

Uso da EDAO-R para caracterizar a adaptação psicológica de mulheres atendidas em uma Unidade Básica de Saúde

The use of EDAO-R to characterize the psychological adaptation of women attended at a Basic Health Unit

Lorrayne Caroline Garcia Silva, Carolina Lopes Tambelini,
Flavia Angelo Verceze, Silvia Nogueira Cordeiro

Universidade Estadual de Londrina. Rodovia Celso Garcia Cid, PR 445, Km 380, Campus Universitário, 86057-970, Londrina, PR, Brasil. lorryne.c.garcia@gmail.com, carolinatambelini@hotmail.com, vercezeflavia@gmail.com, silvianc2000@gmail.com

Resumo. O atendimento em saúde mental da mulher permanece limitado, pela falta de serviços especializados. Portanto, este estudo teve como objetivo apresentar características sociodemográficas de mulheres que buscaram o serviço de psicologia em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e caracterizar a adaptação psicológica delas, a fim de fornecer subsídios para a intervenção multidisciplinar. Foram realizadas triagens com uma amostra, escolhida de forma aleatória, das mulheres que procuraram atendimento psicológico na UBS e que tinham acima de 18 anos. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, seguindo o roteiro da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada Redefinida (EDAO-R). A análise de dados foi realizada de acordo com os critérios da escala utilizada, de forma quantitativa. Cerca de 50% das mulheres apresentaram como resultado adaptação ineficaz grave ou severa. Os resultados mostraram que as queixas estão principalmente relacionadas com o setor afetivo-relacional, indicando que as intervenções deveriam focar esses aspectos e suas implicações em outros setores.

Palavras-chave: EDAO-R, saúde da mulher, UBS.

Abstract. The mental health care of women remains limited due to the lack of specialized services. Therefore, the study aimed to present socio-demographic characteristics of women who sought psychological service in a Basic Health Unit (UBS) and characterize their psychological adaptation, in order to provide subsidies for multidisciplinary intervention. Trials were conducted with a random sample of women who sought psychological care at UBS and who were over 18 years old. Data collection was conducted through semi-structured interviews, following the script of The Scale for Redefined Efficacy of Adaptation (EDAO-R). Data analysis was conducted according to the criteria of the scale used in a quantitative manner. About 50% of women had, as a result, a serious or severe ineffective adaptation. The results show that complaints are mainly related to affective-relational behavior, indicating that interventions should be made regarding those aspects and their implications in other behaviors.

Keywords: EDAO-R, woman's health, UBS.

Introdução

No Brasil, as instituições de saúde constituem um novo campo de atuação para os psicólogos, devido à necessidade de entender o processo de adoecimento sob uma dimensão psicossocial e intervir nos contextos do indivíduo ou do grupo que está exposto a doenças ou em más condições de saúde (Almeida e Malagris, 2011).

A psicologia da saúde surgiu com o intuito de superar o modelo biomédico centrado na doença e ganhou espaço a partir da necessidade de compreensão dos vários fenômenos relacionados ao processo de saúde/doença, que demandavam uma atuação multi e interdisciplinar (Capitão *et al.*, 2005). A entrada do profissional de psicologia no contexto da saúde permitiu que as demandas existentes no campo fossem investigadas sob um novo olhar, como, por exemplo, a saúde mental da mulher e o seu cuidado integral.

Nesse contexto, Ramada *et al.* (2010) apontam que a mulher possui peculiaridades fisiológicas e socioculturais que interferirão em sua qualidade de vida. Os preconceitos, tabus e a forma como ela é vista pela sociedade, além das transformações fisiológicas por que passa desde a infância - menarca, gravidez e menopausa - são fatores que afetarão sua saúde física e mental. Para os autores, "as mulheres apresentam índices mais elevados de depressão, distímia, desordens afetivas e distúrbios de ansiedade generalizada, ataques de pânico, fobias e desordens alimentares" (p. 617). Dessa forma, a identificação e modificação dos fatores que afetam sua saúde auxiliariam na prevenção primária de algumas desordens.

Para Rennó Junior *et al.* (2012), as mulheres que sofrem com problemas específicos desde uma idade muito precoce, por exemplo, são mais expostas a fatores estressores como violências, abuso e estupro, e possuem índice maior de doenças físicas e mentais:

A partir da menarca até após a menopausa, algumas mulheres sofrem de transtornos específicos, incluindo transtorno disfórico pré-menstrual, depressão perinatal e perimenopáusicas, blues e psicose puerperal, assim como transtornos do humor e de ansiedade associados à infertilidade e gestações abortadas, além de maior incidência de transtornos ansiosos, alimentares, doenças autoimunes e quadros algícos (Rennó Junior et al., 2012, p. 6).

Os autores apontam que há uma interação entre vulnerabilidade genética, fatores am-

bientais, fisiológicos e psicossociais, e a resiliência da paciente que ditará o desenvolvimento das patologias sofridas pelas mulheres. O interesse pelo tema tem sido crescente, pois os danos consequentes dos transtornos estão repercutindo não só nas mulheres, como no feto, no trabalho de parto, na saúde do bebê e em familiares, e têm trazido o envolvimento em questões laborais e judiciais. Portanto, os serviços acadêmicos têm procurado promover atenção multidisciplinar de saúde à mulher, abrangendo os diferentes estágios do ciclo reprodutivo (Rennó Junior *et al.*, 2012).

A preocupação com a saúde da mulher na política nacional começou nas primeiras décadas do século XX. Entretanto, essa preocupação tinha uma visão restrita baseada apenas no papel social de mãe, resultando em ações limitadas à gravidez e ao parto. Através do movimento feminista, organizado a partir da década de 70, foi possível a reivindicação de condições que proporcionassem melhorias de saúde em todos os seus ciclos de vida. Como resultado, em 1984, o Ministério da Saúde criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) com o objetivo de promover a integralidade e a equidade de atenção. O PAISM inclui "ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação" (Brasil, 2004, p. 17).

