

## O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação

The socio-cultural impact of the Family Health Program: an evaluation proposal

Leny Alves Bonfim Trad <sup>1</sup>

Ana Cecília de Sousa Bastos <sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Rua João das Botas 27, Canela, Salvador, Bahia 40110-160, Brasil.

<sup>2</sup> Departamento de Psicologia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas/Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Rua João das Botas 27, Canela, Salvador, Bahia 40110-160, Brasil.

**Abstract** *This paper develops a critical analysis of the implications of defining the family as an object of intervention in health, taking as reference case the Family Health Program and proposing an evaluation of its socio-cultural impact. As a strategic space for manifestation, confrontation, and therefore observation of the health-illness process, the family requires a multidisciplinary approach to its structure, dynamics, and behavior in the face of health-related problems, determinants, and actions. We present a proposal for assessment of the Family Health Program based on the premise that problems and practices in the health field are socio-culturally determined.*

**Key words** *Family Health; Family; Program Evaluation*

**Resumo** *Este artigo desenvolve uma análise crítica das implicações de se definir a família como objeto da intervenção em saúde, tomando como referência o caso do Programa de Saúde da Família (PSF), propondo, simultaneamente, uma avaliação do impacto sócio-cultural do programa. Espaço estratégico de manifestação, enfrentamento e, conseqüentemente, observação do processo saúde-doença, a família demanda uma abordagem multidisciplinar de sua estrutura, dinâmica e comportamento em face dos problemas, determinantes e ações de saúde. Neste contexto, apresentamos uma proposta de avaliação do Programa de Saúde da Família assentada sobre a idéia de que tanto os problemas, quanto as práticas de saúde, são realidades sócio-culturalmente constituídas.*

**Palavras-chave** *Saúde da Família; Família; Avaliação de Programas*

## Introdução

O desafio crucial que se coloca contemporaneamente para a saúde pública, no mundo ocidental, consiste em propor programas de intervenção “*culturalmente sensíveis e adaptados ao contexto no qual vivem as populações às quais são destinados*” (Massé, 1995). Esse desafio assume uma configuração mais nítida e contrastante quando se trata de populações vivendo em condições de pobreza e desigualdade social.

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 constitui-se também em recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) (Massé, 1995).

Não se pode dizer que o modelo assistencial que vem predominando no Brasil nos últimos anos contemple as diretrizes acima referidas. Ao contrário: volta-se prioritariamente para ações curativas, privilegiando uma medicina de alto custo, verticalizada, excludente e de baixo impacto na melhoria da qualidade de vida da comunidade. Seu enfoque biologicista não compreende ou não considera adequadamente as dimensões sócio-econômicas e culturais envolvidas no processo de adoecer ou morrer das pessoas (SESAB, 1996).

O reconhecimento da crise desse modelo, no âmbito da saúde coletiva, vem suscitando a emergência de propostas que visam à transformação do sistema de atenção em saúde, de suas práticas e, em articulação com estas, do processo de trabalho em saúde (Paim, 1985).

Nesse contexto, o Programa de Saúde da Família (PSF) apresenta-se como uma possibilidade de reestruturação da atenção primária, a partir de um conjunto de ações conjugadas em sintonia com os princípios de territorialização, intersetorialidade, descentralização, coresponsabilização e priorização de grupos populacionais com maior risco de adoecer ou morrer. O PSF foi criado pelo Ministério da Saúde em 1994 e o documento que define as bases do programa destaca que “*ao contrário do modelo tradicional, centrado na doença e no hospital, o PSF prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos, quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua*” (MS, 1994).

