas famílias podem ter dificuldade em assumir os problemas, adaptar-se a novas situações de

crise e em pedir ajuda externa à família, perdendo racionalidade e recursos.

O médico de família aborda as regras e fronteiras existentes, personaliza os problemas, antecipa as fases/etapas teóricas de crise, sugere fontes de apoio superlativo.

#### *4. Família companheirismo*

Existe partilha e repartição de actividades, assim como objectivos comuns de vida, em coesão fusional.

Não existem regras pré-estabelecidas e inamovíveis, mas sim a capacidade de assumir os problemas no sentido da sua resolução, de forma compartilhada e dialogada, em regulação comunicacional.

Estas famílias evoluem com as experiências e contactos externos, em abertura ao exterior.

É um tipo de família interessante para grupos de ajuda e realização de educação pelos pares.

O médico de família promove a comunicação familiar e sugere maior amplitude da comunicação em rede, selectiva, por objectivos comuns.

## *5. Família paralela*

Os cônjuges não partilham actividades quotidianas nem objectivos de vida, em coesão por autonomia.

Esta situação pode ter origem no momento da união ou pode ser consequência da evolução da relação.

Embora cada indivíduo tenha funcionamento autónomo, este não é livre, dado que existem uma série de regras pré-estabelecidas que dirigem o funcionamento interno, em regulação normativa.

Estas famílias apresentam atitude de encerramento ao exterior, pelo que pode ser difícil conseguir abertura para modificar hábitos de vida não saudável.

As regras internas acabam por transformar as situações e atitudes disfuncionais em “normais”.

O médico de família interage com a família, desenvolvendo raciocínio clínico, desmascarando estilos e comportamentos deletérios, e intervindo na redefinição da relação.

## *6. Família associação*

Existe uma união afectiva, embora não se partilhem actividades quotidianas, em coesão por autonomia.

Estas famílias têm como base a liberdade individual, podendo ser amostra de egoísmo em determinadas circunstâncias.

Não têm regras predefinidas e baseiam-se na regulação comunicacional.

Como os caminhos personalizados predominam sobre os objectivos conjuntos, existe uma grande abertura ao exterior.

Supõe o triunfo do individualismo sobre o contexto “nós”, de cariz conjugal.

O médico de família centra a sua acção sobre a evidência do todo familiar como maior que a soma das partes, a independência versus quebra de interesse na relação comum, agravamento do risco nos outros elementos da família (filhos).

### **3.2.2. Relação parental**

A relação parental engloba e traduz afecto, autoridade, capacidade de controlo e flexibilidade.

Neste ponto, analisamos as dinâmicas entre as diferentes gerações que compõem as famílias, a educação e a transmissão de valores por parte dos pais aos filhos, e a recepção desta informação por parte dos filhos.

## Famílias estáveis

### *1. Família equilibrada*

A família mostra-se unida e os pais são concordantes e conscientes do seu papel como tal, certos do mundo que querem dar a mostrar aos seus filhos/as, cheio de metas e sonhos.<sup>29</sup>

Os filhos assumem o estatuto e função, em respeito e labor, liberdade e responsabilidade.

Nestas circunstâncias, os filhos crescem estáveis, seguros e confiantes, sendo hábito o facto de dar e receber afecto.

Quando adultos, são activos e autónomos, capazes de expressar as suas necessidades, pelo que se sentem felizes.

O médico de família acompanha a relação afectiva entre os elementos da família, o exercício da autoridade sem autoritarismo, a capacidade de diálogo aberta com limites de acção definidos.

Estimula autonomia e apoia a criatividade de pais e filhos, e tem particular atenção à *relação fraternal*, em afecto, competição e rivalidade.

## Famílias instáveis

### 2. *Família rígida*

Há dificuldade em compreender, assumir e acompanhar o desenvolvimento saudável dos filho/as.