Após a criação dessas políticas, houve uma mudança de foco no atendimento. Atualmente, há uma preocupação com a assistência à saúde física e mental da mulher desde a adolescência até a terceira idade. Entretanto, ainda assim, há uma problemática quanto ao atendimento multiprofissional e integral, pois o que se percebe são esforços dedicados a campanhas focadas em problemas isolados como câncer de mama e doenças sexualmente transmissíveis. Dessa forma, o atendimento em saúde mental da população feminina permanece limitado devido à falta de serviços especializados e de produtividade em pesquisas relacionados ao tema (Rennó Junior *et al.*, 2005).

Estudos realizados por Rennó Junior *et al.* (2005) sobre os serviços de saúde que prestam atendimento especializado para o cuidado multiprofissional da mulher em saúde mental encontraram quatro serviços com estas condições: o Programa de Atenção à Mulher Dependente Química, Projeto Pró-Mulher e o Centro de Apoio à Mulheres com Tensão Pré-menstrual, na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, e o Serviço Psi-

quiátrico do Hospital de Clínicas, na Universidade Federal de Minas Gerais.

Os centros especializados no cuidado em saúde mental da mulher ainda são considerados poucos, assim como os estudos realizados com essa população, faltando teorias que subsidiem a prática na assistência de saúde pública relacionadas ao cuidado integral da mulher (Rennó Junior *et al.*, 2005). Considerando a importância de ter um serviço que possa oferecer um atendimento integral à saúde da mulher, a Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher (RMSM) atua em uma Unidade Básica de Saúde de um município da região metropolitana de Londrina com o objetivo de realizar ações de caráter multidisciplinar e interdisciplinar para a promoção, prevenção e recuperação da saúde física e mental da mulher em idade reprodutiva (Cordeiro e Reis, 2014).

Ronzani e Rodrigues (2006) discorrem que a Atenção Primária de Saúde deve ser de fácil acesso à comunidade, oferecer uma ampla abrangência de ações no cuidado com a saúde, ser coordenada através de estratégias baseadas em informações e avaliações das ações realizadas, ser contínua e propiciar o desenvolvimento de um relacionamento com a comunidade, e ocorrer de forma responsável, com transparência em relação ao trabalho da equipe e sua atuação junto à comunidade. Para os autores, torna-se importante o conhecimento e a utilização de aspectos socioculturais e psicossociais a fim de facilitar a criação de programas institucionais de saúde e auxiliar no relacionamento entre equipe e paciente (Ronzani e Rodrigues, 2006).

O matriciamento funciona como um dispositivo que vai propiciar encontros entre equipes, valorizando a troca de saberes e experiências entre profissionais de diferentes áreas, garantindo a integralidade da atenção básica de saúde (Jimenez, 2011). Neste sentido é fundamental que cada profissional direcione o processo de escuta para um tipo de diagnóstico dentro da sua especialidade, para posteriormente poder discutir com a equipe possíveis formas de intervenções. O diagnóstico clínico feito pelo psicólogo tem o objetivo de conhecer a situação existencial e subjetiva do paciente e a relação que estabelece com sua doença (Waisberg *et al.*, 2008).

Waisberg *et al.* (2008) apontaram para a necessidade de se adotar protocolos de atendimento para poder favorecer o diálogo com a equipe por meio de discussões de casos, evolução de prontuário com dados relevantes

e pertinentes para os profissionais da equipe, sem utilizar o psicologismo. A avaliação psicológica no contexto da saúde tornou-se fundamental, pois permite a detecção de problemas afetivos e distúrbios psicológicos e psiquiátricos de pacientes, o que favorece as decisões relacionadas ao diagnóstico diferencial, ao tratamento necessário e ao prognóstico, aumentando a qualidade do atendimento ofertado ao público (Capitão *et al.*, 2005).

A Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO), criada por Simon em 1970, é uma escala diagnóstica baseada em material proveniente de entrevista clínica em que se consideram as respostas adaptativas do indivíduo frente às situações que enfrentam na vida cotidiana. A EDAO tem se mostrado útil em diferentes situações e contextos como um procedimento auxiliar na avaliação dos recursos adaptativos do indivíduo e na indicação de intervenções na área da psicologia (Enéas e Yoshida, 2012; Yoshida *et al.*, 2010).

O conceito de adaptação utilizado na EDAO foi definido por Simon (2005, p. 24) como “o conjunto de respostas de um organismo vivo a situações que a cada momento o modificam, permitindo a manutenção de sua organização, por mínima que seja, compatível com a vida”. Portanto, a adaptação é o resultado de um processo contínuo do indivíduo no enfrentamento das vicissitudes e na busca da preservação da vida. Neste sentido, ele deve ser capaz de manter sua integridade física e psíquica por meio de respostas às condições externas que o modificam (Simon, 1989).

A totalidade da adaptação abrange quatro setores: Afetivo-relacional (A-R), que compreende o conjunto dos sentimentos, atitudes e ações do sujeito em relação a si mesmo e ao semelhante (intrapessoal e interpessoal, respectivamente); Produtividade (Pr), que se refere ao conjunto dos sentimentos, atitudes e ações da pessoa em relação ao trabalho, estudo ou qualquer atividade produtiva, seja de qualquer área; Sociocultural (Sc), que abrange os sentimentos, atitudes e ações relativos à organização social, recursos comunitários, valores e costumes da cultura em que vive; e Orgânico (Or), que compreende a salubridade, o estado anatômico e o funcionamento fisiológico, bem como sentimentos, atitudes e ações relacionados ao corpo, higiene, alimentação, sono, sexo, entre outros (Simon, 2005).

Simon (2005), em sua teoria, expôs o conceito de crise, que envolve uma situação-problema desconhecida e peculiar que o sujeito

não consegue resolver e que causa angústia intensa. A crise, quando não resolvida satisfatoriamente, pode se tornar aguda e propiciar um desfecho inadequado, como um surto psicótico, suicídio ou homicídio.