É preciso destacar, entretanto, que as origens da referência à unidade familiar enquanto objeto de intervenção em saúde são anteriores ao PSF e surgem centradas na figura do médico de família. Acompanhando o percurso

histórico traçado por Paim (1985) da medicina familiar no Brasil, observa-se que, entre 1973 e 1979, os esforços realizados pela OMS, pela Abem e, posteriormente, pela Fiocruz e pelo Inamps centravam-se em torno da formação do médico de família e o gradual desaparecimento desta categoria. A ênfase era dada à necessidade de ‘humanização da medicina’, ao combate ao ‘especialismo’ e, em termos estratégicos, ao estímulo a programas de formação de médicos generalistas e de família. Não foi dado destaque a questões relacionadas aos determinantes sociais da doença ou acesso aos serviços de saúde.

Em 1980, o contato com programas de treinamento em medicina familiar do México e EUA, indica que “*a proposta e a prática dessa medicina familiar nesses países, eram inconsistentes com a orientação teórico-metodológica alcançada pela medicina Preventiva e Social e com as tendências recentes de política de Saúde no Brasil; não obstante, as residências em Medicina Preventiva e Social sofreram, no início da década de 80, uma intensa pressão para optarem pela ‘medicina geral comunitária’ ou ‘medicina familiar’*” (Paim, 1985:19).

Para concluir esta breve incursão nas origens do movimento da medicina familiar no Brasil, assinalamos, como refere Paim (1985), que o movimento da medicina de família não se constituiu numa alternativa crítica à tese da inadequação da educação médica; além disso, a priorização da atenção primária e o reconhecimento da saúde como direito do cidadão e dever do Estado exigiam posições mais realistas. É neste contexto que eclode o movimento da reforma sanitária brasileira e o projeto do Sus, onde as palavras de ordem são: direito à saúde e à cidadania e os seus princípios fundamentais são: integralidade, universalidade, equidade e intersetorialidade.

A partir desse ponto é interessante identificar em que medida o Programa de Saúde da Família se distancia da ‘medicina familiar’ analisada. Em primeiro lugar, destaca-se o fato de que o PSF insere-se no escopo da políticas públicas de saúde, no contexto do Sus. Em segundo lugar, sua concepção abrange conteúdos que integram, entre outros, aspectos relativos a modelo e prática assistencial, processo de trabalho e formação de recursos humanos. Quanto às bases do PSF, identificamos um modelo voltado para proteção e promoção além do atendimento domiciliar, com os seguintes aspectos: área de abrangência com adstrição da clientela (oitocentas a mil famílias por equipe); equipe multiprofissional (no mínimo médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agentes

comunitários); ação preventiva e de promoção à saúde, a partir de prioridades epidemiológicas da área adstrita; ênfase nas ações programáticas, visando reduzir a demanda sobre centros de saúde e hospitais; participação comunitária e controle social, centrados nos Conselhos Municipais de Saúde (MS, 1994). Por um lado, o multiprofissionalismo rompe com o protagonismo do saber e prática médica no processo de trabalho em saúde, por outro, a ênfase nos processos de promoção/prevenção se desmarca do enfoque clínico.

Levando-se em conta os princípios e bases operacionais do PSF descritos acima, este programa pode ser considerado uma estratégia importante na transformação do atual modelo assistencial. Entretanto, como aponta Goulart (1990), é necessário enfatizar que as mudanças em termos de modelo assistencial compreendem componentes tanto técnicos, quanto políticos. Pode-se incluir, entre os componentes políticos, uma série de elementos qualitativos envolvendo os atores sociais e suas vicissitudes, as conjunturas políticas e sanitárias do país e/ou da região; enfim, são múltiplos os fatores que repercutem sobre o objeto saúde, e a dimensão técnica deve realizar-se expressando essa consciência.

No caso específico do PSF, pode-se perceber que sua implementação, em termos técnicos e políticos, está sendo proposta e/ou realizada com base na interação com a comunidade, visando construir de forma participativa práticas e estratégias mais eficazes de enfrentamento aos problemas de saúde; ao lado disso, o investimento em educação continuada da equipe de saúde e em informação em saúde destinada para a população tem surtido efeitos positivos no que se refere à qualidade da prática assistencial e à adoção de hábitos e comportamentos mais saudáveis por parte da população (de acordo com as experiências de implantação do PSF em municípios de Minas Gerais, Ceará, Paraíba e Pernambuco, relatadas no *Seminário sobre Modelos de Atenção à Saúde no Estado da Bahia*, Salvador: junho de 1996).