As crianças podem ser submetidos a disciplina exagerada pelos pais, que não “admitem” o seu crescimento físico e psíquico e não os acompanham nos processos fisiológicos e de maturação próprios de cada fase.<sup>29</sup>

Quando chegam à idade adulta jovem, estão impreparados, e têm uma liberdade de escolha diminuída, sobreposta pela vontade dos pais.

O médico de família induz a compreensão das várias fases do desenvolvimento normal e a avaliação parental da autocracia.

Explicita os reflexos da orientação ditatorial em sobrecarga de tomada de consciência, rebelião, e actos e comportamentos desestruturados.

### *3. Família super-protectora*

Há preocupação excessiva em proteger os filhos/as, sendo os pais super-controladores, não permitindo o desenvolvimento e autonomia dos filhos/as, criando-lhes uma redoma.

Os filhos não aprendem a “ganhar a vida”, são contagiados pelos medos dos pais e sentem necessidade de se defender de forma exagerada e apresentam desculpas para tudo.<sup>29</sup>

Os pais atrasam o amadurecimento dos filhos/as, tornando-os extremamente dependentes das suas decisões não partilhadas.

O médico de família aponta os riscos do contro-leirismo em situações adversas e incapacidade de reacção, a evidência de resultados contraditórios aos objectivos traçados, e propõe a regulação do afecto.

#### *4. Família permissiva*

Os pais não são capazes de disciplinar os filhos.

Procuram racionalizar os seus comportamentos, evitando o autoritarismo, acabando por permitir-lhes fazer o que querem, por demissão parental e/ou egocentrismo em relação ao núcleo familiar.

Nestas famílias, os pais não funcionam como pais, nem os filhos funcionam como tal e, com frequência, observamos crescente controlo dos filhos sobre os pais em atitude, podendo atingir a violência verbal ou física.<sup>29</sup>

Em casos extremos, os pais perdem toda a autoridade, com medo das reacções dos filhos.

Os filhos transportam o seu poder para o círculo de amigos e social, deslocando objectivos, podendo exercer liderança negativista ou tornar-se irascíveis.

O médico de família utiliza a aliança terapêutica com os pais, baliza regras e fronteiras da função parental e atitude filial, discrimina risco em saúde.

## *5. Família centrada nos filhos*

Nestas famílias, os pais não sabem enfrentar os seus próprios conflitos conjugais que desvalorizam sem avaliação e ajustamento.

Desta forma, em vez de procurar resolver os problemas, centram a atenção em temas e gestos relacionados com os filhos, o que pode tornar-se o seu único assunto de conversa e interesse.<sup>29</sup>

Estes pais procuram insistentemente a companhia dos filhos, alternativa essencial para a sua satisfação, e motivo de vida.

Podem definir-se como pais que vivem para e pelos seus filhos.

O médico de família diferencia a relação conjugal e a parental, centra e dinamiza os recursos próprios dos cônjuges (inexplorados?), centra a responsabilidade filial.

## *6. Família centrada nos pais*

Neste tipo de família, as prioridades dos pais focalizam-se nos projectos pessoais individuais, sejam eles profissionais e/ou lúdicos.

Em consequência, o tempo partilhado com os filhos é escasso, assim como a transmissão de valores e afecto é subvalorizada.

Trata-se de uma relação baseada no acto material, refúgio para suplantar a carência afectiva por parte dos progenitores para com os seus filhos, seja este facto condicionado por indisponibilidade e/ou interesse específico.

O médico de família analisa comportamentos de egoísmo versus solidariedade, promove a responsabilidade parental, e centraliza o afecto como essencial para (re)equilíbrio.

### *7. Família sem objectivos*

A família como sistema e relação não alcança a união.

Os pais estão confusos em relação ao mundo que querem mostrar aos seus filhos, por falta de objectivos e metas comuns.

As relações familiares são dificultadas por esta instabilidade, e os filhos crescem inseguros, desconfiados e temerosos, com grande dificuldade para dar e receber afectos.