Para Younes (2011), todos estão sujeitos a momentos que podem gerar sofrimento psíquico: “uma morte em família, a perda de emprego, ascensão profissional, separação de casais, uma doença, uma mudança de cidade, por exemplo, podem ser fatores de desorganização e geradores de crise” (p. 13). Para ele, a crise abala o equilíbrio adaptativo, o que pode provocar respostas pouco ou pouquíssimo adequadas, de acordo com a teoria adaptativa. Dessa forma, ações preventivas são necessárias para evitar o agravamento da crise.

A EDAO foi redefinida, pois, a partir da ampla experiência com sua utilização, Simon concluiu que, quando os setores orgânico e sociocultural estivessem pouquíssimos adequados, os setores afetivo-relacional e de produtividade acusariam esse distúrbio. Além disso, o autor reconheceu que o setor afetivo-relacional deveria ter uma posição central. Essas mudanças fizeram com que somente os setores Pr e A-R fossem utilizados para a análise quantitativa da EDAO-R e a distribuição de diagnóstico adaptativo fosse organizado em cinco grupos (Rocha, 2002). Portanto, a proposta da EDAO-R seria a manutenção da análise dos setores para a avaliação apenas do setor produtivo e afetivo-relacional, que são os dois setores clinicamente mais relevantes na personalidade de uma pessoa (Silva, 2011; Simon, 2005).

A EDAO-R é considerada um avanço em relação à versão anterior por alguns autores. Rocha (2002) optou por utilizar a versão redefinida em seus estudos, por considerá-la uma teoria mais recente e completa em relação à divisão dos grupos. Além disso, a EDAO-R é passível de análise quanti e qualitativa; sendo assim, os setores orgânico e sociocultural são analisados apenas qualitativamente. Neste estudo optou-se pela utilização da EDAO redefinida.

São escassos os estudos utilizando a EDAO-R na classificação diagnóstica de mulheres. Portanto, serão apresentados alguns estudos envolvendo a EDAO e a EDAO-R, respectivamente.

Na literatura encontramos o estudo de Heleno (2010) sobre a eficácia adaptativa de dez mulheres que realizaram aborto espontâneo ou provocado e frequentavam um Ambulatório de Reprodução Humana, utilizando a EDAO. A autora concluiu que a forma com que cada paciente lidava com o tratamento

para engravidar estava ligada ao mundo interno (fatores constitucionais) e externo (ambiente), e que a intervenção psicológica é de extrema importância para auxiliar na melhora da eficácia adaptativa.

Um estudo de caso realizado por Bechara (2011) com um paciente diagnosticado com Diabetes Mellitus tipo 1, em que foi aplicada a EDAO, realizada a Psicoterapia Operacionalizada Breve (PBO) e depois aplicada uma entrevista de *follow up*, apontou que houve uma melhora na eficácia adaptativa pós-intervenção, mostrando a importância da intervenção psicológica utilizando a psicoterapia breve. A PBO é organizada em torno da situação problema do sujeito, que é definida como o “conjunto de fatores ambientais, existentes no presente, interagindo com os fatores intrapsíquicos, provocando desequilíbrio da adequação, podendo causar crise adaptativa ou deterioração gradual da adaptação existente” (Bechara, 2011, p. 81), dado que é obtido através da EDAO.

Com a utilização do instrumento em diversos contextos e populações, a EDAO começou a ser utilizada com versatilidade em diferentes momentos terapêuticos, como no início, no acompanhamento ou no fim do atendimento, focando nos critérios de adequação em relação à adaptação, indicando as mudanças ocorridas na eficácia adaptativa do sujeito. Em seu estudo para verificar a precisão e validade da EDAO para adolescentes, Kather (2014) encontrou que a escala contém boa consistência interna e itens condizentes com a teoria da eficácia adaptativa.

Silva (2011) realizou um estudo com o objetivo de verificar e comparar a eficácia adaptativa e o funcionamento psicológico, social e ocupacional de 12 mulheres idosas submetidas à ablação mamária, total ou parcial, em decorrência do câncer de mama. Elas foram divididas em dois grupos: G1 para mulheres que fizeram a cirurgia após os 60 anos e G2 para mulheres que fizeram a cirurgia antes dos 60 anos. Os instrumentos utilizados foram a Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO), em suas duas propostas de avaliação (EDAO e EDAO/R) e a Avaliação Global do Funcionamento. Em todas essas análises comparativas, o G2 apresentou melhor adaptação em comparação ao G1.

Nesta breve revisão da literatura observamos que a EDAO e a EDAO-R têm sido utilizadas em diversos trabalhos da Psicologia Clínica Preventiva e Psicologia da Saúde, o que

levou a se considerar o uso da EDAO como instrumento para analisar as características de adaptação psicológica das mulheres atendidas pelo programa de residência multiprofissional numa Unidade Básica de Saúde da região metropolitana de Londrina. Portanto, este estudo teve como objetivo apresentar características sociodemográficas de mulheres que buscaram o serviço de psicologia em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e caracterizar sua adaptação psicológica a fim de facilitar o diagnóstico e o planejamento de intervenções psicológicas, tanto na prevenção como na promoção e reabilitação da saúde da população atendida.

Método

Amostra

A amostra da pesquisa foi constituída por 34 mulheres entre 18 e 67 anos, atendidas pela RMSM no período de março a outubro de 2015.

Procedimentos

As mulheres que chegavam para o atendimento psicológico na UBS passavam pela triagem com a psicóloga da residência e nesse momento eram informadas e convidadas para participarem da pesquisa. Após o aceite, eram feitos os esclarecimentos necessários para que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas duraram de uma a três sessões, dependendo da demanda da paciente, com duração média de uma hora para cada sessão. Essas sessões permitiam realizar o diagnóstico, os encaminhamentos necessários e até mesmo intervenções pontuais.

Análise dos Dados

Os resultados foram divididos em duas etapas: na primeira etapa foi descrita a caracterização das participantes do estudo em relação às variáveis sociodemográficas, como idade, estado civil, escolaridade, ocupação, motivo do encaminhamento, queixa e diagnóstico clínico. Na segunda etapa foi feita a análise quantitativa dos dados da EDAO conforme agrupamento das respostas das entrevistas nos diferentes setores, segundo proposta de Simon (2005).