O PSF repercute em componentes técnicos, políticos e comportamentais, portanto uma proposta de avaliação deve debruçar-se sobre esses eixos, numa perspectiva organicamente política e técnica, incluindo aspectos quantitativos e qualitativos. Sobretudo, é necessário redimensionar os sujeitos/objeto da avaliação. A incorporação do atendimento domiciliar aponta para uma reestruturação e reorganização das práticas de saúde para além dos muros dos serviços de saúde, deslocando seu olhar para o espaço-domicílio das famílias e comunidades

nas quais as práticas estão enraizadas. Sendo assim, a família e seu contexto tornam-se alvos estratégicos de investigação para o PSF.

### A concepção de família e suas implicações

Antes de mais nada, trata-se de conceber a família como um sujeito capaz de se comportar estrategicamente, realizando avaliações e escolhas diante de um determinado conjunto de recursos e *constraints*, numa perspectiva temporal (Saraceno, 1990). Constituído-se em um sistema de interação interdependente, a família mantém seus membros implicados na capacidade de alterar o comportamento dos outros com seus próprios movimentos.

O primeiro passo para identificar ferramentas conceituais com vistas à construção de um arcabouço teórico para uma compreensão da família é a própria delimitação do espaço conceitual. Como adverte Melo (Melo, 1992, *apud* Bastos & Trad, no prelo), é preciso abandonar as pretensões de universalidade: “*não existe essa abstração que é a família*” (p. 53). Não se pode, portanto, adotar uma definição de família como universalmente válida, ignorando a especificidade e diversidade de contextos culturais.

A partir da consideração do conceito de família, além de afastar-se qualquer pretensão de universalidade, destacam-se dois problemas mais importantes para a formulação de políticas públicas centradas na família.

O primeiro, formulado por Saraceno (1990), questiona a possibilidade de “*falar da família como um sujeito implicado em sua própria intencionalidade, em seus próprios interesses, racionalidade e necessidades, distintos daqueles de seus membros individuais*” (Saraceno, 1990: 3). Estão envolvidos aí os desafios conceituais e metodológicos inerentes à abordagem de sistemas. Em geral, os programas envolvendo família dirigem-se efetivamente para seus membros individuais, mesmo quando se reconhece uma especificidade de objetivos para diferentes membros ou as diferenças quando a direitos e obrigações entre os familiares. Uma consequência do não-reconhecimento da família enquanto um sujeito, por assim dizer, estratégico, plural em seus membros e em suas experiências, está na identificação de serviços para família como serviços para mulheres. Uma perspectiva mais ampla advém da ênfase no relacionamento desse sujeito família com outras instituições e com outros processos sociais, somente possível se ultrapassado um foco restrito à vida familiar ou se considerados os

efeitos de forças sociais sobre a família, reconhecendo-se, ao invés, como o faz Hareven (1986), que a família é um agente ativo de mudança social.

O segundo problema, enfatizado por diversos autores (Hareven, 1986; Saraceno, 1990; Montero, 1991), diz respeito a uma visão excludente implícita numa definição restrita e universal de família, que repercute pervasivamente no plano das políticas públicas. Como exemplos, pode acontecer que sejam ignorados grupos familiares originados fora do vínculo matrimonial civil ou religioso, ou que não tenham emprego ou residência minimamente estáveis. Assim, excluem-se ou incluem-se pessoas, privilegiam-se alguns e outros são abandonados. Por último, mas não menos importante, é o risco de uma miopia seletiva que deixa de ver as características culturais das famílias. Nessa lacuna, instaura-se um processo ideologizador que, nas palavras de Montero (1991), introduz *“um mecanismo de fragmentação, de atomização da realidade, que de maneira alienada produz normas, regulamentos e leis que regem a conduta dos indivíduos na família”* (Montero, 1991:109), circunscrevendo o âmbito familiar no nível do privado, como se aí não se produzissem relações cujas conseqüências afetam o coletivo.

