

Calass 2023

XXXIII Congreso Anual de ALASS, Ciudad de México



**XXXIII Congreso Anual de ALASS,
Ciudad de México, 2023**



Actes du Congrès/ Actas del Congreso / Actas do Congresso/ Atti del Congresso

ISBN: 978-84-09-56145-2

Barcelona, noviembre 2023

**Miembros del Comité científico 2023 / Membros do Comitê Científico 2023 / Membres du
Comité Scientifique 2023 / Membri del Comitato scientifico 2023**

Anhorn, Philippe, Directeur, Réseau Santé Région Lausanne, Suisse

Borgès Da Silva Georges, Médecin micro-entrepreneur, Bibliothèque de santé, France

Cupertino Fernando, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás, e Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Brasil

De Angelis Monica, Professoressa associata di diritto amministrativo, Docente di diritto sanitario, Facoltà di Economia “G. Fuà”, Università Politecnica delle Marche, Italia

Iradier, Berta María, Fundación Española para la Cooperación, Salud y Política Social, España

Malik, Ana Maria, Professora pesquisadora sênior, PROAHSA, Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, Brasil

Maurain, Catherine, Professeure émérite, Université de Bordeaux, France

Quidu, Frédérique, Chargée d’enseignement, École des Hautes Etudes en Santé Publique, France

Scherer, Magda, Professora pesquisadora sênior, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília – DF, Brasil

Tereanu Carmen, Médecin spécialisé en santé publique et gestion sanitaire, Département Médical de Prévention, Autorité Locale de Santé publique de Bergamo, Italie

Tetelboin Henrion, Carolina, Doctora en ciencias sociales y Maestra en medicina social, Universidad Autónoma Metropolitana, México

Les auteurs des articles de ce volume respectent les règles définies par le Comité ALASS

https://www.lass.org/wp-content/uploads/ACTAS- ALASS ISBN_FR.pdf

Los autores de los artículos de este volumen respetan las normas definidas por el Comité ALASS.

https://www.lass.org/wp-content/uploads/ACTAS ALASS ISBN_ES.pdf

Os autores dos artigos deste volume respeitam as regras definidas pelo Comité ALASS

https://www.lass.org/wp-content/uploads/ACTAS -CALASS ISBN_PT.pdf

Gli autori degli articoli di questo volume rispettano le regole definite dal Comitato ALASS

https://www.lass.org/wp-content/uploads/ACTAS ALASS ISBN_IT.pdf

Dans ce volume, les contributions sont publiées dans un ordre faisant référence aux critères suivants : Sessions
générales, nombre progressif de Sessions

En este volumen, las contribuciones se publican en un orden referido a los siguientes criterios: Sesiones Generales,
número progresivo de Sesiones

Neste volume, as contribuições são publicadas em ordem referente aos seguintes critérios: Sessões Gerais, número
progressivo de Sessões

Nel presente volume, i contributi vengono pubblicati secondo un ordine riferito ai seguenti criteri: Sessioni
generali, numero progressivo delle Sessioni

INDICE

UNO SGUARDO ALL'URBAN HEALTH. CITTÀ E BENESSERE FRA ESIGENZE LOCALI E SALUTE GLOBALE	7
LA SANTÉ SUR LE TERRITOIRE ITALIEN: DU MODÈLE HOSPITALO-CENTRIQUE À LA SANTÉ TERRITORIALE DU PLAN NATIONAL DE RELANCE ET DE RÉSILIENCE	23
APERREIOS E DOIDICES – O SERVIÇO SOCIAL E AS FAMÍLIAS NO CAPSI CIRANDAR	33
GRUPO OPERATIVO DE MULHERES NA ATENÇÃO BÁSICA: CAROLINA DE JESUSEM AQUARELA	49
FACTORES SOCIALES Y REPERCUSIONES DE SALUD VINCULADOS AL EMBARAZO ADOLESCENTE.....	77
NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y BARRERAS DE LA LACTANCIA MATERNA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIAS	95
INCLUSIÓN EDUCATIVA DE LAS PERSONAS CON SÍNDROME DE DOWN EN ZACATECAS	103
QUALITÉ, DIGITALISATION ET UTILISATION DES DONNÉES POUR AMÉLIORER LES SERVICES ESSENTIELS DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE OPTIMISANT LA RÉDUCTION DE LA MORBIDITÉ ET DE LA MORTALITÉ MATERNELLES, NÉONATALES ET INFANTILES DANS LE CONTEXTE DES URGENCES DE SANTÉ PUBLIQUE EN GUINÉE.....	115
NIVEL SOCIOECONÓMICO Y GRADO DE CONOCIMIENTO DE FLUOROSIS DENTAL EN OJOCALIENTE, ZACATECAS.....	123

UNO SGUARDO ALL'URBAN HEALTH. CITTÀ E BENESSERE FRA ESIGENZE LOCALI E SALUTE GLOBALE

Monica De Angelis

CRISMAT - Università Politecnica delle Marche - Presidente OLED – Osservatorio per la Legalità e i Dritti fondamentali

Resumen: En estas páginas se quiere reflexionar, con un enfoque jurídico, sobre la lógica atribuible a la Salud Urbana en la perspectiva de la organización de los servicios de salud en un contexto urbano que genera bienestar y se delinea las líneas de acción emprendidas por el sistema de salud italiano

Palabras llave: urban health - asistencia sanitaria territorial - sinergia administrativa – coordinación administrativa

1. Le radici dell'Urban health. Una introduzione

La pandemia da Covid 19 ha reso chiaro come occorra sviluppare il più possibile la capacità dei sistemi di adattarsi con una certa rapidità alle situazioni nuove e come – in generale - vi sia una forte necessità di integrazione all'interno dei vari settori della società. Ad esempio, nell'ambito di ciò che in un sistema è volto alla tutela della salute, l'integrazione è necessaria non solo fra il sociale e il sanitario, ma anche tra servizi residenziali e domiciliari, tra ospedale e territorio, tra i diversi attori professionisti delle cure e così via.

La pandemia, inoltre, sembra aver moltiplicato una evidenza che il cambiamento climatico già da tempo aveva mostrato¹: lo stretto e delicato rapporto esistente tra la popolazione e il Pianeta. Non ci sono, infatti, solo individui e comunità ad avere bisogno di essere preservati: se si vuole creare un ecosistema sostenibile che abbia futuro bisogna dare pari dignità tanto alla salute del Pianeta quanto a quella di tutti i suoi abitanti. E ciò perché il benessere e la salute umana, animale o ambientale fanno parte di un unico sistema in cui ogni componente è interconnessa alle altre. Da qui, l'affermazione, soprattutto negli ultimi anni, del concetto di *One Health*, un approccio secondo il quale è di fondamentale importanza il legame indissolubile tra la salute delle persone e l'ecosistema². Questo approccio si coniuga perfettamente con gli Obiettivi dell'Agenda 2030. In particolare, con il Goal 3

¹ Oggi, a ragione, si può parlare di diritto al clima. Cfr., da ultimo, F. Franceschelli, *Il diritto al clima: criticità, limiti e possibili soluzioni*, 2023, <https://www.federalismi.it/nv14/articolo-documento.cfm?Artid=49289>

² Per una breve panoramica sul paradigma One Health, richiamato in Italia nello stesso Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), si veda <https://www.iss.it/one-health>. L'approccio One health è adottato nelle riforme del sistema socio-sanitario previste in Italia a partire dal 2020: cfr. il nuovo modello di assistenza territoriale di prossimità <https://tinyurl.com/53ch2u62>

“Salute e benessere”, il Goal 13 “Lotta ai cambiamenti climatici”, il Goal 14 “Vita sott’acqua” e il Goal 15 “Vita sulla terra”³.

L’approccio One Health è declinabile, ha diverse sfaccettature, una delle quali è l’Urban Health, a sua volta connessa strettamente, come si vedrà, ad un altro dei Goal dell’Agenda 2030, il n. 11: “rendere le città inclusive, sicure, resilienti”. Si tratta di logiche che si muovono sul medesimo percorso, quello del benessere dei cittadini incentrato su una visione olistica che vede salute umana, animale e ambientale strettamente correlate fra loro⁴.

L’*Urban health* affonda le sue radici in una riflessione che ha avuto la sua cornice di elezione nelle conferenze organizzate dall’Organizzazione mondiale della sanità (OMS) sin dalla metà degli anni Ottanta del secolo scorso. Dalla Conferenza di Ottawa (prima Conferenza internazionale per la promozione della salute, 1986)⁵, si sono susseguite diverse altre Conferenze sul tema, stabilendo i principi, le logiche e le aree di azione nell’elaborazione sia di politiche di salute pubblica, sia per la creazione di ambienti favorevoli alla salute. Nell’ambito di queste Conferenze, l’attenzione è stata puntata sulla capacità dei sistemi di promuovere la salute e sul ruolo della promozione nell’affrontare i principali determinanti della salute⁶. Non sono mancate, comunque, riflessioni sulla promozione della salute nel più ampio contesto della globalizzazione fino a ritenere doveroso mettere in particolare rilievo le esperienze nell’approccio *Health in all policies* (ottava Conferenza, Helsinki 2013)⁷. Qualche anno dopo, a Shanghai (2016) si è tenuta la nona Conferenza globale e la promozione della salute è stata posta al centro degli obiettivi di sviluppo sostenibile. Durante questa Conferenza vengono approvati due importanti documenti: la dichiarazione di Shanghai e il consenso di Shanghai sulle città sane. I due documenti fanno riferimento – in particolare - a percorsi per la promozione della salute legati al buon governo delle pubbliche amministrazioni, a città salubri, all’alfabetizzazione sanitaria (*health literacy*) e alla mobilitazione sociale⁸.

³ Ne consegue la crescita negli ultimi anni di studi relativi all’impatto sulla salute dei fattori climatici e ambientali quali rischio reale di future pandemie trasmesse da terra, aria, acqua, cibo e animali. Ci sono, infatti, evidenze scientifiche a supporto dell’associazione tra l’esposizione a fattori climatici (ad esempio il riscaldamento globale) e ambientali (come l’aumento dei livelli di CO₂ e dei particolati) e l’incremento di malattie cardiovascolari, respiratorie, neurodegenerative e tumorali, nonché di obesità, malnutrizione, nuove malattie infettive e mentali. Inoltre, si teme che vi sia la possibilità che gli effetti negativi di un ambiente alterato abbiano delle ripercussioni sulle generazioni future: in particolare, alcuni studi evidenziano il rischio della trasmissione inter o transgenerazionale di una maggiore vulnerabilità genetica alle malattie prodotta proprio da cambiamenti epigenetici. Cfr. il rapporto Oms sulle priorità di ricerca globale reperibile in <https://www.epicentro.iss.it/ambiente/climaOms09>

⁴ Cfr. AA. VV., *Salute globale e determinanti sociali, ambientali, economici*, Quaderni Asvis, n. 6, 2022

⁵ Nella Carta veniva indicata una serie di prerequisiti e condizioni per tutelare e migliorare la salute globale. Nella versione italiana rinvenibile in: <https://shorturl.at/BFIZ7>

⁶ Da qui l’istituzione della Commission on Social Determinants of Health: <https://tinyurl.com/bderbdwy>.

⁷ Sulla tutela e la promozione della salute che vanno al di là della “mera” erogazione di prestazioni sanitarie e per una concezione dinamica e “sociale” della promozione della salute, cfr. S. Penasa, *La “salute in tutte le politiche”: presupposti teorici e fondamento costituzionale. Il Trentino come laboratorio istituzionale*, in *Federalismi.it*, 18 ottobre 2015, § 1,2,4.

⁸ In particolare, la *Shanghai Declaration* (<https://www.dors.it/documentazione/testo/201711/shanghai-declaration.pdf>) ribadisce che la salute e il benessere sono essenziali per il raggiungimento di uno sviluppo resiliente; impegna i vari

Il percorso che negli anni ha collocato la salute come componente fondamentale per uno sviluppo equo e sostenibile viene arricchito con la Carta di Ginevra per il Benessere, frutto della decima Conferenza globale OMS, nel 2021⁹. Questo documento rappresenta una svolta in tema di salute pubblica e avvia un movimento che punta alla realizzazione di società resilienti, soprattutto nell'ottica di un benessere che si alimenta di nuove tecnologie e si rafforza incoraggiando settori differenti della società a interagire sempre più per affrontare le sfide delle società attuali, sia a livello locale che globale. In questo processo, un obiettivo cruciale consiste nel creare le condizioni affinché le persone possano esercitare più controllo sui determinanti della salute propria e della comunità sociale e territoriale di cui fanno parte. Ciò implica non solo un potenziamento delle capacità di agire in tal senso dei singoli individui, ma anche la concretizzazione di azioni finalizzate a modificare le condizioni sociali, ambientali ed economiche della popolazione.

In queste pagine si vuole tratteggiare la cornice dell'Urban health da un punto di vista più giuridico e individuarne alcune ricadute, anche in termini di azioni concrete, sull'impianto della tutela alla salute, in particolare quello italiano.

2. La salute e il territorio di riferimento: politiche comuni di difesa a livello locale e globale

Come è stato efficacemente affermato di recente dal Direttore generale dell'OMS, Tedros Ghebreyesus, la salute non inizia in un ospedale o in una clinica; inizia nelle proprie case e nella comunità di riferimento, nelle scuole e nei luoghi di lavoro; con il cibo che si mangia, l'acqua che si beve e l'aria che si respira¹⁰. La salute, dunque, è strettamente collegata all'ambiente (in senso ampio) che viviamo e che ci circonda. La recente pandemia da Covid-19 ha portato a riscoprire una società incentrata su spazi diversi e a rivalutare le potenzialità dei territori. Da più parti si sono alzate voci volte a evidenziare come modelli urbanistici più equilibrati, grazie anche all'utilizzo delle tecnologie, permettano di operare scelte diverse sull'utilizzo del territorio, sull'abitare, sulla gestione dei servizi; in sostanza, scelte orientate a migliorare la qualità della vita e dunque la salute in un approccio One health; quell'approccio che ha come pilastri l'intersectorialità, l'interdisciplinarietà e la partecipazione della società civile; che spinge ad innovare le politiche e i programmi per la salute, orientando lo sviluppo della società verso un benessere sia individuale che collettivo. Nella specifica concezione dell'Urban health, declinazione, come detto, dell'approccio One health, ogni abitante ha diritto a una vita sana e integrata nel contesto urbano di riferimento; la salute dei cittadini è

stakeholder a promuovere la salute attraverso interventi su tutti gli obiettivi di sviluppo sostenibile; considera la salute come uno dei più importanti indicatori dello sviluppo sostenibile di una nazione, delle città e di una comunità.

⁹ La Carta è rinvenibile in https://unece.org/DAM/hlm/charter/Language_versions/ITA_Geneva_UN_Charter.pdf

¹⁰ T. Ghebreyesus, *Discorso di apertura della 75^a Assemblea OMS*, Ginevra 22 maggio 2022

considerata il nodo centrale delle politiche urbane: ad esempio vanno incoraggiati stili di vita sani nei luoghi di lavoro, nelle famiglie, negli spazi di incontro sociale; o ampliato e migliorato l'accesso alle pratiche sportive e motorie per tutti i cittadini, favorendo tanto lo sviluppo psicofisico dei giovani quanto l'invecchiamento attivo¹¹.

Sulla scorta di quanto già tratteggiato, si può sostenere che la pandemia ha agevolato la comprensione dei capisaldi dell'*Urban health*, avendo mostrato quanta importanza ha per ogni individuo la presenza sia di servizi sanitari e sociali universalistici, efficaci e accessibili, sia dal punto di vista della collocazione e distribuzione sul territorio, sia dal punto di vista di una fruizione equa; sia di infrastrutture educative, sociali, economiche, culturali in grado di evitare o perlomeno ridurre le persistenti, e talora crescenti, iniquità di salute. La pandemia – in sostanza – sembra aver amplificato la necessità di un nuovo modo di governare i servizi per i cittadini, e di pubbliche amministrazioni resilienti in grado di guidare efficacemente percorsi volti a soddisfare le esigenze espresse in un dato territorio. In particolare, il Covid 19 ha reso urgente un governo del territorio e dei suoi servizi in armonia con quello della salute che dovrà essere in grado di dare risposte appropriate e innovative a esigenze diverse secondo un'ottica davvero votata al miglioramento del benessere dei cittadini di ogni condizione e stato¹². In molti casi, si dovrà cambiare il passo rispetto a quanto avvenuto finora, perché proprio alla luce della esperienza di questi ultimi anni, solo un effettivo ripensamento della gestione del territorio e della sua comunità nel senso di una coniugazione di servizi residenziali con servizi sanitari, sociali, amministrativi, ma anche – ad esempio - con luoghi di lavoro e aree verdi, potrà migliorare la qualità della vita, incidendo sui determinanti modificabili della salute¹³. Del resto, i territori dove si elevano concretamente gli standard di benessere sono quelli in cui sostenibilità ambientale e sociale sono sinonimi di prossimità tra servizi pubblici, attività private e luoghi del vivere quotidiano che alimentano la costituzione di collettività dotate di una riconoscibile identità sociale e culturale di scala locale. In tale quadro, ben si comprende, allora, la crescente attenzione a tutti i livelli sull' *Urban health* e - specificamente - sulla pianificazione delle città in funzione delle persone e della loro salute, tenuto conto che in molti Paesi sia l'abbandono delle aree interne che l'urbanizzazione spinta pongono vere e proprie sfide di salute, tra cui il fronte delle malattie infettive, l'inquinamento dell'aria, l'accesso all'acqua e la raccolta dei rifiuti¹⁴.