De acordo com o autor, a adequação foi dividida em cinco grupos de diagnóstico adaptativo possíveis: Grupo 1: Adaptação Eficaz (5

pontos); Grupo 2: Adaptação Ineficaz Leve (4 pontos); Grupo 3: Ineficaz Moderada (3,5 a 3 pontos); Grupo 4: Ineficaz Severa (2,5 a 2 pontos); Grupo 5: Ineficaz Grave (1,5 pontos). Não há grupos específicos para a pessoa em crise, portanto, em casos de crise foi utilizado o "C" após a classificação principal.

Conforme a combinação de respostas em relação à adequação, obteve-se uma pontuação que considerou como posição central o setor AR, conferindo-lhe maior peso. No setor AR, a resposta adequada recebeu 3 pontos, pouco adequada, 2 pontos, e pouquíssimo adequada, 1 ponto. No Pr, adequada recebeu 2 pontos, pouco adequada, 1 ponto, e pouquíssimo adequada, 0,5 ponto. Em seguida, foram somados os pontos obtidos nesses dois setores (Simon, 2005).

São encontrados três tipos de adequação às soluções das situações problemas: adequado, quando atende aos três critérios, pouco adequado, quando atende dois dos critérios, ou seja, quando resolve insatisfatoriamente, mas sem conflitos, ou quando resolve satisfatoriamente, mas de forma conflitiva, e pouquíssimo adequado, ou seja, resolve de forma não satisfatória e gerando conflito intrapsíquico ou ambiental (Simon, 2005).

Considerações Éticas

Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, atendendo aos princípios éticos contidos na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

(i) Caracterização da amostra

A tabela a seguir mostra as características gerais da população estudada, abrangendo aspectos como faixa etária, estado civil, escolaridade e profissão.

Em relação à faixa etária das participantes, foi possível observar que 41% da amostra tinham de 41 a 60 anos. Em relação ao estado civil, pode-se observar que 59% estavam casadas ou em união estável. Em relação à escolaridade, 38% possuíam o ensino médio completo.

Em relação à profissão, observa-se que 62% das mulheres possuíam uma atividade laboral remunerada, sendo advinda de um emprego ou de aposentadora, enquanto que 38% possuí-

Tabela 1. Características gerais da população, frequência e porcentagem.
Table 1. General characteristics of the population, frequency and percentage.

Características Gerais da População	Frequência	Porcentagem
Faixa Etária		
18 - 25 anos	6	18%
26 - 40 anos	10	29%
41 - 60 anos	14	41%
61 em diante	4	12%
Estado Civil		
Casada/União Estável	20	59%
Solteira	5	15%
Divorciada	5	15%
Viúva	4	12%
Escolaridade		
Analfabeto/Fundamental I incompleto	4	12%
Fundamental I completo	9	26%
Fundamental II completo	7	21%
Ensino Médio completo	13	38%
Ensino Superior completo	1	3%
Atividade Laboral		
Remunerada	21	62%
Não Remunerada	13	38%
Total	34	100%

am uma atividade laboral não remunerada, estando desempregadas ou sendo dona de casa.

A Tabela 2 apresenta os dados sobre a procura ao atendimento psicológico na Unidade de Saúde.

Com relação à procura do atendimento psicológico, 79% das mulheres foram encaminhadas por um profissional da saúde (médico, enfermeira, agente comunitário de saúde) ou instituição de saúde (NASF, CAPS, Hospital das Clínicas) para UBS.

A Tabela 3 mostra as queixas que motivaram a procura pelo atendimento psicológico.

Pode-se observar que a queixa mais frequente foram problemas de relacionamento com filhos, ex-marido, parceiro, irmãos, pais, e problemas relacionados à vida sexual, cor-

respondendo a 29% da população. A segunda queixa mais frequente foram crises de ansiedade e pânico, com 26% da população. A terceira queixa foi a vulnerabilidade social, totalizando 15% da população. A quarta queixa foi luto e depressão, com 12%. E a quinta queixa foram transtornos alimentares e problemas orgânicos, com 3%.

A Tabela 4 apresenta o diagnóstico clínico com o qual as mulheres chegaram para o atendimento psicológico.

O diagnóstico clínico mais frequente está relacionado aos transtornos psiquiátricos, correspondendo a 35% da população, são eles: transtorno do pânico, depressão, psicose e neurose. O segundo diagnóstico clínico mais frequente está relacionado a doenças autoimunes como

Tabela 2. Tipo e frequência da procura ao atendimento psicológico na UBS.

Table 2. Type and frequency of demand for psychological care at UBS.

Encaminhamento	Frequência	Porcentagem
Com encaminhamento	27	79%
Busca Espontânea	7	21%
Total	34	100%

Tabela 3. Tipo e frequência da queixa que motivaram a procura pelo atendimento psicológico na UBS.

Table 3. Type and frequency of the complaint that motivated the search for psychological care at UBS.

Queixa	Frequência	Porcentagem
Problemas de relacionamento	10	29%
Crises de ansiedade/pânico	9	26%
Vulnerabilidade Social	5	15%
Luto	4	12%
Depressão	4	12%
Transtornos alimentares	1	3%
Problemas orgânicos	1	3%
Total	34	100%

Tabela 4. Tipo e frequência de Diagnóstico Clínico descrito no encaminhamento para o serviço de psicologia.

Table 4. Type and frequency of Clinical Diagnosis described in the referral to the psychology service.

Diagnóstico Clínico	Frequência	Porcentagem
Não possui diagnóstico clínico	12	35%
Transtornos Psiquiátricos	12	35%
Doenças Autoimunes	7	21%
Transtornos Orgânicos	2	6%
Transtornos Alimentares	1	3%
Total	34	100%

artrite, vitiligo, lúpus, diabetes e fibromialgia, com 21% da população. O terceiro está relacionado a transtornos orgânicos como câncer e epilepsia, com 6% da população. Por fim, os transtornos alimentares corresponderam a 3% da população. Os dados não são considerados exatos porque algumas mulheres apresentavam comorbidades, ou seja, possuíam mais de um diagnóstico clínico. Para fins de estatística, foi contabilizado o diagnóstico que mais afetava a saúde da mulher em questão. Entre as

mulheres atendidas, 35% não possuíam um diagnóstico clínico. Das mulheres triadas, 53% faziam uso de medicamentos psiquiátricos.

