

---

## **A Família enquanto Contexto de Desenvolvimento Humano: Implicações para a Investigação em Saúde**

Ana Cecília de Souza Bastos\*  
Leny A. Bonfim Trad\*\*

---

**Resumo:** Este artigo aborda a família enquanto contexto de desenvolvimento humano e espaço privilegiado do processo saúde-doença, situando-se conceitualmente numa interseção entre Ciências do Comportamento e Saúde Coletiva. Ao mesmo tempo, assinala algumas implicações de admitir a família como objeto de investigação. A partir do contexto familiar é possível observar uma série de mecanismos (processos) de risco-proteção à saúde. A análise de práticas culturalmente estruturadas de atenção à saúde no ambiente doméstico revela expressões de subjetividade no processo saúde-doença, e, numa perspectiva bidirecional, o modo como as pessoas respondem ao contexto e o modificam.

**Palavras-chave:** Família; Saúde; Desenvolvimento Humano.

**Summary:** This paper examines the family as a context of human development and privileged space of the health-illness process. At the same time, it highlights some implications of assuming the family as an object of investigation. From the family context it is possible to observe a series of mechanisms (processes) of risk-protection to health. The analysis of culturally-structured health-seeking practices in the domestic environment reveals expressions of subjectivity in the health-illness process, and, in a bi-directional perspective, the way people respond to the context and modify it.

**Keywords:** Family; Health; Human Development.

---

\* Professora Adjunta do Departamento de Psicologia e do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Pesquisadora do Programa *Família, Desenvolvimento Humano e Saúde*, ISC/UFBA.

\*\* Docente e Pesquisadora do Instituto de Saúde Coletiva – UFBA (Convênio SESAB), Programa *Família, Desenvolvimento Humano e Saúde*.

## Introdução

Colocar juntos indivíduo e contexto é mais do que focalizar a complexa relação entre ambos: é considerar mecanismos específicos presentes nas relações entre os subsistemas que compõem cada pólo e o *status* conceitual da idéia de contexto: as relações pessoa-contexto seriam um lugar real do desenvolvimento humano, enquanto estrutura aberta e dinamicamente mutável, existindo, ao mesmo tempo, como sugerem Valsiner (1989) e Schaffer (1992), na textura dos objetos e em seus significados 'coletivo-culturais'.

A consideração de processos-em-contexto e o pressuposto de que contextos sociais são, historicamente, criados por pessoas enquanto atores sociais, para além do indivíduo tomado isoladamente, são marcos presentes no engendramento de novos modelos assistenciais no espaço da saúde coletiva, expressando-se em um leque de formulações e envolvendo um rico exercício de conceitualização em torno de termos como ecologia, espaço, território.

As famílias ocupam espaços diferenciados em sua luta pela sobrevivência e pela reprodução da vida. E, ao ocupar estes espaços, estabelecem relações de convivência, conflituosas ou não, trocam experiências, acumulam saberes, habilidades, hábitos e costumes, produzindo e reproduzindo concepções e cultura.

Tem sido objeto de muita discussão o diagnóstico de uma crise profunda na família, à qual são atribuídas, com maior ou menor propriedade, conseqüências sociais de variada extensão e gravidade. Contudo, como assinala Woortmann (1987), é amplamente reconhecido que a família representa o eixo de organização do espaço social imediato dos indivíduos, facilitando seu ajuste às dificuldades da vida.

Sem dúvida, o contexto familiar pode apresentar situações e dinâmicas mais ou menos fragilizantes para a saúde. Por outro lado, uma vez diante do problema de saúde,

a família desenvolve mecanismos próprios de enfrentamento que podem variar de acordo com as crenças culturalmente instaladas, assim como pela oferta e disponibilidade de recursos sócio-sanitários.

Quando se defende uma abordagem centrada na família como o modelo mais apropriado na prestação de serviços de saúde, em especial na atenção primária (Sigel, 1990; Arcus, 1987), torna-se imprescindível priorizar a investigação sistemática da família como um objeto de estudo cujo tratamento conceitual requer uma abordagem necessariamente transdisciplinar.