¹¹ Cfr. Health City Institute, *La salute nelle città: bene comune*, 2016, manifesto reperibile in <https://tinyurl.com/bdcv6xuc>

¹² Se il governo del territorio comprende la regolazione, la gestione e il controllo delle varie possibili modalità di utilizzo del territorio inteso come il collettore delle funzioni e delle attività pubbliche e private destinate a soddisfare i bisogni non solo abitativi, ma anche produttivi, sanitari, di spostamento, culturali, etc., le nuove politiche di rigenerazione dei territori rappresentano una declinazione innovativa di tale funzione di governo, occupandosi del miglioramento delle condizioni urbanistiche, abitative, socio-economiche, ambientali e culturali degli insediamenti umani: cfr. L. Trucchia, *Itinerari giuridici per la rigenerazione delle aree interne*, in *Proposte e ricerche*, 2019, pp. 82, 84.

¹³ Cfr. D. Ellis, *What are Social Determinants of Health?*, in *News Medical Life Sciences*, 2022 in <https://tinyurl.com/5c43w336>

¹⁴ Si ricorda che i dati più recenti mostrano come oltre la metà della popolazione mondiale viva nelle città e le previsioni

In uno dei primi e più importanti report sull'Urban health¹⁵, si sottolinea come una popolazione in salute sia essenziale per creare delle città economicamente competitive e inclusive. Nelle città, il progresso nel settore della salute non dipende solo da sistemi sanitari performanti, ma anche dalla realizzazione e formazione di ambienti urbani più salutari. Pure il modo in cui i quartieri delle città e gli agglomerati urbani vengono pianificati – oggi e sempre più in futuro - può condizionare profondamente la capacità dei loro abitanti di condurre una vita lunga, in salute e produttiva. Da qui, una serie di iniziative delineate nel report *UN-Habitat* in cui si trovano alcune soluzioni per assicurare l'accesso all'acqua e alla raccolta dei rifiuti, per ridurre l'espansione urbana a fronte dello sviluppo di nuove opzioni di trasporto, aumentando la sicurezza stradale e rendendo le città a misura delle diverse fasce di età e accessibili a persone con disabilità. Diverso è il discorso per i piccoli borghi o per le aree interne, dove si vivono dimensioni di prossimità diverse: in tali luoghi occorre senza ombra di dubbio ripensare l'organizzazione di quei servizi la cui presenza o assenza ha fatto e fa la differenza per il benessere di tutti, non solo in tempi di emergenza. Ma qui, come nelle grandi aree urbane, la rigenerazione del territorio con l'integrazione strategica tra servizi pubblici, privati e del terzo settore può davvero costituire una efficace reazione allo sconvolgimento conseguente alla pandemia e al cambiamento climatico: può, cioè, costituire una risposta alla alterazione degli equilibri economici e sociali che hanno riguardato e riguardano le fasce più deboli della popolazione¹⁶. La questione coinvolge, in particolare, la c.d. rigenerazione urbana, intesa in senso dinamico, che si arricchisce continuamente di nuovi temi e obiettivi, muovendosi quasi in maniera corrispondente alla dinamica evoluzione delle zone urbane. Diventa e costituisce strumento tanto più efficace quanto più in grado di programmare e integrare strategie e piani di azione comuni secondo un approccio multidisciplinare: dalla sostenibilità economica, alla mobilità diffusa; dalla qualità ambientale alla pianificazione dei quartieri; e ancora servizi integrati¹⁷.

indicano che tale quota salirà al 60 % entro il 2030. Questo ha portato – ad esempio - le città e le aree metropolitane a contribuire per il 70 % alle emissioni globali di carbonio e per oltre il 60 % all'uso delle risorse. Cfr. Legislatura 17^a - Dossier n. 53, in <https://tinyurl.com/mry48baf>

¹⁵ OMS, *Urban health: major opportunities for improving global health outcomes, despite persistent health inequities*, 2016, in <https://tinyurl.com/3y665b3h>. Il report documenta importanti opportunità riferite ad azioni collettive e comuni finalizzate ad implementare gli obiettivi per lo sviluppo sostenibile (Sustainable Development Goals - SDG), fornendo inoltre un importante contributo alla definizione del programma UN-habitat (<https://unhabitat.org/>): il programma delle Nazioni Unite per gli Insediamenti Umani volto a promuovere paesi e città socialmente e ambientalmente sostenibili. UN-Habitat lavora con i partner per costruire città e comunità inclusive, sicure, resilienti e sostenibili; promuove l'urbanizzazione come forza di trasformazione positiva per le persone e le comunità, riducendo la disuguaglianza, la discriminazione e la povertà.

¹⁶ Nella definizione di fasce deboli si intendono qui non solo categorie come gli anziani, ma tutti coloro che si trovano a vivere un disagio diffuso nei diversi settori economici (commercio, artigianato, industria, etc.) a causa dell'aumento della precarietà del lavoro e della perdita degli investimenti causati dalle crisi.

¹⁷ Sul concetto di rigenerazione urbana si veda R. Dipace, *La rigenerazione urbana tra programmazione e pianificazione*, in *Riv. giur. ed.*, 5, 2014, p. 237; si veda anche F. Di Lascio, F. Giglioni (a cura di), *La rigenerazione di beni e spazi urbani. Contributo al diritto delle città*, Bologna, Il Mulino, 2017. Interessante la proposta di connessione fra i concetti di rigenerazione e resilienza (grazie anche al loro significato polisemico): quest'ultima, infatti, va intesa non solo come capacità di adattamento e reazione agli shock, ma anche come idoneità ad affrontare il cambiamento senza perdere la

L'*Urban health*, si attua nel contesto territoriale e si riverbera a livello globale: le misure che alle sue logiche fanno riferimento, invero, hanno come obiettivo la salute globale. Non a caso i più recenti report pubblicati sulla salute urbana e sulle politiche da sviluppare, presentano i dati sulla salute degli abitanti di città di almeno 100 Paesi nel mondo, mostrando come la popolazione urbana sia ovunque in costante crescita e come – quasi una conseguenza – siano in crescita le ineguaglianze di salute, soprattutto tra le popolazioni urbane più ricche e quelle più povere. Se è obiettivo fondamentale il raggiungimento di una migliore salute globale, vi è la necessità urgente di lavorare sulle specificità dei territori in una cornice di politiche locali e generali per identificare e ridurre le ineguaglianze di salute, soprattutto tra le popolazioni più vulnerabili, fra le quali vanno annoverate tutte quelle persone – e sono milioni - che vivono in quartieri urbani privi di servizi di base. Due situazioni a titolo esemplificativo.

La prima. Se ancora oggi, in non poche realtà, circa 4 miliardi di persone vivono in agglomerati urbani di Paesi a basso o medio reddito, dove la possibilità di curarsi è scarsa o assente e molti bambini hanno il doppio di possibilità in media di morire prima dei 5 anni di vita, si rende sempre più urgente e necessaria la realizzazione del *Sustainable Development Goal* (SDG) 2030 ovvero l'obiettivo di assicurare a tutti la copertura sanitaria universale (*Universal Health Coverage* - UHC) permettendo così a ogni individuo di ricevere i servizi sanitari di cui si ha bisogno senza doverne sostenere direttamente il carico finanziario¹⁸. Grazie agli studi sulle disuguaglianze nell'assistenza sanitaria e sul livello di Copertura Sanitaria Universale¹⁹ dei diversi Paesi del mondo e alle conseguenti politiche, in un certo numero di aree urbane è migliorato il livello e la distribuzione della UHC, ma per la popolazione in situazione di povertà la situazione è ancora lontana dal minimo accettabile.

propria identità, la propria storia, le proprie caratteristiche, il sistema di valori che sostiene l'intera collettività; in sostanza, come attitudine a coinvolgere l'intera società nell'attuazione dei principi di democrazia, sviluppo sostenibile e capacità di riforma. Cfr. S. Rusci, *Rigenerazione e resilienza: parole, opere e omissioni*, in *EyesReg*, vol.10, n. 2, 2020.

¹⁸ Si consideri che, in quasi 9 Paesi su 10 (dove sono disponibili dati di confronto) proprio la povertà urbana non ha consentito la realizzazione dell'obiettivo del Millennium Development Goal, cioè quello della riduzione della mortalità sotto i 5 anni. Una panoramica breve ed efficace dei 13 obiettivi del SDG si trova al link: <https://tinyurl.com/3wvaypzs>. Attualmente almeno 400 milioni di persone nel mondo sono escluse da quello che è sostanzialmente un diritto umano di base: l'accesso a cure sostenibili. Nella realtà, questa ampia fetta di popolazione mondiale ha scarso o addirittura nullo accesso ai servizi di salute, con una copertura sanitaria inadeguata o del tutto inesistente. La visione dell'*Urban health* e del Goal di riferimento mira a contenere situazioni di questo tipo e a ridurle il più possibile. Si vedano i report sulla salute urbana globale rinvenibili alla pagina <https://www.ccm-network.it/pagina.jsp?id=node/2038>.

¹⁹ Anche l'Italia sta contribuendo a tale specifica questione, grazie all'Istituto Superiore di Sanità: si veda ISS - Centro italiano per la salute globale, *La copertura sanitaria universale nel mondo*, 2020, in <https://tinyurl.com/ynt9z7c3>. Gli studi sul tema scontano una serie di ostacoli, come la carenza di dati, la difficoltà di comparare valori, la eterogeneità delle diversità interne ai Paesi che incidono concretamente sulla possibilità di trovare indicazioni tecniche e approcci strategici volti a contribuire al miglioramento delle politiche sanitarie per il rafforzamento dei sistemi sanitari. Il Covid 19, avendo posto in evidenza le criticità dei sistemi sanitari e le lacune nella tutela sociale nonché le disuguaglianze strutturali all'interno di uno stesso Paese e fra i Paesi, ha anche potenziato l'importanza di questi studi, sottolineando la forte necessità di coerenza e sinergia tra i sistemi nazionali e la rilevanza di sistemi sanitari forti e resilienti, orientati e capaci di giungere ovunque a una Copertura Sanitaria Universale.

La seconda. E' noto come, a livello globale, grazie anche ai progressi in medicina, la popolazione stia rapidamente invecchiando; è altresì noto come, con l'avanzare dell'età, molte tra le persone più anziane si ritrovino a dover affrontare disabilità fisiche e mentali. Le istituzioni, quelle locali in primo luogo, non potranno non confrontarsi con questa realtà, dovranno, cioè, affrontare concretamente la questione e costruire risposte sui bisogni che ne scaturiscono. Su queste problematiche l'Oms ha messo a punto un utile documento d'indirizzo, *Global strategy and action plan on ageing and health* rivolto principalmente agli urbanisti, con lo scopo di monitorare i progressi verso città "amiche" degli anziani (*Healthy City*)²⁰: l'idea di fondo è quella di progettare città volte a favorire l'invecchiamento attivo, ottimizzando le opportunità di salute, partecipazione e sicurezza e a migliorare in generale la qualità della vita nell'età avanzata.

3. L'Urban health in Italia: la salute come bene collettivo

La consapevolezza di una salute come diritto legato al benessere della popolazione in armonia con l'ecosistema sta crescendo e alimenta a tutti i livelli la ricerca di strumenti di visione e impegno sulla promozione della salute e sulla erogazione dei servizi in ottica One health²¹: come già specificato in queste pagine, questa necessità è chiaramente espressa anche nell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile dell'ONU nell'Obiettivo 11 ossia "rendere le città inclusive, sicure, resilienti".

Da qualche anno, anche l'Italia si è mossa su un percorso in cui gli obiettivi dell'Urban health sono considerati nelle politiche sociali culturali ed economiche in modo che portino a uno sviluppo urbano che abbia la salute come obiettivo primario. In tale percorso, la riqualificazione e la rigenerazione urbana hanno un peso di rilievo²². Proprio qualche mese fa, è stata presentata la versione aggiornata del Manifesto per costruire un modello di Health City, lanciato per la prima volta nel 2016 e realizzato e aggiornato grazie al contributo di oltre 200 esperti e 36 tra Istituzioni, enti, università, società scientifiche, associazioni pubbliche e private²³. Si tratta di un documento che individua i punti fondamentali della città come bene comune; che definisce le linee guida per fare in modo che la realtà urbana risponda ad una idea di salute riferita ad uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale; che ha la visione di rendere le città italiane delle vere e proprie *health city*, cioè città promotrici di salute, amministrare da politiche chiare per la tutela e il miglioramento della salute, città consapevoli dell'importanza della salute come bene collettivo. Il Manifesto considera la

²⁰ Il documento è rinvenibile in <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513500>

²¹ Cfr. Commissione europea, *Strategie di sviluppo urbano sostenibile*, 2011, in <https://tinyurl.com/yyufr6hs>

²² Sul solco delle azioni della c.d. Agenda urbana della UE che mira a coinvolgere le città nella concezione delle politiche UE secondo il Patto di Amsterdam del 2017: si veda per una breve panoramica, https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/it/IP_16_1924

²³ Il Manifesto si trova al link <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1678793195.pdf>

prevenzione come *leit motiv* e incoraggia percorsi volti ad educare a corretti stili di vita, con attenzione alla attività fisica o alla conoscenza dei fattori di rischio per la salute: fra questi, in particolare, l'inquinamento atmosferico e acustico delle città, la disponibilità o meno di spazi verdi accessibili, il trasposto urbano *green*. Nella prospettiva degli estensori del Manifesto, la pianificazione urbana può rappresentare una forma di 'prevenzione primaria' che, attraverso politiche intersettoriali e con il coinvolgimento delle comunità interessate, diventa strategica nel processo di promozione della salute ad ogni livello. A tal fine servono nuovi modelli organizzativi dei servizi (volti soprattutto alla prossimità), nuove idee e nuovi approcci che facciano finalmente comprendere che la spesa sanitaria non va più considerata una spesa, ma un investimento²⁴.

La nuova versione del Manifesto evidenzia come, rispetto al 2016, molte cose oggi siano cambiate sia con riferimento alla popolazione che a livello urbano. Si sono succedute crisi di diverso tipo, climatiche, ambientali, sanitarie e tutte hanno rilevato le enormi sfide che occorre affrontare, indicando come priorità non solo italiana, ma globale, l'agire concreto e congiunto di enti e soggetti pubblici e privati. Da qui la definizione di dieci punti chiave che possono guidare le città a studiare ed approfondire i determinanti della salute nei propri contesti e a fare leva su di essi per individuare le strategie più adatte per migliorare lo stato di salute dei cittadini. Si tratta di punti che mirano a rendere la città volano di benessere sia per chi le vive ora, sia per le generazioni successive, favorendone un futuro sostenibile, equo e inclusivo. Per questo il Manifesto si rivolge a quattro categorie di soggetti: cittadini chiamati ad agire nel quotidiano; associazioni ed enti, che promuovono le istanze sociali; esperti e appartenenti al mondo accademico per lo sviluppo di ricerche e strategie applicative aventi ad oggetto un contesto urbano più efficiente e salubre; istituzioni (soprattutto quelle locali) per guidare e orientare le condotte dei singoli.