(ii) Análise Quantitativa da EDAO

A Tabela 5 mostra o resultado da classificação diagnóstica quantitativa das participantes obtida por meio da EDAO-R, levando em consideração sua adaptação de acordo com os cinco grupos propostos por Simon (2005).

Tabela 5. Classificação diagnóstica quantitativa das mulheres triadas na UBS segundo a EDAO-R.
Table 5. Quantitative diagnostic classification of women screened in the BHU according to EDAO-R.

Classificação Diagnóstica dos Sujeitos						
	Adaptação Eficaz	Adaptação Ineficaz Leve	Adaptação Ineficaz Moderada	Adaptação Ineficaz Severa	Adaptação Ineficaz Grave	Total
Sem crise	0%	3%	18%	41%	21%	82%
Em crise	6%	3%	6%	3%	0%	18%
Total	6%	6%	24%	44%	21%	100%

Em relação à classificação quantitativa, 6% das mulheres foram diagnosticadas com adaptação eficaz em crise; 6% foram diagnosticadas com adaptação ineficaz leve, das quais 3% estavam em crise; 24% foram diagnosticadas com adaptação ineficaz moderada, das quais 6% estavam em crise; 44% foram diagnosticadas com adaptação ineficaz severa, das quais 3% estavam em crise; e 21% das mulheres foram diagnosticadas com adaptação ineficaz grave e nenhuma estava em crise.

Discussão

Os dados provenientes desta investigação são contribuições úteis ao planejamento de intervenções que visam à melhora e promoção do bem-estar integral de mulheres em idade reprodutiva.

De acordo com os resultados encontrados, pode-se observar que não houve muita procura espontânea pelo atendimento psicológico. Paparelli e Nogueira-Martins (2007) relataram que o trabalho do psicólogo ainda é desconhecido pela clientela ou visto de maneira preconceituosa “como uma atividade que lida com a loucura” (p. 70). Segundo as autoras, o psicólogo é procurado apenas quando falharam todas as instâncias e alternativas, pois é visto pelo imaginário popular como um “legitimador de sua inadaptabilidade ao mundo” (p. 70).

Jimenez (2011) identificou vários problemas que podem ocasionar o insucesso do trabalho do psicólogo na UBS, sendo um deles a falta de adesão dos pacientes aos programas elaborados. A RMSM é um programa que busca auxiliar nas atividades da UBS e que oferta a participação de diferentes profissionais para o atendimento da comunidade, portanto, essa falta de procura pelo psicólogo pode indicar questões a serem trabalhadas junto à popula-

ção ou uma falha na abertura ao profissional dessa área no contexto da saúde pública.

A inserção da RMSM na UBS tem o objetivo de promover ações de caráter multiprofissional e atender a mulher em todos os seus aspectos; entretanto, como colocado por Jimenez (2011), as práticas da saúde pública ainda são configuradas sob a lógica do consumo de medicamentos, com fragmentações nas relações entre profissionais, resultando em um modelo centrado na queixa-consulta, assim como mostra o índice de mulheres que foram encaminhadas por algum profissional ou instituição, demonstrando um trabalho mais fragmentado em que cada profissional fica encarregado da sua área e sua consulta. Para a autora, pensando no matriciamento como algo central na prática dos profissionais dentro da UBS, deveriam ser construídas respostas conjuntas pensando nas várias demandas que envolvem a saúde mental do sujeito. O que possibilitaria um diálogo que vai ampliar a escuta para o território resultando numa ética do cuidado que respeita e valoriza os aspectos subjetivos da existência humana, considerando complexidade e contexto, e não só na cura dos sintomas. Sendo assim, o trabalho do psicólogo na área da saúde pública se tornaria essencial durante todo o processo do atendimento, auxiliando nessa escuta diferencial, não sendo visto como última opção para os cuidados em saúde mental ou com preconceitos.

Em relação à faixa etária das participantes, pode-se observar que mais da metade das mulheres que procuraram atendimento psicológico tinham acima de 41 anos. Em seu estudo com mulheres idosas com câncer de mama, Silva (2011) aponta que um dos fatores que pode estar relacionado ao fato de mulheres mais velhas possuírem uma adaptação diagnóstica classificatória ineficaz com maior

frequência do que as demais diz respeito ao tempo de sofrimento orgânico. Esta informação pode ser aplicada também ao tempo de sofrimento psíquico em que as mulheres estavam quando chegaram à triagem na UBS e sua influência na adaptação.

Em contraste ao dado anterior, pode-se observar que a maioria das mulheres que participaram do estudo estão em momento ativo em relação à produção, trabalhando fora ou como responsável pelos cuidados da casa. De acordo com a literatura, a condição social feminina tem se constituído um fator de risco para as mulheres, principalmente em relação à sua saúde mental, pois ela fica encarregada de uma multiplicidade de papéis, como o cuidado com a casa, marido e filhos e emprego (Couto-Oliveira, 2007). Para Aquino *et al.* (1995), a conciliação das jornadas de trabalho da mulher decorrente das várias funções que ela desenvolve gera ansiedades e tensões que podem trazer complicações para a saúde física e mental das mulheres e que precisam ser mais estudadas.

Boris e Cesídio (2007) abordam que atualmente há uma maior conscientização sobre a independência da mulher na sociedade, porém ainda com resquícios do período patriarcal, em que a mulher era submissa e assumia a função de dona de casa e mãe, dependendo profissional e financeiramente do marido. Para os autores, apesar de as mulheres terem conquistado sua independência, ela está submetida às imposições da mídia, que determina um padrão ideal exigido pela sociedade sem levar em conta sua diversidade cultural, como etnia, raça e classe social. As imposições da sociedade, tanto do período patriarcal como da contemporaneidade, podem contribuir para provocar distúrbios alimentares e, até, sintomas patológicos como depressão, ansiedade e melancolia. Dessa forma, torna-se importante investigar os aspectos do setor sociocultural e o impacto na saúde mental das mulheres da comunidade que rodeia a UBS, visto que os diagnósticos clínicos encontrados abrangem estados de depressão, ansiedade, transtornos alimentares, entre outros.