É importante focalizar a família em sua inter-relação com esse coletivo mais amplo, sem deixar de considerar sua dinâmica própria. Assim, uma avaliação de programas para a família deve reconhecer também que o contexto familiar, considerado em sua complexidade, pode apresentar-se mais protetor, ou, pelo contrário, mais fragilizante em termos do bem-estar biopsicossocial (Trad, 1996) de indivíduos e do próprio sistema.

O conhecimento e a experiência já acumulados na área permitem identificar diversas linhas de avaliação de serviços e ações de saúde, que variam de acordo com o objeto em questão. Neste sentido, Sala (1993) enfatiza a importância de assumir uma perspectiva privilegiada, ou seja, focalizar de forma mais aprofundada alvos estratégicos para a avaliação de ações programáticas (ou programas de saúde), definidas como *“um conjunto de práticas que, a partir de um referencial epidemiológico, tomam como seu objeto de intervenção a saúde e a doença no coletivo, utilizando como instrumento de intervenção diversas atividades que são articuladas e organizadas no sentido de produzirem um efeito sobre a saúde no plano coletivo”* (Sala, 1993:118).

Embora reconheçamos a pertinência de diferentes perspectivas de avaliação das ações

programáticas, sobretudo aquelas que privilegiam a dimensão do processo de trabalho em saúde, centramos nosso interesse em um aspecto que consideramos mais negligenciado: as repercussões dessas ações no contexto cotidiano, no pensar e agir dos sujeitos-alvo das intervenções em saúde.

É de se esperar que uma interação mais intensa entre agentes de saúde e famílias, a partir das ações específicas do programa, produza modificações no próprio contexto familiar. Os resultados de ações e programas de saúde podem ser avaliados com relação às mudanças verificadas tanto no estado de saúde da população, como em termos de conhecimentos e comportamentos derivadas das práticas desenvolvidas (Donabedian, 1992).

A análise aqui desenvolvida pretende, após refletir sobre as implicações de programas de saúde ao elegerem a família como um agente de mudança, formular critérios para a avaliação do impacto do Programa de Saúde da Família, de forma a privilegiar mudanças no nível das representações sociais e práticas relativas à saúde.

#### Prática assistencial e mudanças sanitárias e comportamentais

Com base na perspectiva do pensamento estratégico, é necessário criar viabilidade social para que ocorram mudanças significativas no setor saúde. A base sócio-política desta mudança, como lembra Goulart (1990), remete à existência e à ação de atores sociais diversos. No caso do PSE, de imediato já podemos visualizar uma ação interativa entre dois grandes atores: as equipes multiprofissionais de saúde e as famílias de uma determinada comunidade. Em cada um desses pólos, há uma dinâmica própria que precisa ser reconhecida em suas várias dimensões interdependentes.

A análise da relação entre a organização dos serviços de saúde e as práticas de atenção, tal como acontecem no cotidiano das famílias, na comunidade, é relevante para uma maior compreensão dos mecanismos através dos quais a saúde, dever do Estado, torna-se, no contexto de classes sociais às quais é negado o direito à cidadania, assunto de família (Bastos, 1996). Saúde é, certamente, assunto de família: questiona-se, na verdade, o quanto essa metáfora pode servir de álibi ao descaso institucional e à não-utilização, em última análise, dos serviços de saúde, resultante de uma experiência crônica de atendimento precário. Análises de práticas de cuidado à saúde no contexto do-

méstico apontam na direção de um papel ativo das famílias (das mães, particularmente) na administração de cuidados à saúde, mediante a adoção de estratégias alternativas que tentam dispensar o recurso ao sistema oficial de assistência, na medida em que este reiteradamente se revela inacessível, frustrante, hostil e ineficaz (Bastos et al., 1996a, 1996b).