A ben vedere, già con la Dichiarazione di Roma del Global Health Summit nel 2021²⁵ era stata sottolineata la necessità di impegni sinergici a tutti i livelli, per far sì che gli enti pubblici agissero simultaneamente e gli enti locali - in particolare – giocassero un ruolo fondamentale per costruire realtà urbane più sostenibili e più eque in considerazione del fatto che, nel mondo attuale, la configurazione delle città e l'inquinamento urbano rappresentano una vera e propria fonte di rischi per i cittadini. Includere, dunque, la salute nello sviluppo urbano è un fattore di crescita e di coesione per ogni Paese, ma – come accennato - anche un catalizzatore di inclusione sociale che può portare ad azioni concrete che incidono su clima e ambiente. E sempre nel 2021, la Conferenza unificata Stato-Regioni aveva sottoscritto un accordo²⁶ in cui era contemplato il *Documento di indirizzo per la*

²⁴ Come già ampiamente dimostrato in letteratura. Cfr., per tutti, M. Ciaschini; M. De Angelis; A. Monteriù; R. Pretaroli; F. Severini; C. Succi, *Investments and Sustainability of Public Expenditure in the Health Sector*, Ambient Assisted Living Forum 2014, Springer, 2015

²⁵ G20, Dichiarazione di Roma, in https://global-health-summit.europa.eu/rome-declaration_it

²⁶ Accordo Stato-Regioni del 22 settembre 2021 rinvenibile in <https://tinyurl.com/mr49zy3s>.

*pianificazione urbana in un'ottica di Salute Pubblica*²⁷, con la finalità di fornire agli *stakeholder* interessati uno strumento di orientamento metodologico e operativo a supporto di strategie intersettoriali e programmi per i Piani regionali di prevenzione (Prp), in coerenza con quanto previsto dal Piano nazionale di prevenzione (PNP) 2020–2025²⁸. Il PNP – che mira a contribuire al raggiungimento degli obiettivi dell'Agenda 2030 dell'ONU - rafforza la visione One health, che – si ribadisce - è l'approccio che vede la salute (umana, degli animali e degli ecosistemi) come risultato di uno sviluppo interconnesso, armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente. In tale visione, il PNP promuove in Italia l'applicazione di un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per affrontare i rischi potenziali o già esistenti che hanno origine dall'interfaccia tra ambiente-animali-ecosistemi; sottolinea l'importanza dell'approccio *life course*, volto al mantenimento del benessere in ciascuna fase dell'esistenza, per setting (scuola, ambiente di lavoro, comunità, servizi sanitari, città, etc.), come facilitatore di azioni di prevenzione e promozione della salute. Più specificamente, nel Piano sono individuati criteri utili ad aiutare gli operatori e i decisori nella valutazione della pianificazione urbanistica finalizzata alla promozione della salute e dei corretti stili di vita, nell'ottica dell'*Urban Health*. Il riferimento per la stesura del documento è stata l'esperienza maturata nell'ambito del progetto del 2017 denominato Ccm-Urban Health: buone pratiche per la valutazione di impatto sulla salute degli interventi di riqualificazione e rigenerazione urbana e ambientale²⁹, che ha avuto come principale prodotto l'individuazione di uno strumento multicriteriale di valutazione dei piani e dei progetti urbanistici in funzione dell'impatto sulla salute.

3.1. L'implementazione dell'Urban health nel sistema sanitario italiano

Se le cornici normative e di pianificazione, dunque, sono presenti, sia a livello internazionale ed europeo che a livello italiano, si tratta ora di vedere quali sono le ricadute concrete dell'avvio di queste indicazioni normative e progettuali. Il punto di riferimento è sicuramente il servizio sanitario nazionale (Ssn), chiamato dalla normativa sui Livelli essenziali di assistenza (Lea) ad assumere un ruolo chiave, sia come promotore di politiche e azioni volte a migliorare gli stili di vita e le condizioni della salute della popolazione, sia come controllore di tali azioni, attraverso la valutazione igienico-

²⁷ Il Documento è stato elaborato dal Tavolo di lavoro su città e salute (Urban Health), istituito presso la Direzione generale della prevenzione sanitaria del ministero della Salute, che ha operato tra maggio 2018 e marzo 2021. Il documento è reperibile in https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3125_allegato.pdf

²⁸ Il Piano, adottato il 6 agosto 2020 con Intesa in Conferenza Stato-Regioni, è rinvenibile al link https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5029_0_file.pdf ed un suo breve commento in <https://tinyurl.com/5cmm33pz>.

²⁹ Nello studio, gli indicatori di Urban Health sono raggruppati in 7 macroaree tematiche: criteri generali; ambiente; suolo e sottosuolo; sostenibilità e igiene del costruito; sviluppo urbano e sociale; mobilità e trasporti; spazi esterni. Il testo del progetto Ccm è reperibile in <https://t.ly/mZHVI>. In particolare, con il progetto è stato redatto il Manuale per l'applicazione di uno strumento di valutazione multicriteriale per la definizione delle implicazioni di salute negli interventi urbani (https://www.ccm-network.it/imgs/C_27_MAIN_progetto_550_1_file.pdf).

sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica. Nella normativa sui Lea, infatti, con riferimento al livello della “Prevenzione collettiva e sanità pubblica” (che include le attività e le prestazioni volte a tutelare la salute e la sicurezza della comunità da rischi infettivi, ambientali, legati alle condizioni di lavoro e correlati agli stili di vita), nell’area di intervento “Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinanti”, è contemplato il programma “Valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica”. E in tale programma, vi è il diretto coinvolgimento delle Aziende sanitarie locali (Asl) per la definizione di strumenti di pianificazione e regolazione urbanistica. Da qui la previsione nel PNP 2020-2025 della partecipazione di operatori della prevenzione sul territorio a tavoli tecnici sull’Urban Health per il supporto alla definizione – a livello locale - dei Piani urbani di mobilità sostenibile (PUMS), cioè piani strategici che si basano sugli strumenti di pianificazione esistenti e tengono in adeguata considerazione i principi di integrazione, partecipazione e valutazione per soddisfare, oggi e nel futuro, le necessità di mobilità delle persone e delle merci con l’obiettivo di migliorare la qualità della vita nelle città e nei loro dintorni³⁰. In sostanza, mentre il livello nazionale è tenuto a mettere in campo le Linee di supporto centrale al PNP, parte integrante del Piano stesso, al fine di contribuire al raggiungimento degli obiettivi garantendo la coesione del sistema, le azioni specifiche vanno messe a punto a livello decentrato a partire dalla singola Regione, che dovrà implementare il PNP attraverso la predisposizione e approvazione di un proprio Piano locale (Piano Regionale della Prevenzione – PRP), declinando contenuti, obiettivi, linee di azione e indicatori del Piano nazionale all’interno dei contesti regionali e locali. A tal fine, sarà necessario, da un lato, prevedere azioni volte a rafforzare l’approccio intersettoriale, a perseguire l’equità e a promuovere la formazione del personale sanitario; dall’altro, un fattivo coinvolgimento di figure chiave (come i medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta) per favorire l’*health literacy* e l’empowerment dei cittadini. Oltre ad una pianificazione *mulilevel*, si possono – ad oggi – annoverare sono iniziative specifiche partite dal livello locale e sostenute dal ministero della Salute sulla scorta degli obiettivi del programma *Guadagnare Salute* del 2007³¹: si tratta di progetti e programmi di Comuni, Asl e altri attori del territorio come la Rete italiana città sane, una rete per la promozione della salute e lo sviluppo di condizioni ambientali che favoriscano sani stili di vita³².

Ciò che si vuole ora sottolineare è che in tale quadro, come nel quadro più generale della politica di Urban health, le amministrazioni locali hanno un ruolo particolarmente delicato (per non dire cruciale e difficile) in quanto sono e saranno sempre più chiamate ad affrontare direttamente l’attivazione delle misure specifiche che le norme e/o il livello istituzionale nazionale ha affidato loro

³⁰ Per uno sguardo sui PUMS si veda il sito <https://www.osservatoriopums.it/il-pums/>

³¹ Lo si legga in: <https://www.epicentro.iss.it/guadagnare-salute/>

³² Vedi <https://www.retecittasane.it/>

sulla base del principio di sussidiarietà. Ben vengano dunque le strategie istituzionali potenziate con il Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) volte al miglioramento dei servizi ai cittadini da parte degli enti pubblici attraverso il rafforzamento della *capacity building* delle pubbliche amministrazioni³³, auspicando la generazione di meccanismi che metta a sistema l'insieme delle risorse possibili, organizzative e finanziarie, per centrare gli obiettivi, evitando la dispersione di idee e di competenze nel processo decisionale delle pubbliche amministrazioni.

Con riferimento specifico al sistema salute, come si è già accennato, la necessità di una rivisitazione della organizzazione dei servizi sanitari territoriali è risultata subito evidente con la pandemia e, in generale, soprattutto in considerazione di eventi che possono colpire con una velocità che rende tardive molte reazioni. Per proteggere concretamente la salute della popolazione, infatti, occorre garantire una sanità diffusa, con servizi di base e assistenza sanitaria di prossimità che rispetti tanto le esigenze di eguaglianza su tutto il territorio nazionale, quanto le differenze collegate e legittimate da diversità territoriali. Invero, questo punto di equilibrio, nel nostro ordinamento, è stato rinvenuto già nel 2001 nella formula dei Lea. Una formula che, tuttavia, non garantisce quel diritto alla salute connesso ad un'unica cittadinanza sociale, soprattutto se, in determinate situazioni, l'esercizio delle differenze si traduce in inadeguatezza di risposte di cura e non pochi elementi di criticità³⁴. Peraltro, quello italiano è un sistema sanitario molto eterogeneo a livello regionale in termini di livelli di servizio con la conseguenza che, pur in situazioni con medesimi indicatori di qualità, la risposta è diversa in quanto è diverso sia l'assetto organizzativo, sia la distribuzione territoriale del servizio.

Se, dunque, la pandemia ha posto sotto i riflettori le molte criticità del Ssn ed evidenziato l'esigenza di maggiore coordinamento e attenzione nell'erogazione dei servizi sanitari di prossimità, risulta allora ancora più pressante l'urgenza di adeguare l'assetto organizzativo dei servizi alle sfide post emergenziali che ben possono essere inquadrare nella cornice dell'Agenda 2030. Invero, se è indubbio come la prossimità di servizi sanitari e la loro efficienza - laddove attivi - abbiano fatto la differenza nella risposta alla pandemia, è piuttosto certo che la presenza di reti di presidi territoriali di servizi integrati (sanitari, sociali, commerciali, amministrativi, etc.) in un'ottica di Urban health potrebbe contribuire non poco a supportare la ripresa economica post pandemica e migliorare il benessere dei cittadini. In altre parole, lasciando qui da parte le cause che hanno impedito l'attuazione

³³ Il PNRR si articola in missioni (le sei grandi aree di intervento, i cosiddetti pilastri sui quali i singoli Piani nazionali devono incentrarsi: transizione verde, trasformazione digitale, crescita intelligente, sostenibile e inclusiva, coesione sociale e territoriale, salute e resilienza economica, sociale e istituzionale, politiche per le nuove generazioni, l'infanzia e i giovani), secondo quanto previsto dal Regolamento UE 2021/241 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021. Il Piano italiano è approvato il 26 aprile 2021 ed è rinvenibile in <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>

³⁴ Le debolezze del sistema sanitario italiano sono state messe in luce anche dal 17 Rapporto Osservasalute del 2020 le cui linee essenziali sono rinvenibili in <https://tinyurl.com/mpwetyf5>

delle norme sulle cure di prossimità previste da almeno dieci anni³⁵, si intende qui sottolineare che la debolezza del sistema di cure sul territorio, può essere superata proprio adesso, con l'esigenza di cambiamento in ascesa, con l'arrivo delle risorse del PNRR, con la grande attenzione posta sulla transizione digitale e – non da ultimo – con l'accento sulla rigenerazione dei luoghi. E' questa l'occasione (forse unica) per dare il giusto peso alla medicina di prossimità, muovendosi con logiche circolari e sinergiche al fine di cogliere tutte le opportunità messe in campo³⁶: nel PNRR, ad esempio, si afferma un nuovo modello di assistenza territoriale, fondato su un percorso integrato che parte dalla propria casa “come primo luogo di cura”, per giungere alle Case della Comunità e agli Ospedali di Comunità, superando la carenza di coordinamento negli interventi sanitari, socio-sanitari e socioassistenziali e puntando sull'integrazione dei servizi sul territorio; i servizi sanitari coordinati stabilmente con altri servizi a livello locale vanno poi rafforzati grazie agli strumenti che la tecnologia consente di organizzare a rete. L'idea è quella di lavorare per un sistema integrato di servizi di *welfare* e servizi amministrativi volti a rendere concretamente esigibili diritti costituzionalmente garantiti³⁷.

³⁵ Da tempo i cambiamenti sociali e la maggiore aspettativa di vita avevano rilevato la necessità di realizzare in un paese come l'Italia, un modello di servizio sanitario basato a livello territoriale su reti socio-sanitarie di cure primarie e di continuità assistenziale, per offrire ai cittadini servizi non solo più accessibili ma anche meglio organizzati. Per questo, i progetti di servizi sanitari e servizi di base in sinergia sono risalenti. Le Case di comunità, ad esempio, sono una sorta di evoluzione della casa della salute prevista circa quindici anni fa e che non si è sviluppata come si voleva. La Casa della salute, come definita dal Decreto del Ministero della Salute del 10 luglio 2007, è una «struttura polivalente in grado di erogare in uno stesso spazio fisico l'insieme delle prestazioni socio-sanitarie, favorendo, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie». Come precisato nell'allegato A, all'interno della struttura devono trovare collocazione gli studi dei Medici di Medicina Generale (MMG) e deve essere garantita la continuità assistenziale 7 giorni su 7 e per le 24 ore attraverso il lavoro in team con i medici di continuità assistenziale e di emergenza territoriale. Sono parte integrante della Casa della salute gli ambulatori della Specialistica ambulatoriale. Fra l'altro, nella Casa della salute deve essere attivata la telemedicina e la possibilità di offrire il teleconsulto a distanza, mediante una piattaforma tecnologica che consenta il collegamento in tempo reale con l'ospedale/i di riferimento per la diagnostica di secondo livello. Come emerge da uno studio della Camera dei Deputati del marzo 2021 (Camera dei deputati - XVIII Legislatura. Documentazione e ricerche, Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale n. 144) oggi è presente sul territorio un numero ancora esiguo di Case della Salute anche probabilmente per la presenza di alcune criticità nel rapporto fiduciario fra pazienti e medici di medicina generale. In tema di reti, cfr. il catalogo di community building a tutela della salute che analizza i meccanismi di collaborazione fra Aziende Sanitarie, Enti Locali e del Terzo Settore (in particolare Cap. 3 Le reti) <https://cergas.unibocconi.eu/observatories/community-building-network>; J. Aillon, M. Bessone, C. Bodini (a cura di), *Un nuovo mo(n)do per fare salute. Le proposte della Rete Sostenibilità e Salute*, Torino, 2019

³⁶ Con riferimento alla missione 6 Salute (PNRR, pag. 222 e ss.), il Piano sottolinea la presenza di *aspetti critici di natura strutturale, che in prospettiva potrebbero essere aggravati dall'accresciuta domanda di cure derivante dalle tendenze demografiche, epidemiologiche e sociali in atto; di significative disparità territoriali nell'erogazione dei servizi, in particolare in termini di prevenzione e assistenza sul territorio; una inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali; elevati tempi di attesa per l'erogazione di alcune prestazioni; una scarsa capacità di conseguire sinergie nella definizione delle strategie di risposta ai rischi ambientali, climatici e sanitari*. L'obiettivo del PNRR è quello di *affrontare in maniera sinergica tutti questi aspetti critici*. La Missione 6 si articola in due componenti: la prima afferisce a reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale (gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari); la seconda mira all'innovazione, alla ricerca e alla digitalizzazione del servizio sanitario nazionale, una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei LEA attraverso più efficaci sistemi informativi. Rilevanti risorse sono destinate anche a favorire il trasferimento tecnologico e a rafforzare le competenze e il capitale umano del Ssn anche mediante il potenziamento della formazione del personale.

³⁷ Cfr. AA.VV., *Proposte per l'attuazione del PNRR in sanità: governance, riparto, fattori abilitanti e linee realizzative*

Le reti istituzionali amministrative a livello locale (ad esempio l'Unione di comuni) possono essere un modello di appoggio e di riferimento, perché organizzare o riorganizzare servizi in maniera integrata e gestire fondi e progetti come il PNRR implica capacità e risorse che ogni ente singolarmente non può sostenere. Obiettivi di questo genere, invero, se sono auspicabili, non sono però raggiungibili ovunque e nel breve periodo, perché se ci sono comunità e territori in cui i presupposti sono tali da permettere di attivare nuovi progetti o rinforzare quelli già in atto in maniera agevole, ci sono realtà in cui le possibilità di costruire modelli organizzativi innovativi sono assai poche. E ciò anche in considerazione di due indispensabili condizioni: le capacità gestionali e la tecnologia.