Na interface saúde-desenvolvimento humano, eixos de investigação podem se dobrar a partir de perguntas sobre de que modo a família, esse sujeito coletivo, enfrenta problemas de saúde e se utiliza dos recursos disponíveis ao nível dos serviços de saúde e da rede de suporte social informal; e sobre a forma como práticas de cuidado à saúde acontecem e são narradas pelas famílias em torno de um foco principal, sua própria reprodução e as estratégias de transmissão de saberes e práticas ligados à saúde na criação de filhos. Tais questões foram tratadas por Bastos (1994) como parte de um conjunto mais geral de preocupações, delineadas dentro da Psicologia do Desenvolvimento como campo de estudo, remetendo à análise da estruturação cultural da família como contexto de desenvolvimento e pressupondo a descrição das práticas culturais que se produzem/constroem no âmbito da vida cotidiana da família. Essas práticas, por sua vez, se orientam e estruturam, de forma significativa, por valores culturais que conferem à experiência singular do sujeito em desenvolvimento a condição de membro de uma comunidade, interagindo, em diferentes planos e de uma maneira total, com a experiência coletiva dessa comunidade. Ao especificar práticas de cuidado à saúde como eixo da análise, convergimos na mesma direção que Saraceno (1989), quando defende que:

*“é crucial ver a família como um sujeito coletivo, com seus processos internos de mediação e diferenciação e seu potencial assimétrico para poder e acesso a recursos. Os recursos disponíveis determinam se uma estratégia é possível, na medida em que eles fornecem ou permitem comportamentos alternativos. Recursos não são apenas aqueles corporificados nos assim chamados recursos materiais, isto é, renda, serviços, bens de consumo, redes de relações. São, por natureza, também culturais e simbólicos”* (p. 33).

É crucial, portanto, levar em consideração o intercâmbio complexo entre contextos, especialmente em sua dimensão social, e ações individuais, na medida em que esse intercâmbio configura a possibilidade e a direção dessas práticas.

### **1. A Interdependência entre Desenvolvimento de Contextos e de Indivíduos**

Uma visão contextual do desenvolvimento caracteriza-se, segundo Valsiner (1994), por: (a) uma evolução de modelos descritivos para modelos mais explanatórios de contexto, enfatizando *eventos* relevantes para o desenvolvimento em diferentes pontos do tempo, e *processos* potencialmente envolvidos em transmissões contexto-indivíduo e indivíduo-contexto; (b) uma crescente “agentização” do contexto social e material, constatando-se que contextos consistem amplamente de outros indivíduos, que têm perspectivas diferenciadas: é necessário *“reconhecer a estrutura psicológica dos ambientes, suas disponibilidades para ações individuais, e os mecanismos pelos quais influenciam o desenvolvimento psicológico”* (p. 6); (c) um acentuado interesse na modelação recíproca entre indivíduos e ambientes, enfatizando a ação dos indivíduos sobre contextos (processos de seleção, iniciação, esquiva, interação, percepção seletiva e interpretação).

No estudo do desenvolvimento humano, a análise de transições da *pessoa-em-contexto* ao longo do curso de vida envolve mudanças progressivas ou regressivas, que se seguem a alterações previstas ou a disrupções críticas (inclusive eventos no processo saúde-doença) em quaisquer partes do sistema (pessoa, ambiente) e em quaisquer níveis de integração (biológico, psicológico, sociocultural). A compreensão do funcionamento complexo dos indivíduos, em sua vida cotidiana, em todos os níveis de integração, exige a construção de unidades de análise capazes de dar conta das relações entre pessoa e contexto, ambos em contínua transformação.

No que se refere ao binômio família e saúde, são relevantes algumas conseqüências potenciais desse empreendimento: (a) deslocar-se em direção a solidificar uma relação sinérgica entre desenvolvimento infantil e adulto; (b) explorar áreas de estudo ainda a descoberto que podem, em última análise, contribuir para uma teoria mais geral e integrada do desenvolvimento humano; (c) sugerir aplicações práticas que otimizem desenvolvimento e saúde no contexto da vida cotidiana das famílias.

Essas transições não acontecem em separado da vida cotidiana. Assumimos, como Valsiner (1994),

*“que a vida de cada dia comporta constantemente estes momentos de delimitação de todos os processos possíveis aos culturalmente desejáveis ou controláveis. Daí que o fluxo da vida cotidiana seja uma modulação constante de limites dentro da textura de ação permitida pelo contexto e das possibilidades de construção de significado”* (p. 5).

