

## AUTONOMIA DA FAMÍLIA E A RELAÇÃO COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Marja Rany Rigotti Baltor\*  
Juliana Stoppa Menezes Rodrigues\*\*  
Karina Rumi de Moura\*\*\*  
Amanda Aparecida Borges\*\*\*\*  
Giselle Dupas\*\*\*\*\*  
Monika Wernet\*\*\*\*\*

### RESUMO

A criança que vivencia a doença crônica tem o cotidiano modificado por demandas terapêuticas derivadas da doença, o que exige contato com diferentes profissionais da saúde. Este estudo buscou compreender como a autonomia dessa família é afetada pelas relações com profissionais de saúde. O interacionismo simbólico e a análise de conteúdo na modalidade temática foram, respectivamente, os referenciais teórico e metodológico adotados. Vinte familiares foram ouvidos por meio de entrevistas semiestruturadas coletivas. Identificou-se que o processo relacional, a depender da atitude do profissional para com a família, é um ponto essencial para ela sentir-se ou não autônoma. As unidades temáticas “As interações da família e profissionais de saúde são limitadoras da cidadania” e “As interações da família com os profissionais de saúde são promotoras da autonomia” descrevem o processo relacional e seu impacto na família. Denota-se a necessidade de sensibilizar os profissionais de saúde para a família e para a relevância de sua inserção como parceira no cuidado.

**Palavras-chave:** Família. Doença Crônica. Relações Entre o Profissional e a Família.

### INTRODUÇÃO

A autonomia da família no âmbito da saúde, um assunto recente, implica em reconhecer a família como unidade de cuidado e a ser cuidada. Isto exige que o enfermeiro reconheça suas necessidades, disponibilize e compartilhe informações, a fim de estabelecer uma participação construtiva no desempenho de seu papel.

Especificamente no processo de conviver com a criança com doença crônica é fundamental que a família manifeste suas potencialidades e consiga assumir o protagonismo da sua história. Ainda nesse sentido, a autonomia permite que vínculos sejam criados entre a família e os profissionais de saúde, de modo a ambos compartilharem a responsabilidade pelo cuidado, conferindo a este maior resolutividade e integralidade.

Quando a criança, em seu processo de crescimento e desenvolvimento, é acometida por uma doença crônica, passa a ter seu cotidiano modificado, muitas vezes devido às limitações físicas advindas dos sinais e sintomas da doença. A necessidade constante de hospitalização e terapêuticas gera um contato constante com os profissionais da saúde<sup>(1)</sup>. Neste contexto, a assistência integral exige dos profissionais dar voz à família, garantir sua participação e contribuição no estabelecimento do cuidado à criança, inclusive de forma decisória.

Nesta conjuntura, busca-se compreender e respeitar sua expressão autônoma, de modo a potencializar as capacidades individuais e coletivas<sup>(2-3)</sup>.

O reconhecimento e o respeito às particularidades atrelam-se inevitavelmente à ética do cuidado, representada pelos princípios morais que regem o comportamento, os valores e vivências do profissional de saúde<sup>(4)</sup>. O olhar do cuidado com a lente da ética fundamenta-se nos

\* Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR). E-mail: marjabaltor@gmail.com

\*\* Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSCAR. E-mail: julianasmrodrigues@bol.com.br

\*\*\* Enfermeira. Mestranda em enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSCAR. E-mail: kr\_moura@yahoo.com.br

\*\*\*\* Enfermeira. Mestranda em enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSCAR. E-mail: amandaa\_borges@hotmail.com

\*\*\*\*\* Enfermeira. Professor Doutor do Departamento de Enfermagem da UFSCAR. E-mail: gdupas@ufscar.br

\*\*\*\*\* Enfermeira. Professor Doutor do Departamento de Enfermagem da UFSCAR. E-mail: mwernet@ufscar.br

direitos dos profissionais e em suas responsabilidades e compromissos quanto à humanização e à cidadania. Esse olhar reescreve a relevância do foco na unidade familiar e nas relações profissionais.

Diante do exposto, o presente estudo buscou compreender como a autonomia da família com criança portadora de doença crônica é afetada nas relações com os profissionais da saúde.