Con riferimento alla prima condizione, è indubbio che le risorse umane sono cruciali per ogni riforma: non è un caso che il tema sia uno dei nodi del PNRR e le recenti linee programmatiche per una nuova pubblica amministrazione puntino a dotarla delle migliori competenze in termini di capitale umano³⁸. Le esigenze di rinnovamento del Ssn richiederanno al management della sanità italiana un impegno ancora più serrato³⁹. Invero, la mobilitazione di risorse finanziarie non potrà essere sufficiente se non sarà gestita efficacemente; la formulazione e la realizzazione dei progetti finalizzati al raggiungimento degli obiettivi fissati dal PNRR e da altri piani, in coerenza tra loro e nel rispetto dei vincoli esistenti, implica un impegno forte e uno sforzo che non può essere improvvisato e l'impreparazione nel gestire tutte le risorse in campo potrebbe portare allo spreco di un'occasione storica. In un nuovo rapporto fra medicina ospedaliera e medicina territoriale, una svolta è stata impressa con il D.L. n. 34 del 19 maggio 2020 (il c.d. decreto "Rilancio" convertito con legge. n. 77), che ha dettato norme finalizzate a intervenire in modo organico e non provvisorio sul sistema, per rispondere in maniera più idonea alla domanda di assistenza (non solo in relazione alle nuove esigenze emerse con la pandemia). Le norme del decreto hanno previsto sia il potenziamento dell'assistenza domiciliare, sia la possibilità di sperimentare nuove forme di sostegno a livello territoriale che, attraverso le strutture di prossimità e il c.d. budget di salute, favoriscono la permanenza a domicilio dei pazienti.

Rispetto alla seconda condizione, l'uso della tecnologia è indispensabile per l'implementazione di soluzioni innovative per il rinnovamento dell'assistenza socio-sanitaria orientata da e con progetti volti alla prossimità che va vista ormai come valore⁴⁰. Non a caso, sia a livello europeo che nazionale

delle missioni, 28 maggio 2021, rinvenibile in

https://www.santannapisa.it/sites/default/files/20210527_proposte_attuazione_pnrr.pdf

³⁸ Per uno sguardo sulle linee guida della nuova PA, si veda <https://tinyurl.com/msvphn3k>

³⁹ G. Vicarelli, G. Giarelli (a cura di), *Libro Bianco. Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19 Problemi e proposte*, Milano 2021.

⁴⁰ Cfr. A. Valastro, *Territori, crisi e distanziamenti: la prossimità come trama e alimento della democrazia sociale*, in *federalismi.it*, n. 11/ 2022

si sta puntando su una forte infrastrutturazione tecnologica dei servizi sanitari sul territorio con investimenti dedicati⁴¹: invero, tecnologie digitali, come l'intelligenza artificiale, rendono possibile offrire e adottare nuovi livelli di intervento, assistenza e cura dei pazienti, consentendo peraltro alle strutture sanitarie di risparmiare tempo e risorse.

4. Alcune note conclusive

La riorganizzazione dei servizi sanitari in un territorio oggi non può che avvenire in un'ottica multidimensionale, che – nella situazione attuale - è più che mai l'ottica dell'*Urban health*: un approccio che unisce la medicina umana, animale e ambientale nel solco del concetto che lo stesso Papa Francesco aveva evidenziato nell'enciclica “Laudato si” del 2015⁴² e che dovrebbe guidare tutta la comunità scientifica verso un lavoro sinergico per la salvaguardia del pianeta. In altre parole, non si può più pensare ad un sistema sanitario che non guardi alla salute in senso totalizzante e in prospettiva globale. Non c'è salute senza un accesso a servizi sociali e sanitari appropriati ed efficaci e allo stesso tempo senza casa, istruzione, reddito, cibo, un ecosistema sostenibile, risorse adeguate ad uno sviluppo individuale e collettivo e per una qualità della vita dignitosa, come già negli anni '90 del secolo scorso, la Carta di Ottawa aveva rimarcato. Del resto, se la salute è ormai considerata come uno dei più importanti indicatori dello sviluppo sostenibile di una nazione, di una città o di una comunità (Shanghai Declaration, 2016), non si può che avere un orientamento strategico che integri le azioni di tutela e promozione della salute nella progettazione delle infrastrutture sociali e territoriali, guardando anche all'impatto con la salute globale. Con la c.d. Urban Health si fa un passo avanti proprio in questa direzione, nella consapevolezza che l'ambiente urbano incide sulla salute agendo su diversi livelli: dai cambiamenti sociali che alterano i comportamenti individuali, all'esposizione della popolazione a fattori di rischio legati ad un ambiente fisico inadeguato, che spesso è sia causa che conseguenza delle alterazioni della biosfera e del clima. E se ne ha avuta una lampante dimostrazione proprio in tempo di pandemia. L'esperienza ha mostrato, infatti, come la risposta del Ssn al Covid – in Italia, ma anche in altri Paesi - sia stata ostacolata non solo da una assistenza territoriale e ospedaliera non sempre adeguata; ma anche da difficoltà dovute a mancanze infrastrutturali, in particolare di natura tecnologica e digitale; da problemi nell'approvvigionamento

⁴¹ Già nel 2018 la Commissione Europea (Comunicazione del 25 aprile 2018 relativa alla trasformazione digitale della sanità e dell'assistenza nel mercato unico digitale, alla responsabilizzazione dei cittadini e alla creazione di una società più sana - COM(2018)0233) aveva sollecitato il Parlamento Europeo ad agire nell'ottica di una trasformazione digitale del settore sanitario. Alla fine del 2020, in seguito alla pandemia da Covid-19, la Conferenza Stato-Regioni ha approvato il documento “Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina”. Qui si trovano indicazioni chiare sulle prestazioni che possono essere erogate in un ambito importante della *smart health*, sulle prestazioni di supporto e sulle prestazioni integrative, accanto a una visione dei servizi che possono sostituire la prestazione sanitaria tradizionale, nella prospettiva di definire delle “nuove prassi” (documento rinvenibile in <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2602365.pdf>)

⁴² Enciclica rinvenibile in <https://tinyurl.com/yb3k9jdn>

di dispositivi medici e sanitari e da carenze nella dotazione di risorse umane specializzate. In pandemia le situazioni più difficili si sono viste nelle zone dove è mancato il lavoro in rete, o i presidi territoriali che potevano fungere da supporto alla situazione di emergenza. Se si vuole agire concretamente nel perseguire il riconoscimento del legame indissolubile tra la salute delle persone e l'ecosistema, occorre costruire, sostenere e sviluppare le reti fra territori e nei territori: reti di stretta collaborazione fra politiche sanitarie e non sanitarie; reti istituzionali e sociali, reti di professionisti, di persone e di servizi. La sanità in rete, la sanità diffusa collegata ad altri servizi locali, è una “sanità di nuova generazione”, in grado di assicurare evidenti vantaggi ai pazienti, al personale sanitario, alla collettività, al territorio in un processo di rigenerazione con effetti positivi moltiplicativi.

Ora, sembra quasi ovvio sottolineare che non tenere conto di tutto questo nel momento in cui si torna ad investire - anche finanziariamente - sul sistema sanitario e con l'attenzione verso i criteri dell'Urban health sarebbe un grave errore. Finalmente, però, sembra largamente condivisa l'idea secondo la quale la riorganizzazione della rete territoriale sia un passaggio fondamentale per il riassetto della sanità in funzione del benessere dei cittadini. E, se si è constatato con evidenza pure in pandemia che il numero degli malati e il numero dei morti in ogni Paese ha rispecchiato non solo caratteristiche fisiologiche degli individui ma anche un legame con le condizioni di vita e con le scelte politico-economiche dei governi, allora non si può davvero ignorare come nel mettere mano alla riorganizzazione territoriale della sanità, convenga procedere in una ottica di Urban health, con tutte le sue declinazioni, fra cui la rigenerazione urbana e la costruzione di reti sociali e amministrative intergenerazionali e multiprofessionali. E ciò anche e nonostante le enormi difficoltà finanziarie in cui si muovono i sistemi sanitari di tutti i Paesi.

LA SANTE SUR LE TERRITOIRE ITALIEN: DU MODELE HOSPITALO-CENTRIQUE A LA SANTE TERRITORIALE DU PLAN NATIONAL DE RELANCE ET DE RESILIENCE

Marta Cerioni

Professeur de Droit constitutionnel, Università Politecnica delle Marche

Résumé : L'essai traite de l'analyse du système de santé italien après la période Covid, en soulignant les problèmes critiques. L'une des réponses du législateur italien a été le décret no. 77 de 2022. Après une brève analyse de son processus de formation et de son contenu, nous venons énumérer les nouvelles articulations des structures de proximité. En fait, l'un des plus grands inconvénients de la pandémie a été créé par un système trop axé sur les hôpitaux et très peu sur les soins de santé locaux. Le décret vise à inverser la tendance en créant des structures capables d'être plus proches des citoyens et de leurs besoins en matière de santé. À cela s'ajoutent les innovations en matière de numérisation, de télémédecine, de prévention et de mécanismes de stratification de la population qui permettent de mieux identifier les besoins des patients chroniques de la région. Toutes ces innovations devront être mises en œuvre grâce au plan national de relance et de résilience ainsi que grâce aux multiples investissements dans les structures. Malheureusement, le beau projet du nouveau système de santé territorial italien est incomplet en raison d'un manque de fonds pour le personnel et d'autres problèmes critiques qui pourraient créer des retards et des incertitudes dans sa mise en œuvre, comme le soulignent les conclusions.

Mots clés : structures de proximité ; hôpitaux ; santé locaux ; plan national de relance et de résilience

Introduction et objectifs : l'essai part de la période post-covid, en soulignant la criticité principale, à savoir la présence d'un système de santé italien trop axé sur les hôpitaux et pas assez sur les installations locales. L'objectif est de vérifier comment la structure du système juridique a changé pour éviter la persistance du problème.

Méthodologie de recherche : L'essai examine les réglementations (primaires et secondaires), les documents documentaires des observateurs, les plans de régulation, le plan national de relance et de résilience.

Résultats et conclusions : contenu des derniers paragraphes où le décret n° est jugé positivement. 77/2022 mais des doutes sont émis quant à sa mise en œuvre complète et à sa rapidité de mise en œuvre.

Bibliographie : Les ouvrages cités sont écrits dans les notes de bas de page de temps en temps.

Sommaire : 1. Covid et le système de santé ; 2. Le processus de formation ; 3. Contenu du DM n. 77/2022 ; 4. Nouvelles articulations des structures de proximité de santé ; 5. Autres nouvelles ; 6. PNRR – mission santé ; 7. Belle conception mais mise en œuvre critique ; 8. Contemporain incertitudes dans la mise en œuvre ; 9. En fait... redéfinition de certains investissements.

1. Covid et le système de santé

Le Covid a très clairement mis en évidence les fissures du système centré sur l'hôpital, depuis les salles d'urgence jusqu'à l'utilisation continue et constante des cliniques externes des hôpitaux, même lorsque les services de santé pourraient, avec plus d'efficacité, d'efficience et de rentabilité, être fournis à la maison⁴³. La concentration excessive de personnes nécessitant un traitement dans les hôpitaux et dans ses cliniques a fait du système de santé un système centré sur l'hôpital, finissant par encombrer complètement la structure avec des listes d'attente qui durent des années, tant pour les traitements que pour les diagnostics de prévention⁴⁴. En revanche, un système de santé durable est celui qui fournit des services et des traitements dans la zone où cela est possible, en particulier pour les personnes âgées (c'est-à-dire la majorité des malades chroniques en Italie) et qui délaisse les postes hospitaliers pour des traitements plus avancés, comme traumatismes et diagnostic. De cette manière, il est réellement possible d'atteindre rapidement et efficacement tous les utilisateurs du service de santé, en laissant les personnes âgées chez elles, donc avec une plus grande pertinence des soins et un plus grand confort pour elles⁴⁵.

⁴³ Pour vérifier cette situation, lire le rapport de l'observatoire de la fondation Gimbe sur « l'impact de la pandémie de COVID-19 sur la fourniture des services de santé », Report Osservatorio GIMBE n. 1/2021, <https://www.salviamossn.it/attivita/osservatorio/impatto-pandemia-prestazioni-sanitarie>. Selon le rapport, L'apparition soudaine du SRAS-CoV-2 a mis à l'épreuve les pays du monde entier qui, en l'absence de thérapies pharmacologiques et de vaccins efficaces, se sont retrouvés à mettre en œuvre d'importantes mesures restrictives comme principales stratégies de contraste. En Italie, dans un système national de santé non préparé à gérer une pandémie et déjà en difficulté au cours de la période précédente en raison de coupes budgétaires et de défincancements qui durent depuis des décennies, les dommages directement liés à la maladie COVID-19 se sont inévitablement accompagnés de dommages indirects, liés aux retards dans l'accès aux services de santé et à l'annulation de services urgents ou différés, qui restent fondamentaux pour sauvegarder l'état de santé global des citoyens, en particulier ceux qui sont plus fragiles et souffrent de maladies chroniques. Ce rapport propose une comparaison du nombre de services fournis en Italie en 2020 par rapport à 2019 en termes d'hospitalisations pour les DRG médico-chirurgicaux et les services spécialisés ambulatoires, avec une analyse approfondie des contrôles pour le cancer. Le document analyse également en détail la réduction des volumes enregistrés dans certains domaines spécialisés, sélectionnés selon des critères de prévalence, d'impact clinique, sur les services de santé et sur la qualité de vie des patientes : cancer du sein ; cancer colorectal ; pathologies dépendant du temps (infarctus aigu du myocarde et accident vasculaire cérébral ischémique) ; obésité et chirurgie bariatrique ; orthopédie (prothèses). Pour des commentaires doctrinaux, voir *ex multis* R. BALDUZZI, *Cinque cose da fare (e da non fare) in sanità nella (lunga e faticosa) transizione verso il post-pandemia*, in *Corti Supreme e Salute*, n. 2/2020, 339 ss.; A. PIOGGIA, *La sanità italiana di fronte alla pandemia. Un banco di prova che offre una lezione per il futuro*, in *Diritto pubblico*, 2, 2020, p. 385; ID., *La lezione dell'epidemia di Covid-19 sul sistema sanitario e il suo ruolo*, in *Istituzioni del federalismo*, n. speciale, 2020, p. 17.

⁴⁴ Voir le travail de l'Observatoire National des Listes d'Attente qui a été créé au sein de la Direction Générale de la Planification Sanitaire - Bureau 3, par Arrêté Ministériel du 20 juin 2019 et renouvelé par Arrêté Ministériel du 31 décembre 2021. Il a pour mission de soutenir les Régions et les Communautés Autonomes. Provinces dans la mise en œuvre des dispositions contenues dans le Plan Gouvernemental National de Liste d'Attente (PNGLA).

⁴⁵ R. BALDUZZI e D. SERVETTI, *Dieci tesi per una nuova sanità territoriale*, in *Corti Supreme e Salute*, n. 2/2023, 1 ss. qui a formalisé « dix thèses » (dans le cadre du LaboST de l'Université Catholique) qui condensent les principales acquisitions, en termes d'analyse et de proposition, ressorties des travaux de la Journée d'Etude, à laquelle ont participé plus de quarante intervenants, parmi des experts et spécialistes du sujet. Les thèses sont les suivantes : 1. Le principe de « proximité », qui qualifie la composante n. 1 de la Mission Santé du Pnrr, implique le renversement du rapport entre besoin et service : la réorganisation des soins de proximité ne doit pas être autocentrée sur les services, mais poursuivre l'approche proactive et inclusive des soins primaires. 2. L'offre de formation doit être adéquate aux besoins des soins de santé locaux, tant sur le plan organisationnel que professionnel. 3. Les services de district et hospitaliers font partie d'un même réseau local et régional : la réorganisation du sous-réseau territorial ne peut être indépendante d'une révision du sous-réseau hospitalier. 4. Il est stratégique de mettre en valeur les « micro-réseaux » professionnels actifs au niveau local

Pour changer cette approche, le décret ministériel du 23 mai 2022, n. 77, avec lequel a été publié le « Règlement contenant la définition de modèles et de normes pour le développement de l'assistance territoriale dans le Service National de Santé », publié sur le Journal Officiel, série générale, n. 144 du 22 juin 2022.