Andrade *et al.* (2006) fizeram um estudo para caracterizar a epidemiologia de transtornos em mulheres e concluíram que, das dez principais causas de incapacitação, metade está relacionada aos transtornos psiquiátricos, sendo a depressão a doença que mais incapacita mulheres. Também concluem que as mulheres possuem maiores taxas de pre-

valência de transtornos de ansiedade e humor do que os homens. O estudo corrobora os resultados encontrados neste estudo, pois a maior incidência dos diagnósticos clínicos das mulheres foi de transtornos psiquiátricos, entre eles, a depressão.

Marques-Teixeira (1998) expõe algumas explicações para as mulheres receberem o diagnóstico de depressão com maior frequência do que os homens, a saber: as mulheres procuram ajuda com maior facilidade e as diferenças hormonais e genéticas presentes nas mulheres podem favorecer o quadro de depressão. Em relação às condições sociais, aponta o autor, elas possuem menor suporte perante a sociedade e sofrem com os padrões culturais impostos. Por fim, a frequência do diagnóstico pode demonstrar uma diferente forma de expressar os desequilíbrios resultantes de fatores ambientais para cada um dos sexos, sendo a mulher mais acometida pela depressão. Dessa forma, o autor compreende que esse quadro demonstra uma incidência diferencial que aponta para uma causalidade multifatorial.

Sendo assim, a investigação dos fatores prejudiciais à saúde da mulher, por meio da EDAO-R, permite que sejam identificados os pormenores da situação que ela enfrenta, a fim de proporcionar a intervenção adequada à comunidade e à mulher em questão. Ou seja, podem ser trabalhados aspectos relacionados à sociedade, ao ciclo hormonal da mulher, à incidência do social, cultura patriarcal, em seu corpo e ao aspecto psicoemocional, entre outros fatores.

Pode-se notar que há uma grande incidência de queixas relacionadas ao setor afetivo-relacional, como problemas de relacionamento, violência doméstica, luto, crises de ansiedade e depressão. Simon (2005) considera que o setor A-R é o componente mais presente e importante no conjunto da adaptação, sendo que sua articulação e influência sobre os outros setores é marcante; por isso, ele é considerado como central na matriz gráfica. Corroborando também o estudo de Correa *et al.* (2007), cujo objetivo era avaliar, utilizando a EDAO, a eficácia adaptativa de homens e mulheres inseridos em programa de fertilização *in vitro*, pois eles puderam concluir que o setor mais prejudicado foi o afetivo-relacional e que este repercutia nos demais contextos e setores dos participantes. Os resultados encontrados no presente estudo também corroboram a teoria de Simon (2005).

Neme e Lipp (2010) observaram que as relações familiares representavam maior fonte de

estresse para mulheres com ou sem câncer, seguida pela área da saúde e depois pela social/trabalho. Este dado corrobora os resultados aqui encontrados, pois a queixa com maior incidência está ligada a problemas de relacionamento com familiares, também seguida por estados de saúde como depressão, transtorno de ansiedade e pânico. Para os autores, a mulher apresenta maior nível de estresse psicológico e sensibilidade emotiva e suas fontes de estresse vão influenciar sua circunstância de vida, estado afetivo, aspectos de sua personalidade, adoecimento e enfrentamento da doença.

Os resultados encontrados neste estudo mostram que houve uma grande frequência de mulheres com adaptação grave e severa. Heleno (2010) viu que as pacientes com adaptação ineficaz severa possuíam conflitos internos e externos com poucos recursos para solucioná-los e que a rigidez de traços caracterológicos dificultou a melhora de sua eficácia adaptativa, de forma que o tratamento psicológico foi extremamente necessário para esses casos.

Segundo Simon (2005), os grupos 4 e 5 (adaptação ineficaz severa e grave, respectivamente) precisariam de uma psicoterapia psicanalítica para quadros graves, que foca na reestruturação dos fundamentos da personalidade, através da associação livre. Entretanto, para o autor, esses grupos também se beneficiariam da Psicoterapia Breve Operacionalizada (PBO), uma terapia diretiva que foca nas situações problemas e suas interações nos setores adaptativos a fim de obter a superação das soluções inadequadas. Além disso, os casos que se encontram em crise adaptativa são críticos e, por isso, deve ser trabalhada primeiramente a situação que gerou a crise a fim de evitar o *acting out* precipitado ou destrutivo. Simon (2005, p. 143) diz que “enquanto estiver vivendo uma situação de crise o terapeuta pode adotar uma técnica de PBO. Após a crise ser superada, poderá voltar da psicoterapia psicanalítica”.

Pelas afirmações acima, seria adequado considerar que, devido ao tempo e custo, a PBO seria uma alternativa adequada como intervenção na UBS por permitir que as mulheres possam primeiro trabalhar o que está gerando a crise e/ou dificuldade adaptativa e, depois, se ainda for necessário, indicá-las para uma psicoterapia psicanalítica ou, segundo sua adaptação, para um acompanhamento mais longo em uma instituição que forneça esses serviços gratuitos.

Simon (2005) afirma que a procura de atendimento psicológico estimulou a criatividade

dos serviços de saúde pública para a invenção de técnicas de psicoterapia compatíveis com os orçamentos institucionais. Este dado pode ser observado na criação de um Grupo de Apoio Psicológico para mulheres na UBS, coordenado pelas residentes do RSMS. Através da avaliação com o instrumento, foram identificadas as demandas das mulheres que seriam mais bem trabalhadas em grupo podendo formar um grupo coeso com demandas parecidas. De acordo com o diagnóstico proposto por Simon (2005), os grupos 1, 2 e 3, adaptação eficaz, ineficaz leve e moderada respectivamente, seriam mais indicados para realizar psicoterapia psicanalítica para quadros medianos, que foca na cura e alívio de sintomas, o que poderia ser trabalhado em um grupo de apoio, por exemplo.