## METODOLOGIA

Dada a necessidade de compreender o impacto da relação com os profissionais da saúde sobre a autonomia das famílias de crianças com doença crônica, o Interacionismo Simbólico (IS) despontou como referencial teórico condizente. O IS concebe o ser humano como ativo na sua vivência, sob a influência das definições geradas no presente dessa vivência. As definições são estabelecidas, mantidas ou transformadas na interação social, tanto consigo mesmo quanto com o outro. Ou seja, cria-se significados e age a partir delas, mas sob a influência dos processos significativos do passado e futuro<sup>(5)</sup>.

O referencial metodológico adotado foi a Análise de Conteúdo Temática<sup>(6)</sup>, que busca o entendimento dos significados implícitos nas mensagens. A análise do material é desenvolvida a partir de três etapas: pré-análise (leitura flutuante e formulação de hipóteses); exploração do material (codificação e classificação em categorias) e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (processo de reflexão). Com ela buscam-se temas que permitam a descrição do fenômeno explorado<sup>(6)</sup>.

Para a coleta dos dados adotou-se a entrevista semiestruturada coletiva, estratégia que permite a captação direta da natureza de informações pela vantagem da configuração grupal, na qual o espaço é promotor de diálogo<sup>(6)</sup>. A entrevista foi mediada pela pergunta “Como vocês percebem a relação com os profissionais de saúde com base na experiência junto à suas crianças?” e densificada com o uso de questões exploradoras de crenças e facilidades e de dificuldades eventualmente enfrentadas. Assim, a relação com os profissionais e a questão da autonomia foram exploradas no decorrer da entrevista.

As entrevistas ocorreram em um ambulatório pediátrico vinculado a uma universidade federal o qual assiste crianças com doenças crônicas. Os familiares presentes na sala de espera dessa unidade foram convidados a participar da pesquisa e foram-lhes explicados os propósitos do estudo e os procedimentos que seriam adotados. Para os que aceitaram o convite foi previamente marcada uma entrevista, a qual se iniciava com a exposição do estudo e a leitura conjunta do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Confirmado o aceite, era-lhes apresentada a pergunta orientadora da entrevista.

Nos meses de outubro e novembro de 2010 foram desenvolvidas cinco entrevistas coletivas as quais foram gravadas e transcritas em sua íntegra para serem analisadas segundo o método adotado. Os encontros tiveram uma duração média de 45 minutos e contaram com a participação de vinte familiares de pacientes, a saber: treze mães, três avós, dois pais, um avô e uma tia. Os trechos de falas estão identificados a partir das letras “M” para mães, “A” para avós, “P” para pais, “T” para tia e “O” para avô, seguidas do número que representava a ordem em que eles contribuíram para o estudo. Neste sentido, a segunda avó está identificada como “A2”, e assim por diante.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos mediante o Parecer 164/2010, e foram observadas todas as normas estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

As necessidades de saúde da criança que convive com doença crônica impõem à família frequentes interações com diferentes profissionais. Nestas relações, a depender da postura profissional de acolhimento, interesse e escuta, a família experimenta ou não sua cidadania. Sente-se cidadã quando suas demandas trazidas para a relação com o profissional são respeitadas, ouvidas e, na medida do possível, atendidas. Vivenciar isso amplia sua luta pela cidadania e estimula-lhe o exercício da autonomia. Em contraponto, quando as relações são pautadas na presunção do

profissional de ser ele o detentor do saber e do poder, as necessidades e os direitos da família não são percebidos e atendidos, e isso repercute no sentimento de não ser cidadã. As unidades temáticas “As interações da família e profissionais de saúde são limitadoras da cidadania” e “As interações da família com os profissionais de saúde são promotoras da autonomia”, a seguir descritas, exploram, à luz da cidadania, os elementos integrantes da relação entre o profissional e a família que convive com a doença crônica da criança.

### **As interações da família com o profissionais de saúde são limitadoras da cidadania**

A família, ao longo de sua trajetória, encontra profissionais que estabelecem com ela uma relação vertical, pautada no poder e na presunção de serem eles os detentores do saber. Nessas relações, os profissionais sinalizam e impõem comportamentos para a família, com informações descontextualizadas de sua realidade. Na concepção da família, mostram-se desinteressados e não desejosos de proximidade com a particularidade de sua situação. Relações desta natureza, superficiais, centradas na queixa e em intervenções genéricas e descontextualizadas já foram apontadas em outros estudos<sup>(7-9)</sup>. Nestas relações, a família sofre, vivencia angústias e sente-se impulsionada a buscar outras relações de cuidado, como apontam estudos neste sentido<sup>(10,11)</sup>.