En plus du facteur d'encombrement des hôpitaux, il y a aussi le fait que le manque de soins territoriaux, au fil du temps, a diminué les niveaux d'assistance aux malades sur le territoire, les reléguant dans la catégorie B des patients avec de graves dommages. Même le Rapport 2021 sur la coordination des finances publiques de Cour des comptes, après la propagation de la pandémie, a confirmé que « la réorganisation du réseau d'assistance et l'utilisation globalement plus appropriée des installations hospitalières ne se sont pas accompagnées, ces dernières années, d'un renforcement de l'offre territoriale l'aide destinée à la partie « la plus faible » de la population, c'est-à-dire les personnes âgées, les handicapés, les malades en phase terminale. Dans de nombreux cas, les seuils requis n'ont pas été atteints, même s'ils ont été fixés à des niveaux très bas »⁴⁶.

2. Le processus de formation

Le processus de formation du DM n. La loi n°77 de 2022 a été assez troublée et a soulevé de nombreuses questions critiques⁴⁷.

Tout d'abord, l'accord État-Régions n'est pas acquis. Remplacé comme l'art. 3, alinéa 2, décret législatif no. 281/1977 le permet avec une résolution motivée du Conseil des ministres qui peut être adoptée une fois écoulé le délai de trente jours à compter de la première session de la Conférence État-Régions au cours de laquelle l'objet est inscrit à l'ordre du jour. Cependant, si d'un côté le problème a été formellement résolu, il ne l'est pas du côté substantiel. Cela signifie que les Régions ne sont pas d'accord avec le projet de décret sur la santé territoriale et cela crée un grand embarras institutionnel, ainsi que des difficultés administratives de mise en œuvre, puisque ce sont les différents

pour la gestion des parcours de soins complexes. 5. La planification des dépenses courantes générées par la réorganisation territoriale représente un défi à relever de manière progressive et graduelle, mais sans ajournements ni retraits. 6. On ne peut éluder la question des relations entre le secteur public et les opérateurs privés dans la structure du nouveau système de santé territorial. 7. Le succès de la réforme dépend dans une large mesure de l'intégration effective de la médecine générale dans l'organisation du district. 8. L'intégration de la « pharmacie de service » dans le réseau territorial représente une opportunité pour garantir la proximité des services, à condition qu'elle s'effectue dans un cadre planifié et réglementé. 9. La mise en œuvre de la Mission n. 6 perd de vue l'objectif de renforcement de la prévention primaire et de la promotion de la santé, risquant de déséquilibrer encore davantage le système vers l'assistance. 10. La mise en œuvre des normes du nouveau système de santé territorial nécessite une plus grande coordination entre l'État et les régions, dans le sens inverse de l'octroi de davantage d'espaces de différenciation entre les régions.

⁴⁶ Ainsi l'Assemblée des sections pour l'audit, Cour des comptes, Rapport sur la coordination des finances publiques 2021, p. 275.

⁴⁷ Lire l'essai de R. BALDUZZI, *Gli standard (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni*, in *Corti supreme e salute*, n. 2/2022 qui résume les principaux problèmes du décret tant du point de vue procédural que des sources et enfin du contenu.

systèmes régionaux de santé qui doivent mettre en œuvre la réforme territoriale. S'ils ne sont pas d'accord dès le départ, comment peuvent-ils collaborer de manière constructive ?

Deuxièmement, manque d'implication de la Commission nationale d'actualisation des LEA et de promotion de l'adéquation au sein du Service national de santé, qui a remplacé la précédente Commission⁴⁸. Est-ce un défaut de procédure ? Il y a eu un grand débat qui a ensuite été clarifié par l'audition du ministre chargé de la question qui a expliqué comment en réalité l'obligation de l'accord de ladite commission était tacitement abrogée d'une autre source et donc non due.

Troisièmement, la doctrine⁴⁹ doute qu'un sujet aussi clair et spécifique puisse être réglé par une source secondaire et non par une source primaire, sous peine de violer le principe de légalité formelle et substantielle. Le défaut est d'autant plus grave que le décret de source secondaire est composé seulement de quatre articles et de trois annexes détaillées qui représentent au contraire le centre du règlement. Par conséquent, les détails sont laissés dans les pièces jointes d'une source réglementaire.

Cependant, comme indiqué dans l'art. 1 du décret, les pièces jointes ont le même effet que le décret et notamment la pièce jointe 2 qui a une valeur prescriptive (tandis que la pièce jointe 1 est descriptive et la pièce jointe 3 a une définition terminologique avec le nouveau glossaire).

3. Contenu du DM n. 77/2022

Selon le décret, le modèle de développement de l'assistance territoriale dans le Service National de Santé et les normes qualitatives, structurelles, technologiques et quantitatives des structures dédiées à l'assistance territoriale et au système de prévention dans les domaines sanitaire, environnemental et climatique sont identifiés dans les annexes puis mis en œuvre dans un délai de 6 mois par chaque Région dans son propre système de santé régional avec son propre acte (disposition générale de planification de l'Assistance Territoriale). Par ailleurs, les Régions prennent des mesures pour adapter l'organisation de l'assistance territoriale et le dispositif de prévention sur la base des normes fixées dans le décret et également en cohérence avec les investissements prévus par la Mission 6 Composante 1 du PNRR. Bref, une activité complexe qui doit concrètement mettre en œuvre les données réglementaires nationales sur les normes territoriales (DM 77) et les investissements du PNRR.

Un contrôle semestriel des normes prévues par le règlement est prévu, effectué par l'Agence nationale des services régionaux de santé (Agenas). Agenas procédera à l'établissement d'un rapport qu'elle transmettra à Ministère de santé tous les six mois sur l'état de mise en œuvre, dans chaque région des normes qualitatives, structurelles, technologiques et quantitatives des structures dédiées à l'assistance territoriale et au système de prévention dans les domaines de la santé, de l'environnement

⁴⁸ Conseil État, avis n. 881 de 2022, prononcé à l'issue de la séance du 10 mai 2022.

⁴⁹ R. BALDUZZI, *Gli standard (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni*, in *Corti supreme e salute*, n. 2/2022, p. 465 ss.

et du climat. La vérification de la mise en œuvre du règlement constitue réalisation nécessaire aux fins d'accès au financement supplémentaire du Service de santé national.

Il n'existe pas de mécanisme collaboratif permettant aux Régions de dialoguer avec Agenas pour clarifier leur position⁵⁰.

Une clause de différenciation est prévue qui permet aux Régions à Statut spécial d'adapter la réforme à leurs propres particularités mais avec leurs fonds propres et avec ceux du PNRR qui leur sont attribués.

Enfin, une clause d'invariance financière est envisagée qui oblige les Régions à mettre en œuvre le décret sans charges nouvelles ou plus lourdes sur les finances publiques et dans le cadre financier programmé pour le Service National de Santé, y compris les ressources du Plan National de Relance et de Résilience. Cela représente une difficulté sérieuse si l'on pense à la véritable révolution envisagée par les annexes sur les structures territoriales qui ne sont que partiellement financées par le PNRR (par exemple l'immobilier) alors que les services ne le sont pas et qu'ayant augmenté il est très difficile de les financer avec des fonds ordinaires.

4. Nouvelles articulations des structures de proximité de santé

L'Annexe 1⁵¹ constitue la Réforme Sectorielle du Plan Relance Nationale et Résilience (PNRR) – M6C1-1 – Réforme 1 : Définition d'un nouveau modèle d'organisation du réseau soins de santé territoriaux – visant à définir des modèles et normes relatives à l'assistance territoriale, la base de interventions prévues par la composante 1 de la Mission 6 « Réseaux de proximité, équipements et télémédecine pour les soins de santé territorial » du PNRR. A cet égard, l'Annexe est également mentionnée 1 contenu dans le document analytique du PNRR – Mission 6, Composante 1.

Les annexes décrivent également les nouvelles articulations territoriales qui sont les suivantes :

*Maison Communautaire*⁵² – Ouvertes jusqu'à 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, plus de 1350 Maisons Communautaires financées avec les ressources du PNRR, réparties sur tout le territoire national, sont le lieu physique et facilement identifiable auquel les citoyens peuvent accéder pour des

⁵⁰ F. POLITI, *Resoconto del Seminario Il decreto ministeriale n. 77 del 2022 «Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale»*, *Università degli studi dell'Aquila 6 ottobre 2022*, in *Corti Supreme e Salute*, n. 3/2022, p. 607 ss. en particulier p. 609. L'auteur affirme qu'il n'est pas difficile d'imaginer qu'un dialogue se développera de manière autonome, mais il aurait peut-être été préférable que le règlement prévoie déjà quelques étapes principales, surtout pour garantir la mise en œuvre du principe de collaboration loyale. Il souligne également comment les Régions, à leur tour, se retrouvent dans des conditions très différentes : si certaines Régions sont – plus ou moins – en avance dans la construction d'un réseau d'assistance territoriale, d'autres connaissent des retards importants, sans oublier les difficultés spécifiques des Régions en plan de relance ou sous administration.

⁵¹ Il s'agit des Annexes du décret ministériel no. 77 de 2022.

⁵² E. ROSSI, *Le "Case della comunità" del PNRR: alcune considerazioni su un'innovazione che merita di essere valorizzata*, in *Corti supreme e salute*, 2021, n. 2.

raisons sanitaires et sociales. Ils représentent le modèle d'organisation de l'aide de proximité à la population.

Centre Opérationnel 116117 – Le Centre Opérationnel 116117 (Numéro Européen Harmonisé – NEA pour les soins médicaux non urgents) est le service téléphonique gratuit accessible à toute la population, 24h/24 et 7j/7, pour être contacté pour tout besoin sanitaire et socio-sanitaire à faible intensité de soins.

Centre Opérationnel Territorial – Le Centre Opérationnel Territorial (COT) exerce une fonction de coordination de la prise en charge de la personne et de mise en relation des services et professionnels intervenant dans les différents milieux de soins : territorial, sanitaire et social, activités hospitalières et dialogues avec le réseau des urgences -urgence.

Infirmière familiale et communautaire – C'est la figure professionnelle de référence qui assure l'assistance infirmière, à différents niveaux de complexité, en collaboration avec tous les professionnels présents dans la communauté dans laquelle ils opèrent. Elle ne se contente pas de prendre en charge les soins des patients, mais interagit avec tous les acteurs et ressources présents dans la communauté pour répondre aux nouveaux besoins actuels ou potentiels.

Unité de continuité de soins – Il s'agit d'une équipe mobile de district pour la prise en charge et l'accompagnement de la prise en charge des individus, ou communautés, qui se trouvent dans des conditions d'assistance clinique particulièrement complexes et qui impliquent des difficultés opérationnelles avérées.

Soins à domicile – Le domicile comme premier lieu de soins. Les soins à domicile sont un service du District pour la réalisation à domicile d'interventions caractérisées par un niveau variable d'intensité et de complexité d'assistance dans le cadre de parcours de traitement spécifiques et d'un plan d'assistance personnalisé. Les traitements médicaux, infirmiers, de rééducation, de diagnostic, etc., sont dispensés par du personnel sanitaire et social qualifié pour la prise en charge et l'assistance des personnes non autonomes et fragiles, afin de stabiliser le tableau clinique, limiter le déclin fonctionnel et améliorer la qualité des soins quotidiens.

Hôpital communautaire – Il s'agit d'un établissement d'hospitalisation de l'Assistance Territoriale, de 20 lits, qui remplit une fonction intermédiaire entre le domicile et l'hospitalisation,

pour éviter les hospitalisations inappropriées ou pour favoriser les sorties protégées dans des lieux plus adaptés en cas de prévalence des besoins sociaux de santé, stabilisation clinique, récupération fonctionnelle et autonomie et plus près de chez soi.

Réseau de soins palliatifs – Il est composé de services et de structures capables de garantir la prise en charge globale du patient et de son noyau familial, en milieu hospitalier, avec des activités de conseil dans les unités opératoires, les cliniques ambulatoires, à domicile et dans les hospices. Les soins palliatifs s’adressent aux patients de tout âge et ne sont pas l’apanage de la phase terminale de la maladie. En effet, ils peuvent compléter les traitements actifs dès les premiers stades de la maladie chronique-dégénérative, contrôler les symptômes au cours des différentes trajectoires de la maladie, prévenir ou atténuer les effets du déclin fonctionnel.

Services pour la santé des mineurs, des femmes, des couples et des familles – Le Centre de Consultation Familiale et l’activité destinée aux mineurs, aux couples et aux familles garantissent des services spécialisés médicaux, diagnostiques, thérapeutiques, obstétricaux, psychologiques, y compris à domicile, psychothérapeutiques, infirmiers, de réadaptation et préventive, dans le domaine de l’assistance territoriale, pour les femmes, les mineurs, les couples et les familles. L’activité de conseil peut se dérouler au sein des Maisons Communautaires, en privilégiant les solutions qui préservent la confidentialité.

5. Autres nouvelles

Il existe également d’autres innovations très intéressantes prévues dans le décret, à savoir :

- Numérisation⁵³
- Télémédecine – Elle est utilisée par le professionnel de la santé pour fournir des services de santé aux patients ou des services de conseil et de soutien à d’autres professionnels de la santé.

Inscrite dans un réseau de soins coordonnés, la télémédecine permet la fourniture de services

⁵³ Cependant, ce point reste controversé car il devra être pleinement abordé. Lois E. CATELANI, *La digitalizzazione dei dati sanitari: un percorso ad ostacoli*, in *Corti Supreme e Salute*, n. 2/2023, p. 1 ss. qui fait savoir comme existe de nombreux intérêts et positions juridiques subjectives à garantir et protéger dans ce secteur, qui peuvent souvent paraître contradictoires, mais qui doivent tous être évalués de la même manière. En d’autres termes, il faut permettre à la fois une protection maximale du patient et de la santé publique en général, mais aussi des méthodes de collecte de données qui permettent d’acquérir des certitudes quant à la responsabilité médicale et, en même temps, une plus grande accessibilité aux données anonymes sur la santé, ce qui peut promouvoir des connaissances scientifiques plus larges dans les différents secteurs de la santé. L’utilisation des nouvelles technologies en santé peut alors permettre d’atteindre un autre objectif, certainement non moins important, représenté par la facilitation d’une réduction des dépenses de santé et une simplification de l’activité de santé des quelques médecins actuellement disponible.

et de services de santé à distance grâce à l'utilisation d'appareils numériques, d'Internet, de logiciels et de réseaux de télécommunications⁵⁴.

- Implication des utilisateurs également en mode associatif
- Stratification de la population : de la démographie aux besoins en passant par les performances
- Renforcer le rôle de la prévention

6. PNRR – mission santé

Le Règlement n. 2021/522 du 24 mars 2021 établit un programme d'action de l'Union pour la période 2021-2027 (« programme de santé de l'UE »), c.d. EU4Health.

Le PNRR⁵⁵ a deux Missions :

1. Réseaux, structures et télémédecine de proximité pour la santé territoriale (M6C1)
2. Innovation, recherche et numérisation du service national de santé (M6C2) hypothèse de la première

Le contenu⁵⁶ de la mission prévu d'investir 7 milliards d'euros : 2 milliards pour la construction de 1.288 logements dans la communauté et le « soin de la personne » ; 4 milliards pour faire du domicile le premier lieu de soins, avec pour objectif de prendre en charge 10 % de la population de plus de 65 ans d'ici 2026, également en mettant en œuvre la télémédecine ; 1 milliard pour renforcer les soins de santé intermédiaires et leurs structures, comme 381 hôpitaux communautaires (1 pour 158 122 habitants), soit des structures de complexité clinique moyenne/faible comportant entre 20 et 40 lits gérés principalement par du personnel soignant.

7. Belle conception mais mise en œuvre critique

Manque de fonds pour le personnel (1500 sont estimés dans les seules Marches). A partir de 2026 le besoin est estimé à + 25%. Objectif difficile à atteindre.

⁵⁴ Les lignes directrices nationales sur la télémédecine ont été approuvées par l'assemblée générale du conseil supérieur de la santé le 10 juillet 2012, en tenant également compte des objectifs fixés en 2008 par une communication de la Commission Union européenne « La télémédecine au bénéfice des patients, des systèmes de santé et de la société », du 4 novembre 2008. Partant de ces actes de programmation, en 2014 une convention a été signée entre l'État et les régions afin de garantir « un développement coordonné, approche harmonieuse et cohérente de la télémédecine au sein du Service National de Santé ». Même si avec de très petits nombres d'activation, les typologies des services activés en 2018 étaient déjà représentés par la téléconsultation, le téléreporting, la télésurveillance, la téléassistance, télécoopération en santé, télévisite, télésanté.