Diante dos dados apresentados, é importante ressaltar que os resultados podem ter sido influenciados pelo fato de que as entrevistas semiestruturadas da EDAO foram aplicadas em dois ou três dias. Dessa forma, o resultado pode ter sofrido alteração das condições ambientais, como a variação de humor das mulheres de uma sessão para a outra, o clima e a sensação térmica do dia, barulhos ao redor do local da entrevista, o que poderia gerar tipos de classificação diagnóstica adaptativa diferentes em momentos distintos. Outro fator é que, por ser uma entrevista semiestruturada, o resultado está sujeito a variações do sujeito e de aspectos que influenciem o entrevistador. Segundo Ribeiro (2010), na área da psicologia da saúde, o controle total de variáveis que influenciam na investigação de determinado problema é considerado impossível, pois envolvem procedimentos estressantes, interações com outros não reproduzíveis e problemas que ocorrem devido ao tempo quando é prolongado.

Dimenstein (1998) relata que o tempo e campo de inserção do profissional de psicologia é relativamente pequeno e está aumentando gradativamente na atenção primária de saúde. Faltam pesquisas nacionais e locais sobre sua atuação neste campo. As dificuldades que o psicólogo enfrenta neste meio estão atreladas ao tipo de demanda do usuário, que é diferenciada da clínica privada, e relacionados à organização e estrutura do serviço. Portanto, o profissional precisa de um novo modelo de atenção à saúde e de relação com o usuário que seja sempre mutante. A inserção do psicólogo na UBS, por meio da residência, e a elaboração de estudos que promovam novas contribuições são exemplos da procura por um novo

modelo que seja adaptado à instituição e ao usuário beneficiado.

O psicólogo no contexto da saúde deve atuar em conjunto com outros profissionais, unindo forças para tornar os usuários da atenção primária mais autônomos e capazes de cuidar da sua própria saúde, promovendo a qualidade de vida e prevenindo doenças. Para Sobrosa *et al.* (2014), trabalhos em grupo com a comunidade devem ser o objeto de atuação do psicólogo. Ele deve se comprometer, expor seus afazeres, quebrar preconceitos e ampliar o olhar sobre as teorias e técnicas no contexto da saúde. Sendo assim, o psicólogo na atenção primária de saúde se torna primordial, pois este profissional vai auxiliar para que o usuário e a equipe sejam beneficiados, trazendo um olhar subjetivo sobre o adoecimento, o sujeito e a comunidade de forma a quebrar paradigmas pré-estabelecidos, desenvolvendo uma metodologia de atendimento interdisciplinar.

Considerações Finais

De acordo com o objetivo do estudo, foi possível obter a caracterização em relação aos aspectos sociodemográficos e à adaptação psicológica das mulheres que participaram da pesquisa. O uso da EDAO-R possibilitou ter maior clareza de temas a serem trabalhados dentro da UBS e de variáveis que influenciaram o cuidado integral da mulher, não só sob uma perspectiva psicológica, pois o instrumento também traz dados a serem trabalhados por outros profissionais, como o cuidado com a saúde física no setor orgânico. Além disso, foi possível identificar as mulheres que estão em crise e precisam de um atendimento mais urgente e focado na situação problema que a gerou, como também as mulheres que precisam de intervenção psicológica segundo sua adaptação.

Por meio desse estudo, obteve-se conhecimento de aspectos que precisam ser mais bem investigados, como, por exemplo, se de fato a informação sobre o atendimento psicológico e a forma de atuação do psicólogo tem chegado aos usuários, justificado pelo pequeno índice de procura espontânea. Outro aspecto que merece destaque é o papel da mulher na comunidade que rodeia a UBS, que pode estar envolto no período patriarcal, com a submissão da mulher, como também a imposição da mídia de um padrão ideal de beleza e um papel social a serem atingidos, pois ambos podem gerar adoecimento e, portanto, precisam

de ações que favoreçam a autonomia e o empoderamento da mulher.

É importante ressaltar que são necessários mais estudos investigativos sobre mulheres e sua adaptação psicológica, a fim de proporcionar indícios para a atuação em saúde mental de forma a beneficiar essa população. Também foi possível observar que a atuação do psicólogo na atenção básica de saúde é primordial, pois ele trará um olhar subjetivo sobre o usuário e a comunidade, promovendo ações interdisciplinares e grupais que integrem a equipe e seus beneficiários, levando em consideração os aspectos psicossociais que afetarão o cotidiano das pessoas e seu papel no adoecimento e na qualidade de vida da população.

Referências

- ALMEIDA, R.A.de; MALAGRIS, L.E.N. 2011. A prática da psicologia da saúde. *Revista da SBPH*, 14(2):183-202. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200012&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 20/02/2016.
- ANDRADE, L.H.S.G.; VIANA, M.C.; SILVEIRA, C.M. 2006. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(2):43-54. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832006000200003>
- AQUINO, E.M.L.; MENEZES, G.M.S.; MARINHO, L.F.B. 1995. Mulher, saúde e trabalho no Brasil: Desafios para um novo agir. *Cadernos Saúde Pública*, 11(2):281-90. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1995000200012>
- BECHARA, G.M. 2011. *Diabetes Mellitus Tipo 1: Evolução da eficácia adaptativa e psicoterapia breve operacionalizada*. São Bernardo do Campo, SP. Dissertação de mestrado. Universidade Metodista, 111 p.
- BORIS, G.D.J.B.; CESÍDIO, M. de H. 2007. Mulher, corpo e subjetividade: Uma análise desde o patriarcado à contemporaneidade. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 7(2):451-78. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482007000200012&lng=pt&tlng=en. Acesso em: 23/05/2016.
- BRASIL. 2004. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 82 p.
- CAPITÃO, C.G.; SCORTEGAGNA, S.A.; BAPTISTA, M.N. 2005. A importância da avaliação psicológica na saúde. *Avaliação Psicológica*, 4(1):75-82. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712005000100009&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 20/02/2016.
- CORDEIRO, S.N.; REIS, M.E.B.T. 2014. *Projeto de Pesquisa 9315. Uso da Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada – EDAO - em mulheres*