Enfim, abordar a família implica examinar o indivíduo concretamente constituído, concebendo a individualidade como um processo, construída socialmente a partir de um contexto caracteristicamente heterogêneo; ou, como propõe Valsiner (1989), a partir da

necessidade de reconhecer a existência de “processos de coordenação de diferentes subjetividades pessoalmente construídas” (p. 137). Esse processo, ocorrendo primariamente na família, imprime moldes, selos e estilos ao curso do desenvolvimento humano, qualificando resultados e contribuindo diretamente para a qualidade de vida no grupo familiar.

A questão da interdependência entre mudanças no contexto e mudanças pessoais reaparece quando entram em pauta as relações entre modo de vida e saúde. No âmbito do desenvolvimento humano, a família ocupa lugar privilegiado quando se trata de discutir risco e proteção à saúde, em várias de suas dimensões.

## 2. Risco e Proteção no Contexto

A discussão de fatores e mecanismos de risco e proteção, no curso do desenvolvimento humano, já supera uma compreensão linear de causalidade que torna a proteção equivalente a experiências positivas. No campo da Psicopatologia do Desenvolvimento<sup>1</sup>, por exemplo, há indicações, a partir da investigação de determinantes psicossociais, de que a proteção seria construída ao longo da superação bem-sucedida de acontecimentos prévios, e não na esquivada do estresse. A constatação empírica de que o modo mais ativo de enfrentamento individual frente a estressores ambientais pode converter ameaças em desafios representa, sem dúvida, um encorajamento a programas baseados em participação comunitária. Auto-estima e com-

petência social parecem ser importantes variáveis nesta conexão, assim como boas experiências na escola, realizações resultantes de assumir responsabilidades e a presença de um confidente de apoio (Rutter, 1986). Portanto, profissionais de saúde podem e devem integrar a rede de suporte social dos indivíduos.

Nessa perspectiva, o conceito de *suporte social*, derivado das teorias do estresse, é de fácil adaptação ao recorte que está sendo construído aqui, enfatizando a interdependência de indivíduos-contextos e transdisciplinaridade. Costa & López (1986) especificam, por seu potencial de minimizar os efeitos do estresse na saúde, os subsistemas de apoio instrumental (aconselhamento), de apoio ativo (maternagem) e de apoio material (bens e serviços).

Torna-se ainda necessário um deslocamento da perspectiva da doença para a saúde, exigindo uma priorização crescente à investigação de padrões de vulnerabilidade e resistência frente a situações que configuram adversidade: pobreza, *status* minoritário, violência, conflitos intrafamiliares e sociais (Sameroff & Seifer, 1983; Rutter, 1986; Luthar & Zigler, 1991), e a eleição de situações, grupos e momentos de risco no curso de vida das famílias (Cowan, 1991; Elder Jr., 1991). O impacto potencial desse deslocamento cresce em relevância quando está implicada, por exemplo, a defesa ativa do bem-estar infantil, prioridade zero em qualquer esforço de prevenção.

Essa compreensão, rapidamente delineada aqui, exige estudos amplos o suficiente para ultrapassar uma mera enumeração de indicadores de risco presentes no contexto de desenvolvimento humano, incluindo a identificação e descrição de processos e mecanismos configuradores de risco e proteção (Coyne & Downey, 1991), tal como engendrados dentro de um processo mais amplo de interação social, que é a dimensão mais crucial desse contexto. Assim, recomenda-se

---

<sup>1</sup> A Psicopatologia do Desenvolvimento se constitui como disciplina na confluência da Epidemiologia Psiquiátrica Infantil e da Psicologia do Desenvolvimento. É da Epidemiologia, portanto, que toma emprestado o conceito de risco. Para uma análise aprofundada desse conceito e de sua situação em diferentes campos discursivos, ver Almeida Filho (1992).