⁵⁵ Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, <https://www.governo.it/it/articolo/piano-nazionale-diripresa-e-resilienza/16782>, p. 39.

⁵⁶ G. RAZZANO, *La missione salute del PNRR: le cure primarie, fra opportunità di una "transizione formativa" e unità di indirizzo politico e amministrativo*, in *Corti Supreme e Salute*, n. 2/2022; A. PIOGGIA, *La sanità nel piano nazionale di ripresa e resilienza*, in *Giornale di diritto amministrativo*, n. 2/2022.

Il y a le risque de glissement vers une privatisation non déclarée (peut-être avec une plus grande activité intra-muros, etc.).

C'est difficile à faire correspondre les nouvelles structures territoriales avec les anciennes des systèmes de santé régionales et avec leurs procédures qui doivent donc être revisitées.

Il y a un décalage entre le secteur de la santé et le secteur social alors qu'ils devraient être extrêmement en communication.

Il faudra qu'il y ait une meilleure valorisation du rôle du médecin généraliste qui constitue le premier lien non seulement entre les différentes structures territoriales mais aussi entre les secteurs sanitaires et sociaux

L'art. 4 du Décret Ministériel comporte une clause d'invariance financière et il est donc très difficile de mettre en œuvre le décret ministériel 77/2022 et les droits sociaux coûtent cher et les ressources du PNRR ne seront certainement pas suffisantes car elles s'occupent de lignes spécifiques telles que la construction ou la rénovation de bâtiments et la télémédecine.

Les relations Etat-Région sont également difficiles, entre ceux qui veulent une autonomie différenciée et ceux qui ne disposent pas encore de bons services égalisés comme les autres Régions riches.

8. Contemporain incertitudes dans la mise en œuvre

Sur la base de ce qui précède, il est difficile de faire certaines prévisions quant au moment de la mise en œuvre complète et définitive⁵⁷.

Il y a des greffes avec d'autres réformes administratives (par exemple dans la Région des Marches avec l'approbation de la loi n° 19 de 2022 sur la réforme du système de santé régional) et des difficultés dans les zones montagneuses et post-séisme.

Enfin, il faut prendre en compte l'augmentation des coûts de construction pour l'immobilier.

9. En fait... redéfinition de certains investissements

Le 27 juillet 2023, le Gouvernement a présenté la proposition de révision du Pnrr.

En fin de compte, les projets qui présentent le plus grand risque de ne plus être financés par le PNRR sont ceux « caractérisés par la complexité de la construction (bâtiments neufs, travaux qui ont accumulé des retards dus à des recours ou à des indisponibilités, travaux complexes du point de vue

⁵⁷ V. les délibérations de la Cour des Comptes, Conseil de Contrôle Concomitant, Résolutions nos. 9-10-11-12-13/2023/CCC, disponible sur le site <https://www.corteconti.it>.

de l'organisation logistique du sismique) et dont la construction ne peut donc être garantie d'ici juin 2026 »⁵⁸.

Le document ministériel précise que les projets qui seront éliminés du PNRR seront en tout état de cause réalisés avec des ressources nationales selon des délais qui pourraient être postérieurs à juin 2026. Les ressources nationales non quantifiées mentionnées sont constituées du programme d'investissement dans la construction sanitaire. Et la modernisation technologique conformément à l'art. 20 de la loi n. 67/1988, ou, si nécessaire, en reprogrammant les ressources de la politique de cohésion – FSC.

Le Ministère de la Santé propose de reprogrammer les investissements pour les Maisons Communautaires des 1 350 interventions prévues à 936 Maisons Communautaires en raison de l'augmentation des coûts d'investissement et des délais de mise en œuvre. La rénovation concernerait principalement les nouveaux bâtiments, dont la construction d'ici juin 2026 est menacée.

Les ressources du PNRR qui resteraient de la réduction de l'objectif et de la couverture des surcoûts pourraient servir à financer une nouvelle sous-ligne d'investissement visant à renforcer les ambulatoires publics spécialisés, en lien étroit avec les Maisons communautaires, notamment pour le remplacement ou la mise en place d'équipements de radiodiagnostic de base et/ou de radiologie à domicile et en laboratoire.

Bref, la santé territoriale est excellente mais reste à mettre en œuvre.

⁵⁸ Déclaration du Ministre PNRR Fitto, 2023, in <https://politichecoesione.governo.it/it/il-ministro/comunicazione/notizie-dal-ministro/>.

APERREIOS E DOIDICES – O SERVIÇO SOCIAL E AS FAMÍLIAS NO CAPSI CIRANDAR

Elisabete Vitorino Vieira (Universidade Federal da Bahia) - Rafael Nicolau Carvalho (Universidade Federal da Paraíba) - Maria de Fátima Leite Gomes (Universidade Federal da Paraíba)

RESUMO

O presente trabalho é resultado do projeto de intervenção desenvolvido pela Assistente Social, residente no Programa de Pós-Graduação de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil – CAPSi Cirandar. O projeto teve por objetivo ampliar a compreensão saúde mental infantojuvenil, através da realização de oficinas e rodas de conversa com temáticas referentes à saúde mental, direitos de crianças e adolescentes e, a participação da família nos cuidados em saúde mental.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental. Serviço Social. Família.

Introdução

Para abordar a importância da Reforma Psiquiátrica para a saúde mental de crianças e adolescentes é preciso conhecer o processo histórico de constituição da Reforma no Brasil e a relação com o Serviço Social brasileiro e o processo de formulação de legislações de proteção à infância e à adolescência. O Estado brasileiro iniciou o processo gradativo de redução dos leitos psiquiátricos com a promulgação da Lei 10.216/2001, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira (VASCONCELOS, 2016). Os leitos nos manicômios foram substituídos gradativamente por serviços de base territorial denominados de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que primam pelo fortalecimento da cidadania e autonomia dos sujeitos alicerçados nos princípios do Movimento pela Reforma Psiquiátrica (MRP).

A referida lei é um dos principais ganhos para a assistência em saúde mental no que concerne ao cuidado das pessoas com problemas de saúde mental, há a incorporação de saberes, de ações políticas e sociais que passaram a envolver tanto as pessoas com problemas mentais, seus familiares e diversos setores da sociedade no processo de construção da política de saúde mental.

O Serviço Social é convocado a compor as equipes multiprofissionais em saúde mental, principalmente nos CAPS (FERNANDES; RIBEIRO, 2016; ROSA, 2016). Isso se deve ao fato da identificação do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira com a dimensão da atenção psicossocial (ROBAÍNA, 2010). Nesse sentido, abriu-se um leque para as mais diversas intervenções profissionais

no campo da saúde mental ao passo que se compreendeu o processo de adoecimento em saúde mental como uma expressão da “questão social”.

Portanto, o campo da saúde mental no Brasil cada vez mais ampliou a noção de saúde e doença. O campo da saúde mental se tornou ainda mais complexo para o qual a interdisciplinaridade, o que não reduz os problemas de saúde mental aos indivíduos, mas torna as relações sociais, pautadas no modo de produção capitalista responsável pelo processo adoecimento.

Para a construção do presente artigo foram utilizados alguns referenciais teóricos, como: como: Abreu (2010), Anjos (2013), Artmann (2000), Bravo (2013), Costa (2000), Daltro & Faria (2019), Fernandes & Ribeiro (2016), Grollmus & Tarrés (2015), Guerra (2000, 2014), Sodré (2010), Yamamoto (2014, 2015), Magalhães (2016), Matos (2017), Matus (1993), Morato & Silva (2016), Netto (2005, 2007), Passos (2018), Robaina (2010), Rosa (2016), Santos et al (2010), Silva (2013), Vasconcelos (2010, 2016).

Metodologia de pesquisa

O projeto de intervenção realizado no CAPSi Cirandar compõe o processo de articulação teoria-prática presente no Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Para tanto, foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES). O Planejamento Estratégico Situacional surge no Chile, na década de 1970, com o objetivo abordar de forma flexível problemas sociais complexos de forma localizada/regionalizada (ARTMANN, 2000).

O PES quando surgiu não tinha como objetivo abordar os problemas sociais em escala global, contudo uma das principais características é abrangência de um problema em diversas dimensões: política, econômica, social, cultural e históricas. Para isso, faz-se necessário definir o(s) principal(is) problema(s) do serviço; priorizar o(s) problema(s); descrever o(s) problema(s) selecionado(s); explicar o(s) problema(s); selecionar o(s) “nós” crítico(s); desenhar as operações; e elaborar o Plano Operativo (SANTOS et al, 2010).

Desse modo, o PES se configura como um método complexo e potente, que pode ser utilizado por instituições de pequeno, médio e grande porte (ARTMANN, 2000). O método também tem visa compreender a multissetorialidade dos problemas, porque a solução dos problemas está relacionada a fatores internos e externos ao serviço em que o PES foi aplicado.

Através da realização de análise situacional foi identificada uma fragilidade no CAPSi, que correspondia a ausência de atividades socioeducativas junto aos familiares e/ou cuidadores de crianças e adolescentes. Nesse sentido, a escolha pelo Planejamento Estratégico Situacional ocorreu porque o método proporciona os instrumentos de análise do problema e ferramentas para a superação do problema identificado.

A explicação situacional proporciona uma metodologia de análise da realidade que equivale a um enfoque multidisciplinar e que aponta para a necessidade de captar a problemática social como resultante de um entrelaçamento de setores e que não pode ser reduzida a um processo de departamentalização analítica. (ARTMANN, 2000, p. 23).

Como destacado por Artmann (2000), a análise situacional é imprescindível para a apreensão dos problemas existentes no serviço. No CAPSi Cirandar, a análise situacional apontou para o problema, o que possibilitou a elaboração de um projeto de intervenção que teve como público prioritário os familiares e cuidadores de crianças e adolescentes.

A opção por essa metodologia decorreu do processo de inserção e dedicação ao campo da saúde mental, durante o período de que cursei a pós-graduação no formato de Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Essa experiência que articula ensino e trabalho, caracteriza-se pelo acúmulo de técnicas, mas também se constitui como uma convocação para atuação no campo da saúde pública – no Sistema Único de Saúde.

Desse modo, o relato de experiência não é apenas um apêndice colocado aos títulos de monografias e artigos. O relato de experiência é um caminho metodológico que se baseia não apenas na narração detalhada de experiências vividas. Como perspectiva metodológica é uma forma de narrativa, de modo que autor quando narra através da escrita, um acontecimento vivido. Neste sentido, o relato de experiência é um conhecimento que transmite com aporte científico. (GROLLMUS; TARRÉS, 2015).

Por se caracterizar como um conhecimento científico o relato de experiência apresenta-se como uma narrativa escrita que compreende as dimensões subjetivas e objetivas de seus narradores. A dimensão objetiva do relato de experiência corresponde desde o momento em que o pesquisador começa a vivenciar aquelas experiências que pretende observar até o momento em que lhe ocorre que o observado é em si parte da sua pesquisa e começa a constituir sua subjetividade.

E é nessa sintaxe entre o vivido e a constituição de elementos para análise que a dimensão subjetiva do relato de experiência ganha força e se apresenta através das emoções e sentimentos esboçados durante todo o processo de escrita. Os elementos de análise compõem o relato de experiência e ampliam a experiência ao *status* de modo a expor não apenas os problemas observados, mas também as possibilidades de intervenção.

Partindo dessa premissa, o presente relato de experiência se apresenta como o registro das vivências da Assistente Social residente em Saúde Mental no Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil Cirandar, localizado no bairro do Róger, João Pessoa, Paraíba. A experiência no CAPSi Cirandar foi vivenciada no período de setembro a dezembro de 2019 e compôs o pré-requisito para a formação do primeiro no Programa de Residência Multidisciplinar em Saúde Mental.

Dessa forma, o Relato de Experiência se constitui como uma possibilidade de criação narrativa científica. Para Daltro & Faria (2019), o relato de experiência une o encadeamento de ideias e o uso da memória. De modo que o autor quando narra através da escrita está expressando um acontecimento vivido.

Uma das questões levantadas quanto a validade científica do relato de experiência é a possibilidade de ser produzido na primeira pessoa de forma subjetiva e detalhada. (GROLLMUS; TARRÉS, 2015). Os relatos de experiência estão entre os vários métodos usados para elaboração de pesquisas descritivas, quando se trata de aplicações didáticas, profissionais, aplicação de técnicas, realização de atividades, entre outros.

Dessa forma, o pesquisador-narrador tem em suas mãos perguntas que podem elucidar a construção de seu relato de seu trabalho científico, como: sobre qual experiência quer contar? O que gostaria de contar sobre a experiência? O que aprendeu com a experiência vivida? Quais desafios encontrados durante a vivência da experiência? O que mais gostou e o que não gostou da experiência vivida?

A Assistente Social residente desenvolveu rodas de conversas e oficinas 18 (dezoito) pessoas responsáveis pelo cuidado de crianças e adolescentes frequentadoras do CAPSi Cirandar. As rodas de conversas e oficinas abordaram temas escolhidos previamente pelos participantes e corresponderam ao total de 06 (seis) atividades, no período de 02 (dois) meses. Os temas elencados foram: o Papel da família no Tratamento em saúde mental; Transtornos e sintomas; Direitos de crianças e adolescentes; Trabalho/emprego/ renda de familiares de crianças e adolescentes em sofrimento o psíquico; e, Rede de Atenção Psicossocial.

Nessa perspectiva, o texto destaca a ação socioeducativa do exercício profissional do Serviço Social, construída a partir de condições sócio-históricas e político-ideológicas de elaboração e desenvolvimento do projeto profissional de caráter ético-político (ABREU, 2010). O que fortalece a autonomia dos indivíduos como sujeitos quanto a sua organização e mobilização em torno de necessidades comuns no campo da esfera pública. Tal compromisso amplia a luta pela efetivação do acesso aos direitos e à cidadania, visando a transformação social.

O relato de experiência tem como principal objeto de análise a experiência. A experiência é a manancial abundante de sentidos e simbolismo analítico. O que pode ser margem para muitas críticas, visto que epistemologicamente não se configura como um produto científico. Assim, as autoras Daltro & Faria (2019), referem-se ao Relato de Experiência, como:

[...] uma construção teórico-prática que se propõe ao refinamento de saberes sobre a experiência em si, a partir do olhar do sujeito -pesquisador em um determinado contexto cultural e histórico. Sem a pretensão de se constituir como uma fechada ou conjuradora de verdades, desdobra-se de saberes inovadores. (DALTRO; FARIA, 2019, p. 228).

Partindo da afirmação das autoras, o destaque a uma produção científica como esta é de caráter desafiador tanto para a pesquisadora, quanto para os interlocutores. Considera-se ainda o fator teórico-metodológico a que se propõe – a produção de conhecimento científico a partir da singularidade das vivências de uma jovem pesquisadora. Pondera-se ainda que o investimento teórico-prático aqui proposto se refere a um tema que apesar de se apresentar cada vez mais latente em nossas sociedades é permeado pelo estigma e o preconceito.

Portanto, a opção metodológica para construção deste trabalho acadêmico se caracteriza, principalmente, pela avaliação quanti-qualitativa do quanto a formação pela inserção em serviço aprimorou o desempenho dos profissionais, é também uma opção política. Porque a legitimação desse aprimoramento ocorre através da capacidade de avançar na construção técnico-operativa dos profissionais, mediante a assimilação e construção de técnicas e que apreendam a integralidade do cuidado em saúde mental.

Resultados

A análise do exercício profissional de Assistentes Sociais é fundamental para compreender sua relação com o movimento dinâmico da sociedade (IAMAMOTO, 2014). O que requer apreender que a intervenção na realidade é atravessada por inúmeros fenômenos sejam eles na ordem da cotidianidade, ou na ordem das subjetividades (NETTO, 2007). Com isso, para apreender a dimensão interventiva do Serviço Social brasileiro na saúde mental é fundamental, pois é “constantemente, interpelado a dar respostas, a seguir padrões e protocolos, de modo que não demanda um processo de reflexão, de projeção do trabalho, [...]” (VIEIRA, 2018, p. 53). Com isso, a busca por ações que fujam da lógica imediatista deve atravessar o exercício profissional importantes e almeje a transformação social.

Do mesmo modo, para compreender as atuais configurações de família é preciso utilizar as lentes de uma perspectiva crítica do mundo e das relações sociais. Tomamos, pois, como referência o advento da Revolução Industrial em meados do século XVIII, na Inglaterra, as famílias não mais se organizaram como antes. A ascensão da classe burguesa no cenário político antes predominado por relações de compadrio e de troca de favores, que, agora, se configura em um cenário político caracterizado pela produção visando à lucratividade e a ideologia de mercado. As famílias camponesas necessitaram abandonar suas propriedades rurais em busca de uma nova forma de sobrevivência nas cidades. Como podemos identificar o capitalismo não só transformou as relações de trabalho, mas também as relações sociais, bem como o convívio familiar.