- atendidas no programa da residência multiprofissional da Universidade Estadual de Londrina. Londrina, Universidade Estadual de Londrina.
- CORRÊA, K.R.F.d’C.; VIZZOTTO, M.M.; CURY, A.F. 2007. Avaliação da eficácia adaptativa de mulheres e homens inseridos num programa de fertilização in vitro. *Psicologia em Estudo*, **12**(2):363-370. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722007000200017>
- COUTO-OLIVEIRA, V. 2007. *Vida de mulher: Gênero, pobreza, saúde mental e resiliência*. Brasília, DF. Dissertação de mestrado. Universidade de Brasília, 284 p.
- DIMENSTEIN, M.D.B. 1998. O psicólogo nas unidades básicas de saúde: Desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, **3**(1):53-81. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X1998000100004>
- ENÉAS, M.L.E.; YOSHIDA, E.M.P. 2012. Psicoterapia breve psicodinâmica de adultos. In: M.E.N. LIPP; E.M.P. YOSHIDA (orgs.), *Psicoterapias breves: Nos diferentes estágios evolutivos*. São Paulo, Casa do Psicólogo, p. 153-176.
- HELENO, M.G.V. 2010. Eficácia adaptativa de mulheres com história de abortamento, pacientes de um ambulatório de reprodução. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, **62**(3):33-41. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672010000300005&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 12/04/2016.
- JIMENEZ, L. 2011. Psicologia na atenção básica à saúde: Demanda, território e integralidade. *Psicologia & Sociedade*, **23**(n. esp.):129-139.
- KATHER, E. 2014. *Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada de Autorrelato para Adolescentes (EDAO-AR-AD): Adaptação e validade*. Campinas, SP. Tese de Programa de Pós-Graduação. Pontifícia Universidade Católica, 124 p.
- MARQUES-TEIXEIRA, J. 1998. A depressão e a mulher na sociedade moderna. *Psiquiatria em Revista*, **11**(3).
- NEME, C.M.B.; LIPP, M.E.N. 2010. Estresse psicológico e enfrentamento em mulheres com e sem câncer. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, **26**(3):475-83. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000300010>
- PAPARELLI, R.B.; NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F. 2007. Psicólogos em formação: vivências e demandas em plantão psicológico. *Psicologia: ciência e profissão*, **27**(1):64-79. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932007000100006>
- RAMADA, K.R.B.; BARBOSA, A.F.; SIQUEIRA, B.T.; SILVA, D.T.; ESTEVES, M.C.P.; ALMEIDA, N.D.; MELLO, R. 2010. Saúde mental na atenção à mulher. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, **2**(Ed. Supl.):616-619.
- RENNÓ JUNIOR, J.R.; FERNANDES, C.E.; MANTESE, J.C.; VALADARES, G.C.; FONSESA, A.M.; DIEGOLI, M.; BRASILIANO, S.; HOCHGRAF, P. 2005. Saúde mental da mulher no Brasil: Desafios clínicos e perspectivas em pesquisa. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, **27**(supl. II):S73-S76.
- RENNÓ JUNIOR, J.R.; DEMARQUE, R.; LOBO, H.R.; CAVALSAN, J.P.; SILVA, A.D. 2012. Saúde Mental da Mulher: transtornos psiquiátricos relacionados ao ciclo reprodutivo. *Revista debates em psiquiatria*, **2**(6): 6-11.
- RIBEIRO, J.L.P. 2010. *Investigação e avaliação em psicologia e saúde* 2ª ed., Lisboa, Placebo, 150 p.
- ROCHA, G.M.A. 2002. *Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada Redefinida: Precisão e validade com pessoas idosas*. Campinas, SP. Dissertação de mestrado. Pontifícia Universidade Católica, 107 p.
- RONZANI, T.M.; RODRIGUES, M.C. 2006. O psicólogo na atenção primária à saúde: Contribuições, desafios e redirecionamentos. *Psicologia Ciência e Profissão*, **26**(1):132-143. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932006000100012>
- SILVA, C. de J. 2011. *Eficácia adaptativa e funcionamento global de mulheres idosas com câncer de mama*. Uberlândia, MG. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Uberlândia, 207 p.
- SIMON, R. 1989. *Psicologia clínica preventiva: Novos fundamentos*. São Paulo, EPU, 151 p.
- SIMON, R. 2005. *Psicoterapia breve operacionalizada: Teoria e técnica*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 253 p.
- SOBROSA, G.M.R.; ZAPPE, J.G.; PATIAS, N.D.; FIORIN, P.C.; DIAS, A.C.G. 2014. O desenvolvimento da psicologia da saúde a partir da construção da saúde pública no Brasil. *Revista de Psicologia da IMED*, **69**(1):4-9. <https://doi.org/10.18256/2175-5027/psico-imed.v6n1p4-9>
- WAISBERG, A.D.; VERONEZ, F. de S.; TAVANO, L.D’A.; PIMENTEL, M.C. 2008. A atuação do psicólogo na Unidade de Internação de um hospital de reabilitação. *Psicologia Hospitalar*, **6**(1):52-65. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092008000100005&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 12/07/2016.
- YOSHIDA, E.M.P.; ENÉAS, M.L.E.; SANTEIRO, T.V. 2010. Escala Diagnóstica Adaptativa Operacionalizada (EDAO): Avaliação da qualidade da eficácia adaptativa. In: A.A.A. SANTOS; F.F. SISTO; E. BORUCHOVITCH; E. NASCIMENTO (orgs.), *Perspectivas em avaliação psicológica*. São Paulo, Casa do Psicólogo, p. 211-228.
- YOUNES, J. A. 2011. *Psicoterapia breve operacionalizada na crise adaptativa por perda: Um estudo exploratório*. São Paulo, SP. Dissertação de mestrado. Universidade de São Paulo, 65 p.

Submetido: 29/09/2016

Aceito: 12/04/2017