a adoção de enfoques interacionistas, capazes de dar conta da interdependência entre mudanças nos contextos e mudanças nos indivíduos e grupos, enfatizando transações indivíduo-contexto e tomando o curso de vida familiar em perspectiva. É necessária uma articulação entre medidas de processos *proximais* (relacionadas a experiências específicas encontradas por uma criança em uma dada classe social) e *distais* (*status* sócio-econômico e outros índices demográficos) no curso do desenvolvimento (Bronfenbrenner & Ceci, 1994). Esse novo modo de focalizar contextos sociais implicam uma demarcação do campo de observação incluindo a “agentização” de que fala Valsiner (1994):

*“contextos sociais estão se tornando reconhecidos como criados por pessoas, com características de personalidade, sistemas de crenças e tendências de comportamento. Isso pode ser visto em micro-sistemas, quando se assume que pessoas em interação servem de contextos umas para as outras, ou em contextos de mais alta complexidade, onde modos de transmissão contexto-indivíduo são assumidos como menos diretos”* (p. 7).

Numa perspectiva sócio-antropológica, a própria concepção de risco se modifica para dar conta de condições específicas de risco que correspondem a épocas e contextos culturais diversos (Trad, 1996). Rejeita-se, desse modo, uma adesão cega ao princípio de homogeneidade na natureza da morbidade, e à sua conseqüência de obscurecer particularidades do fenômeno sob investigação, de que fala Almeida Filho (1992). Abre-se espaço aqui para levar em conta significados socialmente construídos em torno da noção de risco. O risco, assim como a percepção acerca dele, é um fator intrínseco às sociedades humanas; na medida em que partilham essa percepção como os demais, os indivíduos podem enfrentar riscos com um certo nível de equilíbrio (Romaní, 1995). É próprio do

homem atuar para identificar e defender-se dos riscos, sociais ou de outra natureza.

Em outras palavras, para compreender a dinâmica desta relação risco-proteção, na qual os fatores de proteção podem ser definidos enquanto facilitadores do próprio enfrentamento dos riscos socialmente percebidos, é necessário valorizar tanto as experiências pessoais de indivíduos e grupos dos diferentes contextos socioculturais, como compreender as próprias características dos contextos.

Ao pensar a noção de contexto de forma ampliada, estamos retomando o argumento anterior no sentido de que a investigação deve superar a medida convencional de indicadores de risco. Cada contexto se define por um sistema sociocultural que, segundo Romaní (1995), possui dois referentes básicos: uma determinada estrutura sócio-econômica e um código cultural. Bibeau *et al.* (1992), indo mais além, distinguem, ao analisar o fenômeno migratório, três níveis de contexto social: (a) o contexto imediato: a casa, a família, o trabalho; (b) o microcontexto: valores sociais, matrizes lingüísticas; e (c) o macrocontexto: economia, sistema coletivo de normas e valores, políticas culturais, estrutura familiar.

Sem dúvida, essas dimensões do contexto social amplo encontram expressão, direta ou indiretamente, na família. Este se define, assim, enquanto contexto privilegiado para a observação de como atuam as fontes de apoio mais imediatas ao indivíduo que enfrenta problemas de saúde, podendo-se pensar, como Costa & López (1986), em dois níveis de apoio social: formal (profissionais) e informal (familiares, vizinhos, amigos, conselheiros religiosos etc.), claramente implicados na construção cotidiana de itinerários terapêuticos (Kleinmann, 1986). Também no contexto familiar é possível identificar diferentes itinerários terapêuticos, envolvendo a percepção sobre o problema de saúde, a eleição da ajuda, a adesão a uma determinada terapêutica, a avaliação em relação a esta terapêuti-

ca. Nesta perspectiva, a família se configura como unidade, espaço e sujeito da saúde.

### 3. Família e Saúde: Perspectivas de Investigação

A partir da crescente influência de perspectivas desenvolvimentais, de cunho processual, e de perspectivas sócio-antropológicas, uma nova orientação é portanto trazida para a análise de dados no estudo do risco e proteção à saúde, enfatizando a descrição de *mecanismos* de risco e a necessidade de adotar enfoques longitudinais. Também aqui a família se configura enquanto espaço privilegiado de constituição, desenvolvimento, crise e resolução dos problemas da saúde individual.