No Brasil, algo parecido aconteceu com o processo de industrialização tardia. Isso causou um êxodo rural sem precedentes até aquele momento na história do país. As famílias eram numerosas,

pois, não havia somente um núcleo familiar, mas parentes que a acompanhavam. As consequências desse processo foram manifestadas como expressões da “questão social”, como: a miséria, insalubridade, precarização da moradia e do trabalho, falta de assistência médica (NETTO, 2005). Nesse período encontramos, portanto, um forte acirramento da questão social, onde a pobreza tomou grandes proporções no contexto urbano e rural brasileiro.

Mais tarde com o Neoliberalismo, caracterizado pela pouca intervenção do Estado na economia. As expressões da “questão social”, agudizam-se junto às famílias, porque foco é o crescimento do capital financeiro. Esse agudizamento fica mais evidente a partir da década de 1970, com a maior inserção da mulher no mercado de trabalho urbano, a criação dos métodos contraceptivos, a precarização e flexibilização do trabalho, o aumento trabalho infantojuvenil e a mercantilização da educação.

As novas condições de trabalho causaram impactos marcantes, e seus efeitos não tardaram: a perda de direitos, o desemprego em massa, a precarização estrutural, o rebaixamento salarial, e outras consequências severas, que atingiram a *classe-que-vive-do-trabalho*. (PASSOS, 2018, p. 66-67).

O pacto neoliberal provocou um recuo das políticas sociais que incidem diretamente no modo de organização das famílias. Como afirma Passos (2018), a perda de direitos e o desemprego em massa atingiram de forma perversa a classe trabalhadora, incidindo de forma ainda mais cruel nas mulheres que segundo dados da PNAD (2018), chefiam mais de 45% lares no país. Essas mulheres têm que lidar cotidianamente com a precarização do trabalho, o rebaixamento salarial, resultado de um fenômeno cada vez mais comum, que automação do trabalho industrial.

Essas mudanças no mundo do trabalho têm afetado sobremaneira as famílias, dando-lhes forma e configurações próprias. A discussão acerca dos direitos sociais ainda continua, porém com foco nas políticas sociais restritas, já que o Estado move suas ações para outros setores da sociedade e do mercado. Ainda segundo Passos (2018), essas modificações ganham características próprias no Brasil:

Diante desse cenário de mutações no mundo do trabalho, o caso brasileiro apresenta particularidades em seu processo de reestruturação produtiva e adesão ao projeto neoliberal, que já estava em curso nos países centrais. Apenas nos anos de 1980, ao final da ditadura militar e sob a denominada Nova República de Sarney, que o modelo de acumulação apresenta as primeiras alterações. Portanto, foi nesse período que ocorreram os primeiros impulsos do processo de reestruturação produtiva no Brasil, proporcionando a adesão, por parte das empresas, a novos padrões tecnológicos e organizacionais, além de novas formas de organização social e sexual do trabalho. (PASSOS, 2018, p. 69).

Para a família, em especial, as famílias de pessoas em sofrimento psíquico a adaptação à essas novas formas de sociabilidade pelo trabalho é um grande desafio como veremos ainda neste texto. Por isso, o desenvolvimento de ações socioeducativas com familiares e cuidadores se apresenta como uma estratégia de fortalecimento dos saberes tanto sobre o sofrimento psíquico quanto os processos de cuidado em saúde mental.

É importante destacar que o tratamento em saúde mental para crianças e adolescentes é fundamental para o desenvolvimento e um direito assegurado. Nesse sentido, o Serviço Social como as demais profissões que atuam na saúde mental precisa conhecer a realidade dos usuários dos serviços de saúde mental. Para Anjos (2013), a caracterização desse público contribui sobremaneira para construção e execução de intervenções e a transformação nos hábitos individuais e coletivos de seus familiares e cuidadores.

Quando falamos de crianças e adolescentes portadores de transtornos psíquicos graves, estamos nos referindo a crianças que muitas vezes não fala, não conseguem se comunicar ou, se conseguem, fazem-no com muita dificuldade. Crianças que apresentam rompantes de agressividade contra outros e contra si mesmas, têm dificuldades de suportar a presença de outras pessoas, ouvem vozes que as assustam, veem pessoas que não existem e consideram o som externo e o toque de outras pessoas invasivos. Diante dessas e de outras dificuldades, as famílias, muitas vezes, pela ausência de suporte social e por outras questões inerentes às suas condições subjetivas, não conseguem sair com as crianças de suas próprias casas. (ANJOS, 2013, p. 54-55).

A autora ao buscar caracterizar o perfil das crianças e adolescentes que são atendidas nos CAPS infantojuvenil, também apresenta como as famílias enfrentam esse contexto. Desse modo, identificamos que além das dificuldades apresentadas pelas transformações socioeconômicas essas famílias se deparam com mais uma expressão da “questão social”, que é o adoecimento dos seus membros mais jovens. Esse adoecimento causa impactos na organização da rotina das famílias e que no cotidiano convivem com os sintomas apresentados pelo adoecimento e têm que articular isso com as demandas pela sobrevivência.

É nesse cenário tão adverso e com uma enorme fragilização dos vínculos que o Serviço social é convocado a intervir. E, por isso, lançar mão de ações estratégicas socioeducativas junto aos familiares e cuidadores é fundamental porque mais que transmitir e propiciar conhecimentos, a ação socioeducativa inicia um processo formativo pautado na apreensão crítica da realidade.

Desse modo, destaca Magalhães (2016):

O profissional não pode ser apenas “um ombro amigo”. Precisa demonstrar capacidade – e disso se orgulhar – de ter como um dos pontos de apoio o instrumental técnico-operativo concernente à sua profissão. Dessa forma, nossas relações com o usuário

ganham um caráter de acolhimento sem o perigo de resvalar na pieguice ou no paternalismo nada profissional. (MAGALHÃES, 2016, p. 09-10).

A autora destaca que para um exercício profissional que visa o atendimento de familiares e cuidadores de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental, faz-se necessário o acolhimento, o respeito e a compreensão dos problemas apresentados. Ali também se destacam as individualidades, as angústias e incertezas que só necessitam de uma abordagem técnico-operativa, teórico-metodológica e ético-política.

Para isso, os procedimentos, fluxos e protocolos devem corresponder a uma ética do cuidado que vai desde o reconhecimento das singularidades até à apreensão dos fatores político-econômicos e históricos. O alcance de uma ética tão comprometida com o cuidado só pode ocorrer com a comunicação direta e não invasiva, mas reconheça os elementos subjetivos e peculiares de cada pessoa que chega aos serviços de saúde mental.

A avaliação e as reflexões no campo da saúde mental não podem secundarizar o contexto em que cada família e indivíduo se insere (SILVA, 2013). Uma das estratégias para evitar a secundarização dos contextos de inserção na saúde mental é a intersetorialidade. O trabalho em rede é possível fortalecer a lógica da assistência integral em saúde. Nesse sentido, as ilustrações foram disponibilizadas para que as/os participantes da abordagem identificassem como seus filhos e filhas se apresentavam emocionalmente no dia a dia.

Via de regra, profissionais das áreas de serviço social e psicologia, por exemplo, interagem profissionalmente com pessoas que lhes contam seus sonhos, suas dificuldades, seus conflitos e até mesmo suas intimidades. Então, apesar de um cotidiano profissional muitas vezes massificante, seu trabalho é desenvolvido tendo como tônica o ser humano, seja no âmbito individual ou social. (MAGALHÃES, 2016, p. 17).

É nesse contexto do contexto profissional que ocorre as diversas interações entre as crianças, adolescentes e jovens atendidos como também com seus familiares. A busca por conhecer a dinâmica das relações sociais estabelecidas entre a instituição e as pessoas que buscam atendimento permeia o exercício profissional. Mas, como destaca Netto (2007) que o cotidiano pode retirar o interesse inicial dos profissionais e substituí-los por práticas cada vez mais burocratizadas e que respondam às demandas institucionais. (NETTO, 2007).

Diante de um cotidiano profissional que nos impelia a cada vez mais a generalizar as demandas apresentadas por familiares e cuidadores de crianças e adolescentes, que o interesse por observar aquelas relações sociais estabelecidas. A observação cada vez mais atribuída de sentidos, como a escuta, o tato e o olfato produziram o interesse não apenas em categorizar aquelas vivências, mas concebê-las como parte do cuidado em saúde mental.

Aqui a máxima lukaciana espraia seu sentido, porque aquilo que era tido como apenas mera cotidianidade, pode e deve ser categorizado para além da teorização, mas, como o princípio de uma construção de vínculos. Esses vínculos que se ampliaram e culminaram com a produção de uma intervenção socioeducativa junto a familiares e cuidadores de crianças, adolescentes e jovens atendidos no CAPSi Cirandar.

Conclusões

A experiência apresentada neste trabalho se caracteriza como uma importante narrativa científica das vivências singulares da assistente social residente. Dessa forma, a relevância que este capítulo recebe se encontra justamente no reconhecimento da competência de análise daquilo que foi vivido (DALTRO; FARIA, 2019). Esta narrativa busca articular a experiência a uma estrutura teórica e, assim, o escopo científico seja validado e desvelado a cada linha da análise.

Neste sentido, o relato das oficinas e rodas de conversa desenvolvidas no período de outubro a dezembro de 2019 no Centro de Atenção Psicossocial – CAPSi Cirandar, norteiam a análise aqui empregada. A partir da observação e do diálogo com familiares e cuidadores, compreende-se a ausência de atividades grupais e sistemáticas que possibilitassem maior interação e conhecimento sobre o tratamento ofertado às crianças e adolescentes no CAPSi Cirandar.

As ações pedagógicas/lúdicas e terapêuticas eram destinadas apenas às crianças e aos/às adolescentes. Desse modo, familiares, vizinhos e amigos que exercem o papel de cuidadores ficavam em uma espera ociosa pelo término das atividades. Com isso, o projeto de intervenção junto aos cuidadores e as cuidadoras do público do CAPSi foi organizado, visando à ampliação e o melhoramento do cuidado do público infantojuvenil.

O processo de observação e diálogo com os familiares no CAPSi Cirandar se deu de forma bastante singular, porque as primeiras observações se deram a partir do lugar da profissional residente durante atendimentos e consultas. As outras ocorreram através do recurso da escuta das demandas socioeconômicas que se apresentavam cada vez mais, como elucidada Azeredo (2010):

Imersas em desigualdades históricas quanto aos modos de ser e viver e representadas por vezes como desestruturadas, tais famílias vivenciam a realidade do desemprego ou inserções precárias cuja consequência são os baixos rendimentos, a falta de oportunidades educacionais, acesso limitado e a baixa qualidade dos serviços de saúde e infraestrutura habitacional, segregação sócio-espacial. Tudo isso conforma um conjunto de desvantagens sociais alimentadas pelo caráter limitado de seu patrimônio cultural. (AZEREDO, 2010, p. 580).

Os aspectos destacados pela autora, coloca-nos diante do cenário, por vezes comum, no cotidiano da classe trabalhadora e que se depara com um processo de estigmas e preconceitos que se formaram em torno dos problemas de saúde mental, adicionado a isso também lidamos com os ataques e desmontes constantes das políticas sociais de saúde mental, considerando o avanço crescente do desfinanciamento e da precariedade dos serviços de saúde, o que inclui a falta de recursos materiais para execução de atividades e a precarização do trabalho dos profissionais que atuam nos serviços que executam tais políticas.

O exercício profissional na Política Nacional de Saúde Mental ou nos demais espaços sócio-ocupacionais, tem por base as orientações contidas no Código de Ética Profissional do Serviço Social e a lei que regulamenta a profissão – Lei nº 8.662/93. O exercício Profissional no campo da saúde mental visa apreender essas orientações para viabilizar aos usuários o acesso aos direitos e serviços que possibilitem o tratamento/acompanhamento adequado.

Para Yamamoto (2015), os assistentes sociais que desenvolvem de forma apropriada o exercício profissional, o fazem com base em uma *“qualificação acadêmico-profissional especializada, com a regulamentação de funções privativas e competências”*. (IAMAMOTO, 2015, p. 422). Com base nisso, o exercício profissional está alicerçado em fundamentos que favorecem à compreensão das atribuições privativas no desempenhar das suas competências.

O projeto de intervenção no CAPSi Cirandar teve como base as ações socioeducativas junto à familiares e cuidadores profissionais dos Assistentes Sociais na saúde, conseqüentemente, na saúde mental. Rosa (2016), afirma que assistentes sociais na saúde mental se configuram como por “pensar” o “social”.

[...], o agente profissional do Serviço Social é instado a pensar qual é o “social” do assistente social e qual sua leitura particular para essa dimensão, no cerne do processo de trabalho coletivo que o profissional integra. [...], o que particulariza a concepção de mundo e a intervenção do assistente social no contexto da clínica ampliada, nos diferentes cenários e configurações das manifestações da questão social que se agravam na crescente consolidação da proposta neoliberal na implementação das políticas públicas, para que não ter diluída sua identidade profissional [...]. (ROSA, 2016, p. 22).

Entende-se, desse modo, que o exercício profissional de assistentes sociais nos serviços de saúde mental requer cada vez mais que a profissão materialize sua identidade profissional. Portanto, faz-se mister que o lugar do Serviço Social na saúde mental corresponda a uma compreensão do seu objeto de intervenção – a questão social – e pela apreensão da totalidade dos fenômenos. Como afirma Sodré (2010):

Nas ações de execução das políticas de saúde, esse perfil “humanizador” da política social ganha maior visibilidade, visto que o trabalho dos profissionais da saúde, neste caso

do assistente social, cria nexos de ligação entre os interesses do Estado e os dos usuários por meio da linguagem, uma ação eminentemente humana. Por intermédio dessa dimensão do trabalho vivo, pode-se afirmar que nunca seu processo de trabalho será idêntico, ainda que as tentativas dos interesses do seu empregador sejam transformar esse trabalho em uma ação serializada, maciça, sem reflexão contida na ação. (SODRÉ, 2010, 471).

Por mais longínquo que seja o processo de inserção de assistentes sociais na política de saúde, as tensões existentes entre o projeto ético-político profissional e os interesses das instituições empregadoras – sejam elas públicas ou privadas, demarcam o local histórico que essa profissão tem. Este relato é um marcador político de como as tensões da correlação de forças existente entre o Serviço Social e as instituições empregadoras ocorre, principalmente, no que diz respeito ao processo de formação através da inserção pelo trabalho.

Este é o tropo que o relato de experiência incorre, o de levantar argumentos que justifiquem participação dos familiares ou não em atividades em um serviço de saúde mental. Para isso, foi preciso conhecer a realidade concreta daquelas famílias que dia após dia acompanhavam suas crianças e adolescentes a um serviço de saúde mental. E, por mais que lhes fosse explicado os motivos, as técnicas e abordagens – a linguagem utilizada não alcançava as dúvidas, as tristezas e angústias daqueles que ficavam da porta para fora das salas de cuidado.

A ausência de grupos e abordagem aos familiares do público dos serviços de saúde mental tem caracterizado a intervenção desses serviços. Serviços que ao longo de quase 20 anos de promulgação da Lei 10.216/2001, têm resumido suas intervenções ao desenvolvimento de atividades terapêuticas – através práticas individuais e coletivas embasadas no entretenimento. Atividades socioeducativas são quase inexistentes junto àqueles que buscam tratamento nos serviços do tipo CAPS. E, quando nos referimos aos familiares/cuidadores, iniciativas como palestras, oficinas de leitura, oficinas de contadores de histórias (que resgatem sua história de vida), dramatizações, entre outros, a fim de contribuir com o processo de percepção de si mesmo e suas potencialidades, nessa sociedade de classes.

Como assinala Yamamoto (2015), a dificuldade posta no cotidiano do exercício profissional requer um desempenho teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo para que ao desempenhar ações interdisciplinares não fira o estatuto profissional. Para isso, deve-se considerar os diferentes campos do saber e a abordagem do sujeito como um todo e, ainda o contexto socioeconômico-cultural em que vive. Nesse sentido, a busca pelo aperfeiçoamento técnico-operativo necessita de apropriação devida do arcabouço teórico-metodológico e de um investimento constante em uma prática política, que ultrapassa o cotidiano profissional e espraiasse em todas as dimensões do sujeito.