Podem tornar-se adultos passivos-dependentes, incapazes de expressar as suas necessidades e motivações, sentindo-se frustrados.

O médico de família avalia as perturbações do afecto, ajuda a traçar metas e execução, combate desânimo e comportamentos secundários de risco, estimula interesses legítimos mobilizadores.

## Tipos de Família

<b>Estrutura e dinâmica global</b>	<b>Relação conjugal</b>	<b>Relação parental</b>
Díade nuclear Grávida Nuclear Alargada Prole extensa Reconstruída Homossexual Monoparental Dança a dois Unitária Co-habitação Comunitária Hospedeira Adoptiva Consanguínea Com dependente Com fantasma Acordeão Flutuante Descontrolada Múltipla	Tradicional Moderna Fortaleza Companheirismo Paralela Associação	Equilibrada Rígida Super-protectora Permissiva Centrada nos pais Centrada nos filhos Sem objectivos

**Tabela 1 – Quadro resumo dos Tipos de Família**

(Página deixada propositadamente em branco)

#### 4. CONCLUSÕES

Há novos tipos de família, havendo necessidade de analisar a estrutura, a relação conjugal, e a relação parental, articulando-as na definição, funções, limitações e potencialidades.

As novas definições/caracterizações introduzem novos factos e papéis *individualizados* e do *todo familiar*, criadoras de sinergias mas também factores de possível disfunção.

O desejo de afirmação, o individualismo, a competitividade, a oportunidade, a par da sensibilidade, consciência, alegria de viver, ser útil, ser feliz, são elementos, quais pratos da balança, que se posicionam, em globalização ou humanidade.

Não estão classificadas as famílias como “*ideais*”, imunes aos problemas do todo familiar e da sociedade, nem estão caracterizadas famílias como “*defeito*”, incapazes de reagir a estímulos e não se superiorizar nas dificuldades.

A elaboração do plano de cuidados à(s) família(s), adaptado caso a caso, introduz uma *mais-valia* no interesse da classificação e na continuidade de cuidados, demonstrando a insuficiência do plano individual de cuidados aplicado isoladamente.

A família “global”, considerada chave no conceito de cuidados e Desenvolvimento, com interpenetração das várias famílias tipificadas e os reflexos sociais, condiciona a estabilidade familiar e essa função social, em aproveitamento ou disfunção.

O equilíbrio familiar aumenta as sinergias próprias à dimensão humana, ao tecido produtivo e à acção social, enquanto a disfunção e a família desestruturada potenciam o sofrimento da pessoa, o risco profissional, o comportamento insociável e até a criminalidade.

A relação médico/paciente constitui um meio sólido e eficaz para aproveitamento das capacidades da família em crise, interagindo em conhecimento, independência e conciliação, bonomia e afabilidade.

O médico de família, enquanto médico pessoal e de proximidade, é a pessoa/profissional mais

bem colocado para, quanto à família, classificar quadros, detectar disfunção, gerir conflitos, reabilitar capacidades, orientar problemas, tratar com qualidade de cuidados, promover saúde, prevenir risco e doenças, ser solidário.

(Página deixada propositadamente em branco)