Esta unidade temática organizou-se a partir de dois subtemas: “Sentindo-se descuidada” e “Tendo esperança de ser acolhida”.

### **Sentindo-se descuidada**

A sensação de não ser devidamente cuidada advém do fato de que a família, ao longo da convivência com a doença da criança e com os processos diagnósticos e terapêuticos associados a ela, busca a construção conjunta da compreensão e das potencialidades para a vida da criança. Quer compreender as necessidades, potencialidades e limitações existentes mediante o compartilhamento, com os profissionais que a assistem, de suas percepções e anseios.

Raramente se encontram profissionais disponíveis para tanto, prevalecendo atitudes profissionais centradas na patologia da criança. Em geral o profissional não tem interesse pela

família e suas manifestações, a não ser quanto aos dados relativos à doença, e ainda assim, só há escuta para aquelas informações que parecem ter congruência como raciocínio por eles desenvolvido. Parece existir uma “surdez” para observações que não se coadunem com sua linha de raciocínio. Nestas relações, as famílias expressam sentir um menosprezo por parte deles quanto ao que é trazido por elas.

Na trajetória das famílias que convivem com doença crônica de uma criança, há momentos de crises e incertezas<sup>(1)</sup>, e, diante de suas dúvidas e questionamentos, muitos profissionais agem de maneira superficial e biomédica<sup>(10)</sup>, ou seja, denotam desinteresse pelas particularidades da experiência da família, sem explorar dados relevantes por ela manifestos que por vezes constituem suas reais necessidades<sup>(8)</sup>.

Evidencia-se o descrédito dos profissionais nas famílias e em suas potencialidades, o que tende a repercutir na divergência do foco de interesse e preocupação entre a família e o profissional, com contribuições para interações desconexas e ações profissionais destoantes. Tal relação determina na família o sentimento de ter sido descuidada, ignorada, desvalorizada e desrespeitada, e a família identifica neste processo atitudes que contribuem para a ocorrência de desdobramentos ruins para a criança.

Ele (criança) estava com pressão alta, aí eu falei para o médico e ele falou: “criança com pressão alta?!”, e ele nem mediu a pressão, não acreditou no que eu disse! E meu filho ainda era saudável! Dois meses depois ele teve AVC. Então foi falta do médico me escutar. (M, GF2)

Quando minha esposa ia explicar o que estava acontecendo, eles (profissionais da saúde) falavam que era coisa da cabeça dela, que o menino não tinha nada, que era normal. (P, GF5)

A interação com estes profissionais gera inseguranças em relação aos seus reais investimentos na situação de sua criança, e a família passa a questionar os seus esforços na terapêutica. Ela sente-se insegura em relação à conduta do profissional e, com isto, pondera e, na maioria das vezes, busca outros profissionais para tentar suprir suas necessidades e obter uma relação diferenciada em termos de investimento na sua situação. Esta busca por outros profissionais é comum nas trajetórias de famílias

que convivem com a criança com doença crônica<sup>(12)</sup>.

Outra situação que contribui para a sensação de ser objeto de descuido são os comentários desqualificadores de alguns profissionais e serviços a respeito de suas ações de cuidado. Isto ocorre principalmente quando a família compartilha com o profissional sua busca por recursos complementares à assistência ofertada por ele. É usual o profissional colocar em dúvida a qualidade do serviço e a real necessidade deste no processo terapêutico da criança, como que afirmando ser ele o único que pode dar os direcionamentos terapêuticos. Desqualificar outros recursos na trajetória de cuidado das famílias já foi descrito em outros estudos que focalizaram a experiência de cuidado familiar<sup>(12,13)</sup>. Este contexto cria na família dúvidas sobre o quê e em quem acreditar, fato que contribui para suas incertezas sobre como buscar e garantir o melhor cuidado à criança. A vinculação entre ela e os profissionais - tanto aquele que teceu o comentário quanto o que foi alvo dele - é abalada e gera inseguranças e sofrimentos.