Supõe-se que o PSF represente uma mudança no paradigma assistencial, passando de um eixo curativo para o preventivo, da ação monosssetorial para a interssetorial, da exclusão para a universalidade. Sem desconsiderar as dificuldades adjacentes a este desafio, interessa destacar o componente relacionado com o apoio da comunidade. “*Trata-se de detectar e principalmente promover acontecimentos sócio-políticos que possam afetar a consciência social ou sanitária de grupos na comunidade*” (Goulart, 1990:20). Em outros termos, é necessário construir a viabilidade social de qualquer proposta de mudança, que passa pela inclusão das bases da sociedade civil nos processos decisórios. No caso da saúde, o fortalecimento dos Conselhos Municipais de Saúde, de instituições e segmentos sociais que possam exercer um controle social efetivo, participando tanto da análise dos problemas de saúde, quanto da definição de intervenções, são prerrogativas para construção de viabilidade social das mudanças no setor da saúde.

Por outro lado, além das mudanças de caráter político, as mudanças comportamentais, no plano dito subjetivo, são especialmente estratégicas para a melhoria dos padrões de saúde e da qualidade de vida de modo geral. Aspectos ligados a mudanças de comportamento, incluindo adesão à orientação fornecida, podem resultar de um engajamento ativo no controle social dos programas de saúde, com repercussões não apenas sobre os aspectos econômicos de eficiência e eficácia dos serviços, como também sobre a aceitabilidade social dos serviços (Atkinson, 1993; Williams, 1994).

Consideradas a longo prazo, essas mudanças no nível da subjetividade representam possivelmente o impacto mais efetivo dos programas no processo saúde-doença. Podem ser entendidas como instâncias cognitivas capazes de monitorar ações individuais e coletivas promotoras de saúde. É nesse sentido que Melo (Melo, 1992, *apud* Bastos & Trad, no prelo) enfatiza que essas mudanças “*não são inócuas. Elas acarretam novas percepções sobre papéis, ocasionam reavaliações de expectativas e redefinem situações a partir de regras que por sua vez originam-se no modo como os sujeitos percebem a realidade*” (p.52). Essas questões ga-

nam dimensão potencialmente maior quando a família é o alvo das ações de saúde; na medida em que se favoreça o seu engajamento ativo nessas ações, os mecanismos de socialização de que a família dispõe atuarão a fim de fazer com que as mudanças comportamentais e culturais focalizadas persistam a longo prazo.

### Critérios para uma avaliação do impacto sócio-cultural

Se os argumentos aqui apresentados para justificar uma avaliação do PSF em termos de impacto no plano mais subjetivo e cultural já podem parecer suficientes, aprofunda-se também a percepção de sua complexidade e dos desafios contidos numa proposta dessa natureza. Segundo Melo (Melo, 1992, *apud* Bastos & Trad, no prelo), “*qualquer mudança em padrões tradicionais de comportamento, sobretudo aqueles que foram interiorizados mais precocemente, possui um ritmo quase imperceptível de instalação e exige um tempo ainda maior para que se tornem consciente e assumida pelos atores nela envolvidos*” (p. 51). Ao lado disso, como enfatiza Sigel (1990), “*intervenções sociais para causar mudanças sociais são complexas, multideterminadas*” (p. 160). Detecta-se, portanto, a necessidade de uma abordagem integrada, compreensiva e multidisciplinar de avaliação do impacto do Programa de Saúde da Família contemplando, ao lado do eixo epidemiológico propriamente dito, a dimensão comportamental e sócio-cultural.