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Rebelo L. Família e cuidados de saúde. *Rev Port Clin Geral* 2007; 23 (3): 295-297.
- 2 Laginha T. Terapia Familiar em Medicina Geral e Familiar. *Rev Port Clin Geral* 2007; 23:331-6.
- 3 Wagner ME, Schubert HJ, Schubert DS. Family Size effects: a review. *J Genet Psychol.* 1985 Mar; 146 (1): 65-78.
- 4 Dominian J. Marital pathology. A review. *Postgrad Med J* 1972 Sep; 48 (563):517-28.
- 5 Marriage matters. *Br Med J* 1979 May 5;1(6172):1164.
- 6 Robles TF, Kiecolt-Glaser JK. The physiology of marriage: pathways to health. *Physiol Behav* 2003 Aug; 79 (3):409-16.
- 7 Meyler D, Stimpson JP, Peek MK. Health concordance within couples: a systematic review. *Soc Sci Med* 2007 Jun; 64 (11):2297-310.
- 8 Randall AK, Bodenmann G. The role of stress on close relationships and marital satisfaction. *Clin Psychol Rev* 2009 Mar; 29 (2):105-15.
- 9 Story LB, Bradbury TN. Understanding marriage and stress: essential questions and challenges. *Clin Psychol Rev* 2004 Jan; 23 (8):1139-62.
- 10 Family Ties Website. Disponível em: URL: <http://www.edu.pe.ca/southernkings/family.htm>

- 11 Newson L, Postmes T, Lea SE, Webley P. Why are modern families small? Toward an evolutionary and cultural explanation for the demographic transition. *Pers Soc Psychol Rev* 2005; 9 (4):360-75.
- 12 Neto MG. A família, hoje. *Acção Med* 2004; 68 (2): 5-6.
- 13 Chaves GM. Conceitos de família. *Bol Inst Clin Geral Zona Norte* 1994; 1 (2): 2-12.
- 14 Tomé J B. Vida, humanidade, família. *Acção Med* 2003; 67 (3): 3-4.
- 15 Ribeiro C. Família, saúde e doença: o que diz a investigação. *Rev Port Clin Geral* 2007; 23 (3): 299-306.
- 16 Subtil C. Tipologia Familiar: Tipo de Família. Disponível em: URL: <http://carlosubtilfamilias.blogspot.com/2008/01/tipologia-familiar.html> [acedido em 18/07/2009].
- 17 Alarcão M. (des) Equilíbrios Familiares. Coimbra: Quarteto; 2000.
- 18 Almeida G. A interacção familiar. *Bol Centro Reg Alcool Porto* 1994; 3 (11): 9-10.
- 19 Condon J. What about dad? Psychosocial and mental health issues for new fathers. *Aust Fam Physician* 2006 Sep;35(9):690-2.
- 20 Dohrenwend A. Fish, isms, medicine, and marriage. *Fam Med* 2006 Feb; 38(2):133-5.
- 21 Correia IM. Famílias monoparentais – Uma família, um caso... *Rev Port Clin Geral* 2002;18:241-9.
- 22 Pitt B. Loss in late life. *Br Med J* 1998 May 9;316(7142):1452-4.
- 23 Aboim S, Wall K. Tipos de Família em Portugal: interacções, valores, contextos. *Análise Social* 2002; 37(163); 475:506.
- 24 Fernández Alonso MC, Herrero Velázquez S, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocron Bentata L, García Campayo J,

- Montón Franco C, Redondo Granado MJ, Tizón García MJ. Violence within couples: role of the family doctor. *Aten Primaria* 2003 Oct 31; 32(7):425-33.
- <sup>25</sup> Wagner ME, Schubert HJ, Schubert DS. Family size effects: a review. *J Genet Psychol* 1985 Mar; 146 (1):65-78.
- <sup>26</sup> Tomé JB. Família e saúde social. *Acção Med* 2008; 72(2): 3-4.
- <sup>27</sup> Serrão D. Família: futuro da humanidade. *Rev Port Bioética* 2008; 18 (4): 9-20.
- <sup>28</sup> Rakel E. *Essential Family Medicine: Fundamentals and Case Studies*. 3<sup>rd</sup> Edition. Elsevier. 2006.
- <sup>29</sup> Tipos de família. Disponível em: URL: <http://www.scribd.com/doc/5368921/Tipos-de-familia> [acedido a 18/07/2009]

(Página deixada propositadamente em branco)

(Página deixada propositadamente em branco)

I  
IMPRESA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA  
COIMBRA UNIVERSITY PRESS  
U