Uma vez eu levei meu filho no médico e pedi uma guia para ele tratar na (ambulatorio de fisioterapia da Universidade). Ele (médico) falou: - Mãe, a fisioterapia de lá não é melhor do que a que você faz em casa. Mas eu não sou fisioterapeuta. E se eu vou mexer na mãozinha e quebro o braço? Não é melhor levar na fisioterapeuta? (M, GF2)

Eu fui ao médico pra ver a órtese e ele disse: - Mas pra que precisa de órtese?. Ele que é o ortopedista deveria saber mais, que trabalha nessa área. [...] Ele falou: - É que eu não gosto que eles (fisioterapeutas) querem colocar órtese pra criança andar. (P, GF4)

### **Tendo esperança de ser acolhida**

Experienciar o contexto acima descrito impulsiona a família para a busca do suprimento de suas necessidades a fim de garantir a qualidade e resolutividade por ela procurada para a situação da criança. Esta mobilização é potencializada pela percepção familiar de que, se depender do apoio profissional para buscar parcerias, encaminhamentos e soluções para sua situação, ela irá permanecer nessa situação *ad aeternum*. Isto a angustia e traz-lhe sofrimento, levando-a a buscar solitariamente por soluções

para suas necessidades. Tal aspecto é congruente com estudos já desenvolvidos<sup>(8,12)</sup>.

Este movimento é baseado na tentativa e erro, potencializando os sentimentos acima descritos. Refletir sobre sua tentativa de buscar novos recursos permite à família conceber que, caso permanecesse submissa ao profissional, não experimentaria o prazer de sentir-se potente para alcançar os objetivos por ela visados. A família persevera na busca por um profissional que tenha atitudes diferenciadas. Almeja encontrar um profissional que a acolha enquanto unidade de cuidado, e nesta busca, ao se deparar com um profissional detentor de alguma evidência atitudinal mais acolhedora, investe na relação. A esperança de encontrar profissionais acolhedores é fato buscado por famílias de crianças com doenças crônicas<sup>(12,14)</sup>.

Nesta trajetória de busca, o destrato experimentado no sistema público faz com que a família pondere sobre a possibilidade de buscar um profissional que demonstre maior interesse e comprometimento com a situação de sua criança e da própria família. Assim, esforça-se para conseguir pagar uma consulta particular.

Conseguir uma vaga para atender ele de graça é difícil! Até consegue, mas demora muito. Eu consegui uma para o ano que vem! Enquanto isso meu filho está sem o tratamento no pé que ele precisa, até atenderem ele, vai entortar todo! Se eu tivesse dinheiro poderia ser diferente, eu poderia pagar para resolverem meu problema. (M, GF2)

### **As interações da família e profissionais de saúde são promotoras da autonomia**

Nestas interações o profissional reconhece a família enquanto unidade de cuidado, estabelece parceria com ela e se disponibiliza como apoio, principalmente por meio da oferta de informações e de uma escuta interessada. Estes elementos são apontados como promotores de uma relação próxima e de cuidado<sup>(8,12,15)</sup>. A família encontra nestes profissionais alguém mais próximo, que consegue perceber melhor suas necessidades e dar-lhes respostas, o que contribui e propulsiona o desenvolvimento de sua autonomia e vai ao encontro do achado de recente estudo<sup>(13)</sup>. Este tema está desenvolvido a partir dos subtemas “disponibilidade do profissional” e “inclusão no cuidado”.

### Disponibilidade do profissional

O interesse demonstrado pelo profissional na situação exposta pela família abaixo é continuamente avaliado nas interações que com ela estabelece. Ele mostra simpatia, abertura para a interação e vínculo com profissionais que manifestam escuta atenta, crença nas suas possibilidades, partilha de informações e reconhecimento de suas tentativas de prover ao bem da criança. A atitude de disponibilidade do profissional denota seu interesse pela relação e pelo cuidado<sup>(8,15)</sup>.

A manifestação de elogios reforça ainda mais a abertura da família para uma interação próxima e confiante. Concebem estes profissionais como disponíveis e efetivos, fazendo o esforço necessário para manterem a relação de cuidado com estes.

É um médico completo. Ele é simpático, levanta e cumprimenta. A gente tem que ser bem tratada. Tem médico que a gente chega e ele nem olha na gente. O M1 é um médico bom, eu não tenho o que falar dele. Ele ajudou minha família quando eu precisei dele, então ele é bom. Além de atencioso, ele sempre acerta, nunca erra. (M, GF2)

Os profissionais de lá são do bom e do melhor. São atenciosos e simpáticos. Me escutam. Faziam perguntas para tentar entender melhor o que eu estava falando. E sempre que eu precisei todos estavam dispostos a ajudar. (V, GF3)

### Inclusão no cuidado

Na interação com os profissionais as famílias recebem uma assistência que valoriza e considera o contexto, as possibilidades e os anseios familiares. Esses profissionais movimentam-se no sentido de identificar a rede de apoio familiar e incluir a família nos processos decisórios. Este movimento está descrito em outros estudos, bem como os desdobramentos positivos desta relação para o enfrentamento familiar<sup>(1,8,10,12)</sup>.