Com base nos aspectos citados, pensa-se que um processo de avaliação do impacto do Programa de Saúde da Família (PSF) deve ser estruturado com base na investigação de mudanças comportamentais e culturais em torno do processo saúde-doença: desde representações e práticas culturais relevantes para tal processo a estratégias utilizadas pela família no enfrentamento de problemas de saúde.

Uma condição prévia no processo de avaliação é uma análise mais aprofundada do próprio objeto família, vista como um agente social de mudança, mas compreendida em seu cotidiano, numa perspectiva ampla, e não universalista.

Neste sentido, propomos estratégias multidimensionais, envolvendo recursos diversificados, focalizando famílias, agentes de saúde e o intercâmbio entre eles. Tais estratégias devem permitir a avaliação contínua, indo além de medidas do tipo antes-depois, e estruturadas com base numa concepção de família como microsistema em constante inter-relação com

outros sistemas sociais, incluindo todo um conjunto de fatores relacionados com modos de vida (valores culturais, condições de vida e trabalho), de reconhecido impacto sobre o processo saúde-doença (Bastos & Trad, no prelo).

A interdependência entre práticas de saúde e mudanças contextuais, levando-se em conta a cultura das populações envolvidas, deve, portanto, ser alvo prioritário em um processo de avaliação (Stokols, 1992; Massé, 1995). Destaca-se aqui a descrição de estratégias familiares, envolvendo diferentes dimensões e conteúdos da experiência da família na produção de si própria, de sua cultura, unidade, autodefinição e necessidades (Saraceno, 1990).

Em termos de método, parece necessário aliar abordagens diversificadas, alternando avaliações acerca de mudanças comportamentais e culturais, que exigem o uso de abordagens intensivas, de cunho etnográfico, e avaliações extensivas, de natureza epidemiológica.

## Conclusão

A presente reflexão se desenvolve em torno de dois eixos temáticos principais. A expectativa de que o PSF possa funcionar como uma alavanca para avançar na transformação do modelo assistencial vigente no Brasil foi o ponto de partida. Apresentamos, então, o argumento de que é imprescindível não simplificar um objeto tão complexo como a família no momento de definir e avaliar práticas de saúde. É necessário perguntar de que família falamos, enfatizando o desenvolvimento de análises sobre práticas culturais e representações sobre saúde-doença no âmbito da família, e de seu pró-

prio modo de vida. Propõe-se um enfoque estratégico à família, concebendo-a, como propõe Saraceno (1990), enquanto um sujeito dinâmico e não meramente reativo, sendo parte de uma rede de relações de interdependência e ultrapassando os limites de uma abordagem linear.

Nas últimas décadas, tal como destacam Schraiber (1995) e Paim (1993), diferentes possibilidades têm sido experimentadas no âmbito da organização da atenção primária, no sentido de atender aos princípios da integralidade da ação, do impacto e da não-rejeição da demanda. Convém levar em conta os êxitos e fracassos dessas iniciativas no momento de definir a organização e, principalmente, práticas de saúde e atribuições no âmbito do PSF.

O segundo grande tema remete à formulação de uma proposta de avaliação do programa de Saúde da Família, com ênfase na dimensão sócio-cultural. Assumimos, como Cohen & Franco (1993), que, ao desenvolver uma avaliação, temos que considerar os diferentes atores que compõem o objeto em questão – políticos, burocratas, técnicos e usuários, as diferentes racionalidades e interesses que lhes correspondem, assim como os ‘tempos’ de resposta de cada personagem. No processo de avaliação, a definição do enfoque, a escolha do método e a própria exposição dos resultados constituem, sem dúvida, um todo conflitivo. Propõe-se a construção de critérios e estratégias de avaliação que se ajustem, ainda que por tentativas, à natureza do processo em questão. Trata-se, sobretudo, de reconhecer a família como espaço privilegiado de constituição, desenvolvimento, crise e resolução dos problemas de saúde individuais e coletivos.