Assumimos que a investigação da família como contexto de desenvolvimento é condição fundamental para a compreensão da determinação social do processo saúde-doença. Tornam-se necessárias análises quantitativas e qualitativas para identificar e descrever *indicadores* e *mecanismos* (processuais) de risco e de proteção (Rutter, 1986), presentes nos contextos de desenvolvimento humano, e que contribuam para explicar trajetórias evolutivas diferenciadas.

No âmbito da Psicopatologia do Desenvolvimento (campo emergente que traduz esforços de integração entre duas áreas afins, a Epidemiologia Psiquiátrica e a Psicologia do Desenvolvimento), um primeiro conjunto de estudos com ênfase em circunstâncias ligadas à família volta-se para investigar efeitos da experiência precoce na família sobre ajustamento e competência em períodos posteriores da vida. A ênfase no conceito de competência afasta-se também de um foco exclusivo em sintomas, transtornos, déficits, risco e vulnerabilidade para imprimir pelo menos atenção equivalente a conceitos como eficácia, resistência e fatores de proteção, e ao problema de continuidade ou mudança

em padrões de competência (Masten *et al.*, 1995).

A perspectiva do curso de vida (Elder Jr., 1991; Cowan, 1991) retoma, numa outra direção, a preocupação com momentos de maior fragilidade no curso do desenvolvimento; são idéias subjacentes à detecção de grupos de risco, como, por exemplo, a criança. O envolvimento precoce da criança em situações complexas e emocionalmente excessivas é promovido, na família, a partir de eventos que, ao longo do curso de vida, representem interrupção e desafio (Bastos, 1994). Este tipo de prática pode ter impacto importante para a avaliação de resultados evolutivos, na dimensão vulnerabilidade-resistência.

Sem dúvida, a busca da dimensão processual inerente aos fenômenos no âmbito da saúde e do desenvolvimento humano requer a adoção de múltiplas perspectivas metodológicas. Nessa direção, estratégias contextualmente sensíveis, supondo análises qualitativas, ocupariam lugar privilegiado, de forma a atender à necessidade de delinear conceitualmente a estrutura qualitativa de processos ainda pouco compreendidos.

A eleição da interdependência entre mudanças nos contextos e mudanças nos indivíduos e grupos exige a construção de unidades de análise adequadas, baseadas na descrição, em um nível supra-individual, de práticas culturalmente constituídas (Bastos, 1994). É a ênfase em padrões continuamente mutáveis que distingue o contextualismo de outras teorias do mundo; suas categorias fundamentais são justamente mudança e novidade (Mueller & Cooper, 1986; Lerner, 1991; McGuire, 1983). Requer-se a superação do pensamento em termos de "X sobre Y", e a ênfase em noções como *co-construção*, *co-constituição*, *desenvolvimento-em-contexto*, ao focalizar práticas, sistemas de atividade, representações sociais, em situações da vida cotidiana (Goodnow, 1993). É importante deixar claro que essa tendência se apresenta

mais como um conjunto de idéias reguladoras capazes de imprimir modificações à investigação na área, do que como alternativa já suficientemente construída.

Na interface entre desenvolvimento humano e saúde, as investigações, em nível microsocial, que apresentem essa característica processual e a desejada sensibilidade ao contexto, são ainda incipientes. A presente reflexão se desenvolve, em parte, apoiada sobre a análise de um *corpus* de dados obtidos por Bastos (1994), mediante entrevistas semi-estruturadas e observações de campo realizadas durante um ano junto a famílias de um bairro popular, tomadas como casos. Uma primeira discussão desse material revelou a qualidade desse contexto de desenvolvimento, considerando processos e mecanismos de socialização, culturalmente estruturados, através dos quais se promove a inserção social da criança como um membro do grupo familiar. Em um segundo momento, esse material foi retomado com o objetivo específico de analisar padrões de atenção à saúde no contexto doméstico.

Foram investigadas, então, práticas de atenção à saúde utilizando recursos formais, dentro do sistema de saúde, público e privado, e recursos informais, baseados na própria família ou no suporte social informal dentro da comunidade. Supunha-se uma conceituação ampla de "saúde", abrangendo dimensões de ordem psicossocial, como padrões de comportamento, crenças, concepções e estilos de vida. Surgia, nesse primeiro momento, um leque diversificado de episódios, focalizando desde a descrição do cuidado a pessoas doentes, no presente ou na história passada da família, até hábitos de higiene, comportamento preventivo, avaliações do atendimento dispensado por médicos e outros profissionais de saúde e dos recursos sócio-sanitários do bairro, incluindo fontes e nível de informação sobre saúde (Bastos *et al.*, 1997; Bastos & Oliveira, 1997).