Nestas interações a família sente-se próxima das decisões terapêuticas, esclarecida, segura e copartícipe do cuidado, aspecto já salientado como relevante<sup>(15)</sup>. Tal processo traz satisfação o familiar, por valorizar sua autonomia e reconhecê-lo enquanto sujeito de direitos, o que potencializa suas estratégias de enfrentamento e o sentimento de cidadania.

Atualmente eu trato meu filho em um médico que vê todo o histórico dele e me explica os exames e

os remédios que ele vai tomar. Desse jeito eu me sinto participando do tratamento. (M, GF1)

Esse médico não se preocupa só com a doença do meu filho, ele quer saber como vai a família. Ele pergunta de todo mundo, inclusive da minha saúde. Também me explica as coisas, o porquê ele tá passando os remédios. Então para mim ele é ótimo! (Azul GF2)

No âmbito da saúde, as relações estabelecidas com os profissionais é o elemento que promove a autonomia e a cidadania do familiar<sup>(13)</sup>. Este processo efetivo é vivenciado nas interações e na postura profissional de escuta atenta e busca de resolutividade das demandas apresentadas, informando e inserindo a família na rede de cuidado. Quando é tratada como parceira, a família se sente acolhida e consegue potencializar o cuidado ofertado a criança. Quando não possui este olhar e considera a família apenas como fonte e receptáculo de informações<sup>(16)</sup>, o profissional estabelece uma relação que não contempla as demandas da família, uma vez que não reconhece sua singularidade e capacidades.

O cuidado ofertado não garante a cidadania e a família acaba por realizar um movimento em busca de seus direitos, em um processo angustiante e solitário. Na formação dos profissionais da saúde, faz-se necessário instrumentar teoricamente os profissionais de modo a compreenderem a família como unidade e parceira no cuidado; contudo, só estes saberes não são suficientes para se conseguir cuidar da família, mas é na interação e nas vivências compartilhadas que os profissionais se sensibilizam a olhá-la holisticamente<sup>(12,13)</sup>.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A família da criança com doença crônica interage constantemente com diversos profissionais da saúde. Isto pode ocorrer de forma positiva, quando se observa acolhimento, interesse e resolutividade das necessidades, ou de forma negativa, quando a relação é superficial e não atende às demandas familiares. A cidadania, vista como direito do ser humano de ser sujeito ativo de sua história, pode ser evidenciada no contexto da doença crônica quando as relações estabelecidas com os profissionais promovem a autonomia. Quando

considera a família como unidade de cuidado, o profissional a concebe como parceira, fato que potencializa a assistência à criança. Por isso, é

fundamental a preparação dos profissionais para sensibilizar seu olhar sobre a família.

---

## FAMILY AUTONOMY AND RELATIONSHIP WITH HEALTH PROFESSIONALS

### ABSTRACT

Children suffering from chronic disease have changes in their lives for frequent hospitalization and this fact requires frequent contact with health professionals. Assistance to children health is a right and can be consolidated when recognize and respect their particularities and their families, based on rights and responsibilities of professionals, with humanization and citizenship. The present study aims at understanding how autonomy of the family of the child with chronic disease is guaranteed in relation to health professionals. This study was based on Symbolic Interactionism as a theoretical framework and Bardin's Content Analysis as a methodological framework. The relational process between family and professionals can be positive or negative, so this process is structured in two thematic units: "Interactions of limiting citizenship", organized in subtopics 'careless', 'devaluation' and 'hope to be accepted', and "Promoting the interactions citizenship", developed from subthemes 'availability of professional' and 'inclusion in care'. It's necessary to sensitize health professionals to look holistically at the family and insert it as a partner in care.