## Referências

- ATKINSON, S. J., 1993. Anthropology in research on the quality of health services. *Cadernos de Saúde Pública*, 9:283-299.
- BASTOS, A. C. S., 1996. *Saúde: Dever do Estado, Assunto de Família. Práticas de Cuidado à Saúde em Famílias de um Bairro Popular de Salvador*. Projeto de Pesquisa. Salvador: CNPq/Universidade Federal da Bahia.
- BASTOS, A. C. S.; VELAME, Z. S. & TEIXEIRA, A. E. T., 1996a. *Significados Presentes na Experiência do Usuário no Sistema Profissional de Saúde: um Estudo de Caso*. Relatório Técnico. Salvador: CNPq/Universidade Federal da Bahia.

- BASTOS, A. C. S.; OLIVEIRA, M. L., 1998. Práticas de atenção à saúde no contexto familiar: um estudo comparativo de casos. *Psicologia: Reflexão & Crítica* (no prelo).
- BASTOS, A. C. S. & TRAD, L. A. B. A família enquanto contexto de desenvolvimento humano: implicações para a investigação em saúde. *Ciência e Saúde*, (no prelo).
- COHEN, E. & FRANCO, R., 1993. *Avaliação de Projetos Sociais*. Petropolis: Vozes.
- DONABEDIAN, A., 1992. The role of outcomes in quality assessment and assurance. *Quality Review Bulletin*, 18:356-360.
- GOULART, F. A., 1990. Modelo assistencial em saúde: uma questão política. In: *O Município e o Sistema Único de Saúde*, pp. 20-22. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Administração Municipal – Ibam/Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva.
- HAREVEN, T., 1986. Historical changes in the family and the life course: implications for child development. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50:8-23.
- MASSÉ, R., 1995. *Culture et Santé Publique*. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.
- MONTERO, M., 1991. Consecuencias ideológicas de la definición de familia para la política social. *Interamerican Journal of Psychology*, 25:107-110.
- MS (Ministério da Saúde), 1994. *Saúde Dentro de Casa. Programa de Saúde da Família*. Brasília. Fundação Nacional de Saúde.
- PAIM, J. S., 1985. Medicina no Brasil: De Movimento Ideológico a Ação Política. (mimeo.)
- PAIM, J. S., 1993. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: *Epidemiologia e Saúde* (M. Z. Rouquayrol, org.), pp. 455-466. Rio de Janeiro: Medsi.
- SALA, A., 1993. A avaliação de programas de saúde In: *Programação em Saúde Hoje* (L. B. Schraiber, org.), pp. 117-118. São Paulo: Hucitec.
- SARACENO, C., 1990. The concept of family strategy and its application to the family-work complex: some theoretical and methodological problems. In: *Cross-Cultural Perspectives on Families, Work and Change* (K. Bom, G. Sgritta & M. Sussman, eds.), pp. 1-18. Binghamton: The Haworth Press Inc.
- SCHRAIBER, L. B., 1995. Políticas públicas e planejamento nas práticas de saúde. *Saúde em Debate*, 47:28-35.
- SESAB (Secretaria de Saúde do Estado da Bahia), 1996. *Atenção à Saúde da Família no Estado da Bahia*. Salvador: Sesab, Grupo de Trabalho Modelo Assistencial (documento interno).
- SIGEL, I. E., 1990. Psychoeducational intervention: future directions. *Merrill-Palmer Quarterly*, 36: 159-173.
- STOKOLS, D., 1992. Establishing and maintaining healthy environments – toward a social ecology of health promotion. *American Psychologist*, 47:6-22.
- TRAD, L. A. B., 1996. *Procesos Migratorios y Salud Mental: El Caso de los Brasileños en Barcelona*. Tese de Doutorado, Barcelona: Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Barcelona.
- WILLIAMS, B., 1994. Patient satisfaction: a valid concept? *Social Sciences and Medicine*, 38:509-516.