A discussão do cuidado à saúde no contexto da vida cotidiana da família foi possível com base em algumas categorias de análise, incluindo: a medicalização do comportamento desviante; o uso diferenciado do sistema profissional de saúde conforme a natureza do problema de saúde enfrentado pela família; o uso diferenciado do sistema profissional de saúde conforme o lugar do doente na família (mãe, criança, parentes idosos); a convivência de diferentes sistemas terapêuticos; a adaptação de prescrições médicas às crenças sobre saúde e às circunstâncias materiais disponíveis; o adoecimento como circunstância modificadora da organização e dinâmica da vida familiar; o itinerário terapêutico adotado pela família.

Quando o objeto é a atenção à saúde no contexto doméstico ou, mais concretamente, a descrição das práticas culturais que se expressam no âmbito da família, torna-se pois indispensável uma articulação com pressupostos teóricos inerentes ao estudo do cotidiano, numa perspectiva antropológica. A partir de Schutz (1987), Berger e Luckman (1993) e Heller (1992), pode-se afirmar que cotidiano é uma construção histórico-social cuja dinâmica se configura tal qual uma gramática viva. Como em outros aspectos de significado coletivo para o grupo familiar, há regras e valores claros, e um saber fazer, sendo transmitidos e *re*-construídos ao longo de situações cotidianas, sejam elas normativas ou disruptivas.

Nos estudos aqui tomados como exemplos, as escolhas ao longo dos itinerários terapêuticos adotados por familiares (as decisões são sobretudo das mães), dependem da natureza do problema de saúde, de características particulares da história de vida individual, do lugar do doente na estrutura familiar e dos recursos sócio-sanitários disponíveis no espaço social imediato. Configura-se ainda o papel ativo das famílias (das mães, particularmente), na administração de cuida-

dos à saúde, através da adoção de estratégias alternativas que tentam dispensar o recurso ao sistema oficial de assistência<sup>2</sup>.

Para finalizar, em um mapeamento preliminar das possibilidades de investigação do binômio família-saúde, destacamos as seguintes possibilidades, que podem constituir alvo de pesquisa isoladamente ou em associação entre si:

1. Análises do ambiente de desenvolvimento: uma perspectiva desenvolvimental processual, contextualista (indivíduo e prática em contexto cultural) e ecológica.

2. Identificação e descrição de “determinantes”, traduzidos em fatores e mecanismos (processos) de proteção e risco. O *continuum vulnerabilidade – resiliência* ao longo do curso de vida.

3. Descrição de itinerários terapêuticos e de sistemas de suporte social (expressos, socializados e transmitidos no espaço familiar).

4. Descrição e avaliação de modelos e práticas assistenciais em saúde coletiva com ênfase na família, considerando: (a) direcionamento das ações nos vários níveis da prevenção; (b) as práticas-em-contexto; (c) as práticas-como-contexto (agentização do contexto); e (d) resultados e/ou impacto das ações de saúde.

5. Estudo priorizando grupos de risco no contexto da família: crianças, adolescentes, gestantes, idosos.

6. Avaliação da relação usuários-serviços de atenção à saúde (representações sociais, nível de satisfação) a partir dos sujeitos privilegiados nesse processo: famílias e agentes de saúde.

## Conclusão

A família é um objeto que exige o consórcio de diferentes olhares (biológico, psicológico, sócio-antropológico, ético...). Sua natureza exige um movimento fundamental no sentido de uma construção transdisciplinar. A ênfase transdisciplinar pode contribuir para alterar trajetórias profissionais diversas, com repercussões no plano teórico.