**Keywords:** Family. Chronic Disease. Professional-Family Relations.

---

## AUTONOMÍA DE LA FAMILIA Y LA RELACIÓN CON LOS PROFESIONALES DE SALUD

### RESUMEN

El niño que vive la enfermedad crónica tiene el cotidiano cambiado por demandas terapéuticas derivadas de la enfermedad, lo que exige contacto con diferentes profesionales de la salud. Este estudio buscó comprender cómo la autonomía de esta familia es afectada por las relaciones con los profesionales de salud. El Interaccionismo Simbólico y el Análisis de Contenido en la modalidad Temática fueron, respectivamente, los referenciales teóricos y metodológicos adoptados. Veinte familiares fueron oídos por medio de entrevistas semiestructuradas colectivas. Se identificó que el proceso relacional, dependiendo de la actitud del profesional con la familia, es un punto esencial para que ella se sienta o no autónoma. Las unidades temáticas "Las interacciones de la familia y profesionales de salud son limitadoras de la ciudadanía" y "Las interacciones de la familia con los profesionales de salud son promotoras de la autonomía" describen el proceso relacional y su impacto en la familia. Se observa la necesidad de sensibilizar a los profesionales de salud para la familia y para la relevancia de su inserción como socios en el cuidado.

**Palabras clave:** Familia. Enfermedad Crónica. Relaciones Entre El Profesional y La Familia.

---

## REFERÊNCIAS

1. Vieira MA, Lima RAG. Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. Rev. latino-am. enfermagem. 2002 jul; 10(4):552-560.
2. Alves RF, Eulálio MC, Brito SMO. Representações sociais: via de acesso ao pensamento social sobre a saúde-doença. In: Fernandes A, Carvalho MR, Sobrinho MD (ed.) Representações sociais e saúde: construindo novos diálogos. Campina Grande: EDUEP; 2004. p.190-210.
3. Backes DS, Erdmann AL. Formação do enfermeiro pelo olhar do empreendedorismo social. Rev. gauch. enferm. 2009; 30(2):242-248.
4. Lucas AJ, Lúcio LP, Sá AC. O entendimento dos conselheiros do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo sobre a aplicação dos princípios da Bioética na análise dos processos éticos. Rev. inst. cienc. saude. 2009; 27(4):318-323.
5. Blumer H. Symbolic interactionism: perspective and method. Berkeley: University of California; 1969.
6. Bardin L. Análise de conteúdo. 3a ed. Lisboa: Edições 70; 2000.
7. Alves VS. A health education model for the Family Health Program: towards comprehensive health care and model reorientation, Interface-Comunic, Saúde, Educ. 2005; 9(16):39-52.
8. Almeida MI et al. Being mother of child with chronic disease: accomplishing complex cares. Esc Anna Nery R Enferm. 2006; 10(1):36-46.
9. Tavares GR, Mota JA, Magro C. Visão sistêmica da prematuridade: as interações entre família e equipe de saúde diante do recém-nascido pré-termo em UTI neonatal. Rev Paul Pediatría. 2006; 24(1):27-34.
10. Alves VS, Nunes MO. Health education in connection with medical attention to hypertensive patients in the family health program. Interface - Comunic.Saúde, Educ. 2006; 10(10):131-147.
11. Camargo C, Japur M. Promoting and recovering health: meanings produced in community groups within the Family Healthcare Program context. Interface - Comunic., Saúde, Educ. 2005; 9(18):507-519.
12. Bazon FVM, Campanelli EA, Blascovi SM. A importância da humanização profissional no diagnóstico das deficiências. Psicol teor prat. 2004; 6(2):89-99.

13. Barros MEB, Gomes RS. Humanização do cuidado em saúde: de tecnicismos a uma ética do cuidado. *Fractal: Revista de Psicologia*. 2011; 23(3):641-658.

14. Nunes MDR, Dupas G, Nascimento LC. Atravessando períodos nebulosos: a experiência da família da criança portadora de Síndrome de Down. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2011; 64:227-233.

15. Campos RMC, Ribeiro CA, Silva CV, Saporoli ECL. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. *Rev. esc. enferm. USP*. 2011; 45(3):566-574.

16. Angelo M. Com a família em tempos difíceis: uma perspectiva de enfermagem. [tese de livre-docência]. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 1997.117p.

---

**Endereço para correspondência:** Giselle Dupas. Rod Washigton Luiz Km 235, Monjolinho. CEP: 13565-905. São Carlos, São Paulo.

**Data de recebimento:** 13/10/2011

**Data de aprovação:** 07/03/2012