Tratar a família como contexto de desenvolvimento humano e como espaço privilegiado do processo saúde-doença implica, no plano da investigação, assumir instâncias de análise que focalizem sistematicamente o próprio ambiente, trazendo exigências conceituais e metodológicas: o indivíduo-em-contexto, construindo novidade sócio-psicológica na atividade conjunta com outros, é um novo objeto de análise. São colocados novos problemas e também novas perspectivas no campo da atuação dos profissionais de saúde, contribuindo para a construção de práticas de saúde, no contexto doméstico ou no contexto institucional, capazes de gerar e consolidar mudanças.

A Organização Mundial da Saúde vem recomendando o incentivo à auto-responsabilidade e à participação da comunidade e dos cidadãos no planejamento, na organização, no funcionamento e no controle da atenção primária à saúde como requisitos indispensáveis à otimização do atendimento (Costa & López, 1986). Aspectos ligados a mudanças de comportamento, incluindo adesão à orientação fornecida, podem resultar desse engajamento ativo no controle social dos programas, com impacto não apenas sobre os aspectos econômicos de eficiência e eficácia dos serviços, mas sobre a aceitabilidade social dos serviços (Atkinson, 1993; Williams, 1994). São condições que se realizam, principalmente, no espaço da família, que não pode ser compreendida senão enquanto lugar e tempo.

---

<sup>2</sup> A mulher vem se apresentando como principal agente de cuidado à saúde, tanto na família quanto fora dela; entretanto, mais de 70% das ações de saúde se realizam no contexto doméstico (Chrisman, *apud* Helman, 1994).

---

## Referências bibliográficas

- ALMEIDA FILHO, N. (1992) – *A Clínica e a Epidemiologia*. Salvador/Rio de Janeiro: APCE/ABRASCO.
- ARCUS, M. (1987) – A Framework for Life-span Family Life Education. *Family Life* 36:5-10.
- ATKINSON, S.J. (1993) – Anthropology in Research on the Quality of Health Services. *Cadernos de Saúde Pública* 9(3):283-299.
- BASTOS, A.C.S. (1994) – Modos de Partilhar: A Inserção da Criança na Vida Cotidiana da Família. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília, mimeo.
- BASTOS, A.C.S. & OLIVEIRA, M.L. (1997) – Padrões de Atenção à Saúde no Contexto Familiar: Um Estudo Comparativo de Casos. Relatório Técnico ao CNPq, mimeo.
- BASTOS, A.C.S.; VELAME, Z. & TEIXEIRA, A.E. (1997) – Análise de Significados Presentes na Experiência do Usuário no Sistema Profissional de Saúde: Um Estudo de Caso. Relatório Técnico ao CNPq, mimeo.
- BERGER, P. & LUCKMAN, T. (1993) – *La Construcción Social de la Realidad*. Buenos Aires: Amorroutu.
- BIBEAU, G.; CHAN-YIP, A.M.; LOCK, M.; ROUSSEAU, C.; STERLIN, C. & FLEURY, H. (1992) – *La Santé Mentale et ses Visages*. Québec: Gaëtan Morin.
- BRONFENBRENNER, U. & CECI, S.J. (1994) – Nature-Nurture Reconceptualized in Developmental Perspective: A Bioecological Model. *Psychological Review* 101(4):568-586.
- BROOKS-GUNN, J.; PHELPS, E. & ELDER JR., G.H. (1991) – Studying Lives through Time: Secondary Data Analyses in Developmental Psychology. *Developmental Psychology* 27(6):899-910.
- COSTA, M. & LÓPEZ, E. (1986) – *Salud Comunitaria*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca S/A.
- COWAN, P.A. (1991) – Individual and Family Life Transitions: A Proposal for a New Definition. In: Cowan, P.A. & Hetherington, E.M. (orgs.) – *Family Transitions*. Nova Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- COYNE, J.C. & DOWNEY, G. (1991) – Social Factors and Psychopathology: Stress, Social Support and Coping Processes. *Annual Review of Psychology* 42:401-425.
- ELDER Jr., G.H. (1991) – Family Transitions, Cycles, and Social Changes. In: Cowan, P.A. & Hetherington, E.M. (orgs.) – *Family Transitions*. Nova Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- GARMEZY, N.; MASTEN, A.S. & TELLEGAN, A. (1984) – The Study of Stress and Competence in Children: A Building Block for Developmental Psychopathology. *Child Development* 55:97-111.
- GOODNOW, J.J. (1993) – *Cultural Practices: Contributions and Questions from the Study of Household Tasks*. Comunicação apresentada ao Simpósio "Cultural Practices as Contexts for Development: Concept and Research Uses". SRCD Meeting, Nova Orleans, mimeo.
- GOODYER, I.M. (1990) – Family Relationships, Life Events and Childhood Psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 31(1):161-192.
- HELLER, A. (1992) – *O Cotidiano e a História*. São Paulo: Paz e Terra.
- HELMAN, C.G. (1994) – *Cultura, Saúde e Doença*. 2.<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- KAZDIN, A. E. (1989) – Developmental Psychopathology. Current Research, Issues and Directions. *American Psychologist* 14(2):180-187.
- KLEINMAN, A. (1986) – Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems. In: Curren, C. & Stacey, M. (orgs.) – *Concepts of Health, Illness and Disease: A Comparative Perspective*. Massachusetts/Toronto: Lexington Books.
- LERNER, R.M. (1991) – Changing Organism-context Relations as the Basic Process of Development: A Developmental Contextual Perspective. *Developmental Psychology* 27(1):27-32.
- LUTHAR, S.S. & ZIGLER, E. (1991) – Vulnerability and Competence: A Review of Research on

- Resilience in Childhood. *American Journal Orthopsychiatric* 61(1):6-22.
- MASTEN, A.S.; COATSWORTH, J.D.; NEEMANN, J. *et al.* (1995) – The Structure and Coherence of Competence from Childhood through Adolescence. *Child Development* 66:1635-1659.
- McGUIRE, W.J. (1983) – A Contextualist Theory of Knowledge: Its Implications of Innovation and Reform in Psychological Research. *Advances in Experimental Social Psychology* 16:2-47.
- MUELLER, E.C. & COOPER, C.R. (1986) – *On Conceptualizing Peer Relations: Process and Outcome in Peer Relations*. Orlando: Academic Press.
- ROMANÍ, O. (1995) – Etnografía y Drogas: Discursos y Prácticas. In: *Las Adicciones, hacia un Enfoque Multidisciplinario*. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- RUTTER, M. (1986) – Child Psychology: Looking 30 Years Ahead. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 27(6):803-840.
- SAMEROFF, A.J. & SEIFER, R. (1983) – Familial Risk and Child Competence. *Child Development* 54:124-126.
- SARACENO, C. (1989) – The Concept of Family Strategy and its Application to the Family-work Complex: Some Theoretical and Methodological Problems. In: Boh, G.S.K. & Sussman, M.B. (orgs.) – *Cross-cultural Perspectives on Families, Work and Change*. Nova York: The Haworth Press.
- SCHAFFER, H.R. (1992) – Joint Involvement Episodes as Context for Development. In: McGurk, H. (org.) – *Childhood Social Development: Contemporary Perspectives*. Yorkshire: Lawrence Erlbaum Associates.
- SCHUTZ, A. (1987) – *Le Chercheur et le Quotidien*. Paris: Méridiens-Klincksieck.
- SIGEL, I.E. (1990) – Psychoeducational Intervention: Future Directions. *Merrill-Palmer Quarterly* 36(1):159-173.
- TRAD, L.A.B. (1996) – Procesos Migratorios y Salud Mental: El Caso de los Brasileños en Barcelona. Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Económicas e Empresariais - Universidad de Barcelona, Barcelona, mimeo.
- VALSINER, J. (1989) – *Human Development and Culture. The Social Nature of Personality and its Study*. Massachusetts/Toronto: Lexington Books.
- VALSINER, J. (1994) – Qué tienen de “Natural” los “Contextos Naturales”?: Construcción Cultural del Desarrollo Humano (y de su Estudio). Comunicación presentada ao “230.º Congreso Internacional de Psicología Aplicada”. Madri, mimeo.
- WACHS, D.W. & GRUEN, G.E. (1982) – *Early Experience and Human Development*. Nova York: Plenum Press.
- WILLIAMS (1994) – Patient Satisfaction: A Valid Concept? *Social Science and Medicine* 38(4):509-516.
- WOORTMANN, K. (1987) – *A Família das Mulheres*. Rio de Janeiro/Brasília: Tempo Brasileiro/CNPq.