Portanto, o que este trabalho almejou não foi ser a última súmula sobre o exercício profissional no campo da saúde mental infantojuvenil. Até porque pelo seu objetivo ele se propôs a abordar a

experiência sistematizada junto aos familiares e cuidadores. Porque a família permanece sendo o lugar de cuidado global de crianças e adolescentes, incluído nessas relações estão valores, ideais, expectativas e crenças.

Desse modo, não é possível pensar em cuidado em saúde mental infantojuvenil sem conhecer e reconhecer seus núcleos familiares, suas famílias extensas, suas comunidades, seus territórios e demais espaços onde ocorrem suas sociabilidades. (ANJOS, 2013). O papel de quem trabalha no campo da saúde mental infantojuvenil está em romper com estruturas extremamente complexas, impostas por dinâmicas sociais que ultrapassam por vezes as atribuições e competências profissionais.

É um grande desafio sustentar o debate sobre a importância da saúde mental infantojuvenil. Mesmo no campo da saúde mental e em uma perspectiva de atenção psicossocial, a saúde mental de crianças e adolescentes ainda é uma delicada passagem. A própria literatura se encarrega de traçar movediças paragens e essas para além de movediças são sempre adensadas pelos valores, crenças e estigmas que permeiam a saúde mental.

Ciente de que o espaço de formação profissional em saúde mental não amenizaria os desafios postos para uma análise sobre a saúde mental infantojuvenil, algo no espaço de formação do CAPSi Cirandar despertou tamanho interesse. Mas, antes mesmo de adentrar nesse interesse destaco que o espaço de formação no formato de Residência Multiprofissional em Saúde é orientado pelas principais diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Dessa forma, espera-se que os profissionais formados pelos inúmeros programas de residência em saúde existentes no Brasil exerçam suas profissões no SUS. Isso porque o objetivo da Residência Multiprofissional é propiciar a troca de saberes entre profissionais de diversas áreas – a chamada interdisciplinaridade. Do ponto de vista legal as residências em Saúde estão amparadas pela Lei nº 11.129/2005 e pela Portaria do Ministério da Educação nº 1320 e pela Resolução nº287/1998 do Conselho Nacional de Saúde.

No que concerne aos programas de residência multiprofissional em saúde mental, podemos destacar a complexidade do campo e da atenção psicossocial, visto a recente promulgação da lei da Reforma Psiquiátrica 10.216/2001. O que se apresenta como possibilidade e também como desafio, considerando o avanço do neoliberalismo, mesmo diante da oferta de serviços de saúde mental que não compreendam os problemas de saúde mental de forma reducionista.

Com certeza, o período de vivência na residência multiprofissional em saúde mental da Universidade Federal ampliou os conhecimentos sobre os serviços da Rede de Atenção Psicossocial. E, de forma, muito particular sobre a importância do Serviço Social nos serviços de Saúde Mental, desde os serviços substitutivos como nos serviços de gestão da política social. Principalmente, pela

possibilidade de realizar as intervenções preconizadas no Código de Ética do Serviço Social de 1993, a partir do contato com a equipe dos serviços, outros serviços da rede setorial e intersetorial.

O exercício profissional em um programa de residência multiprofissional requer ainda uma apreensão da complexidade das relações sociais que se expressam pela “questão social”, que acomete tanto os usuários quanto seus familiares. Não obstante, a categoria Serviço Social é a terceira categoria mais contratada em programas de residência em saúde em todo país, o que torna experiências como aqui foi relatada fundamentais para o aprimoramento do modelo de atenção à saúde mental no Brasil, a partir da relação direta entre os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira com os princípios do Projeto Ético-Político do Serviço Social.

Bibliografia

- ABREU, M. M. A dimensão pedagógica do Serviço Social: bases histórico-conceituais e expressões particulares da sociedade brasileira. *Serv. Soc. Soc.*, nº 79 – ANO XXIV – setembro 2004, p. 43-71.
- ANJOS, C. S. N. A prática do Assistente Social em um Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil. In.: A prática do Assistente Social na Saúde Mental. Org.: Erimaldo Matias Nicácio e José Augusto Bisneto. Rio de Janeiro. Editora UFRJ, 2013, p. 51-63.
- ARTMANN, E. O planejamento estratégico situacional no nível local: instrumento a favor da visão multisetorial.
- AZEREDO, V. G. Ente paredes e redes: o lugar da mulher nas famílias pobres. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, 103, p. 576-590, jul/set 2010.
- AZEVEDO et al. Compartilhando saberes através da educação em saúde na escola: interfaces do estágio supervisionado em enfermagem. *Revista de Enfermagem do Centro Mineiro*, 2014 jan/abr; 4 (1): 1048-1056.
- BRANT CARVALHO, M. C. NETTO, J. P. *Cotidiano: conhecimento e crítica*. 7. ed. – São Paulo, Cortez, 2007.
- BRASIL. Lei nº 10.215/2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília – DF, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em 27 nov 2021.

- BRAVO, M. I. S. Saúde Mental e Serviço Social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos. 1. ed. São Paulo, Cortez, 2013.
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M.A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2ª ed. - Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.
- CFESS. Código de Ética do/a Assistente Social. Lei 8662/93 de regulamentação da profissão. 10 ed. Brasília: CFESS, 2013.
- _____. Parâmetros Para Atuação do Assistente Social na Saúde. Brasília: CFESS, 2010.
- _____. Resolução CFESS Nº 557, de 15 de setembro de 2009. Dispõe sobre a emissão de pareceres, laudos, opiniões técnicas conjuntos entre o assistente social e outros profissionais. Brasília: CFESS, 2009.
- COSTA, M.D.H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. Serv. Soc. Soc, nº 62, ANO XX – março 2000, p. 35-72.
- DALTRO, M. R. FARIA, A. A. Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. Estudos e Pesquisas em Psicologia. Rio de Janeiro, v 19, n. 1, p. 223-237, Jan-Abr/2019.
- FERNANDES, J. C. RIBEIRO, C. S. Saúde mental e Serviço Social: entre o campo e o núcleo. In: Atenção Psicossocial e Serviço Social. Campinas, Papel Social, 2016.
- GUERRA, Y. A instrumentalidade do serviço social. – 10. ed. São Paulo: Cortez, 2014
- _____. Instrumentalidade do processo de trabalho e Serviço Social. Serv. Soc. Soc, nº 62, ANO XX – março 2000, p. 05-34.
- GROLLMUS, N. S. TARRÈS, J. P. Relatos metodológicos: difractando experiências narrativas de investigación. Fórum Qualitative Social Research, v. 16, n. 2, mayo 2015. Disponível em: [file:///C:/Users/Particular/Downloads/2207-9561-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Particular/Downloads/2207-9561-1-PB%20(1).pdf). Acesso em: 28 out. 2021.
- IAMAMOTO, M. V. O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. 26 ed. São Paulo, Cortez, 2015.
- _____, M. V. Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. 9 ed. São Paulo, Cortez, 2015.
- MAGALHÃES, S. M. Avaliação e linguagem: relatórios, laudos e pareceres – 4. ed. Ver. – São Paulo: Veras Editora, 2016

- MATOS, M. C. Serviço Social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional. 2. ed. São Paulo, Cortez, 2017.
- MATUS, C. Política, Planejamento & governo. Tomos I e II. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília, 1993.
- MERHY, E. E. O SUS e um dos seus dilemas de mudar a lógica do processo de trabalho (um ensaio sobre a micropolítica do processo de trabalho em saúde)”. In.: Fleury, Sonia (org.) Saúde e Democracia: a luta do Cebes. São Paulo, Lemos Editorial, 1997.
- NETTO, J. P. Capitalismo monopolista e Serviço Social. 4. ed. – São Paulo: Cortez, 2005.
- PASSOS, R. G. Trabalho, Gênero e Saúde Mental: contribuições para a profissionalização do cuidado feminino. São Paulo: Cortez, 2018.
- ROBAINA, C.M.V. O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental. Revista de Serviço Social, São Paulo, n 102, Abr./Jun., 2010.
- ROSA, L. C. S. Panorama geral do Serviço Social na saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica/Atenção Psicossocial. In: Atenção Psicossocial e Serviço Social. Campinas, Papel Social, 2016.
- SILVA, J. F. S. Violência, Serviço Social e formação profissional. Serv. Soc. Soc., nº 79 – ANO XXIV – setembro 2004, p. 133-147.
- SODRÉ, F. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n 103, p. 453-475, jul/set, 2010.
- VASCONCELOS, E. M. Reforma Psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: diálogos com o marxismo e o serviço social. Campinas: Papel Social, 2016.
- _____. Saúde mental e Serviço Social: O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 5. ed. São Paulo, Cortez, 2010.

GRUPO OPERATIVO DE MULHERES NA ATENÇÃO BÁSICA: CAROLINA DE JESUSEM AQUARELA

Aline Carla Freire da Silva⁵⁹ Maria de Fátima Leite Gomes⁶⁰ Elisabete Vitorino Vieira⁶¹

RESUMO. Este trabalho é fruto da experiência prática vivenciada na Unidade de Saúde da Família – USF no Colinas do Sul II, pela Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Programa RESMEM/UFPB. Durante a pandemia da COVID - 19, no ano de 2021, realizamos um trabalho voltado para a saúde mental entre as mulheres do território adscrito à USF. Nosso propósito era de contribuir para a construção de um processo de trabalho interprofissional, que propusesse novas possibilidades de cuidado em saúde mental para além da prática medicamentosa. Na intervenção, foram consideradas as questões relacionadas à interseção dos marcos sociais de gênero, raça e classe social, levando como mote destas interseções a vida e obra de Carolina de Jesus (1960) O Grupo Operativo - G.O, baseia-se na experiência de PICHON-RIVIÈRE (1958). O G.O é um espaço de construção coletiva a partir da dinâmica grupal. Durante a atuação no G.O, fizemos articulações no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS e espaços intersetoriais. Identificamos maior adesão das mulheres às novas estratégias de cuidado em saúde mental para além da utilização de psicotrópicos; maior participação da equipe de profissionais na unidade USF; apoio mútuo e a desnaturalização das condições de vulnerabilidade e abuso.

Palavras-chave: USF; saúde mental; raça, gênero e classe social.

RESUMEN

Este trabajo es el resultado de la experiencia práctica vivida en la Unidad de Salud de la Familia - USF en Colinas do Sul II, por la Residencia Multiprofesional en Salud Mental del Programa RESMEM/UFPB. Durante la pandemia del COVID -19, en 2021, realizamos un trabajo centrado en la salud mental de las mujeres del territorio adscrito a la USF. Nuestro propósito fue contribuir a la construcción de un proceso de trabajo interprofesional, que propusiera nuevas posibilidades de atención a la salud mental más allá de la práctica de la medicación. En la intervención, se consideraron cuestiones relacionadas con la intersección de los marcos sociales de género, raza y clase social, tomando como lema de estas intersecciones la vida y obra de Carolina de Jesús (1960) El Grupo Operativo - GO, se basa en la experiencia de PICHON-RIVIÈRE (1958). El G.O es un espacio de construcción colectiva basado en dinámicas de grupo. Durante el trabajo en el G.O, realizamos articulaciones en el ámbito de la Red de Atención Psicossocial - RAPS y espacios intersectoriales. Identificamos mayor adhesión de las mujeres a nuevas estrategias de atención en salud mental más allá del uso de psicofármacos; mayor participación del equipo de profesionales de la unidad de USF; apoyo mutuo y desnaturalización de las condiciones de vulnerabilidad y abuso.

Palabras clave: USF; salud mental; raza, género y clase social.

⁵⁹ Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – Especialista em Saúde Mental pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental – RESMEM/NESC/UFPB, aline_carlafreire@hotmail.com

⁶⁰ Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco, Professora da graduação e Pós graduação em Serviço Social na UFPB, tutora do programa de residência RESMEM, fatima.l.gomes2016@gmail.com

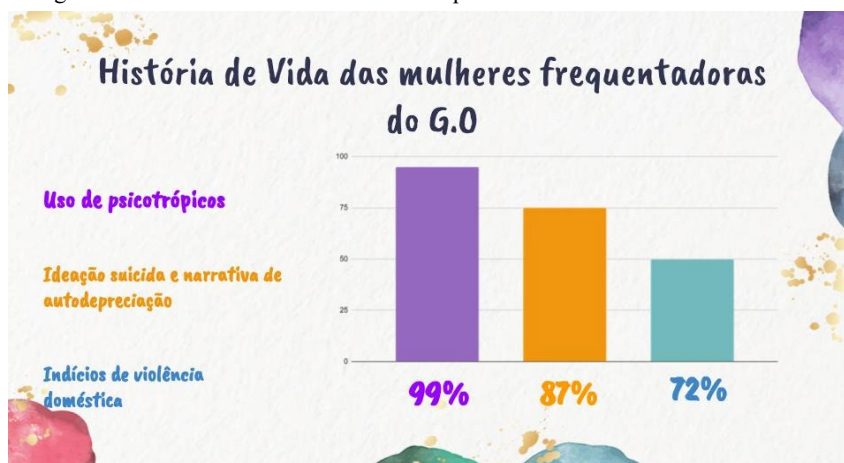
⁶¹ Doutoranda e professora substituta na Universidade Federal do Recôncavo, Especialista em Saúde Mental pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, elisabetevv@ufba.br

1. Introdução

Este trabalho é resultado da atuação como assistente social, no período de junho a novembro de 2021, através do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental – RESMEM, na Unidade de Saúde da Família Integrada - USF no bairro do Colinas do Sul II⁶², João Pessoa - PB. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência.

Durante o período de intervenção no cenário de prática, foi verificado que a demanda de mulheres com queixas recorrentes quanto ao uso exacerbado de psicofármacos, como única intervenção, era alarmante. A busca por estratégias para atender essa questão provocou a criação de um Grupo Operativo – G.O de mulheres, com sinais e sintomas de depressão.

Figura 1: História de vida das mulheres frequentadoras do G.O no Colinas do Sul II



Fonte: Silva, 2023

O período de atuação do Grupo de Mulheres na USF Colinas do Sul II, foi fortemente marcado pela pandemia da COVID-19 que teve repercussões continentais. No Brasil colapsou o sistema de saúde em março e maio de 2021.

As mulheres, especialmente, apresentavam com maior recorrência o sofrimento mental manifestado sob múltiplas formas e sintomas.

No mundo, pesquisas foram intensificadas para identificar a relação entre a recorrência de mulheres que desenvolveram quadros de sofrimento mental em maior prevalência do que os homens, durante a pandemia da COVID-19.

Na realidade brasileira, identificamos a pesquisa desenvolvida pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), por meio do Estudo Longitudinal da Saúde do Adulto- Elsa-Brasil (2021). Essa pesquisa revela que as mulheres sofreram mais danos à saúde mental durante a Pandemia da COVID-19.

⁶² Em 2015, foi inaugurada, a USF Integrada Colinas do Sul II, estruturada para atender uma população de 7 mil moradores, como parte do plano de expansão da cobertura dos serviços de saúde do município. No mandato do prefeito Luciano Cartaxo. Atualmente a USF Integrada Colinas do Sul II, atende uma população de 24.829 mil habitantes com praticamente a mesma estrutura inicial.

Desta feita, a análise da coordenadora responsável pelo Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil) [63] no Rio de Janeiro, Rosane Griep, constatou que um dos principais impactos da pandemia⁶³ se deu no âmbito da saúde mental, de acordo com as mulheres entrevistadas, as quais apresentavam sintomas de depressão, ansiedade e estresse.

Figura 2: Durante o Distanciamento Social na Pandemia da COVID 19



Fonte: Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto - ELSA-Brasil 2021 FIOCRUZ

Os estudos confirmaram o que já estava sendo observado na prática dos profissionais de saúde durante a referida pandemia; isto é, que as mulheres foram reconhecidamente o grupo mais vulnerável em relação aos desfechos de saúde mental. Em todas as amostragens, verificou-se que os níveis de sofrimento aumentaram durante a pandemia, sobretudo pelo medo da própria morte e de seus familiares, além da angústia pelo distanciamento social e o enfraquecimento dos vínculos familiares e sociais. (GRIEP, 2021).

Nos territórios periféricos de profundas desigualdades sociais e econômicas, onde a oferta dos bens e serviços de forma geral são insuficientes, principalmente os relacionados a saúde, a vulnerabilidade social se constitui como fator gerador ou potencializador do adoecimento mental, somando a esse fator o contexto da pandemia da COVID-19, em um cenário bastante desafiador.

Nesta perspectiva, se fez necessária uma leitura do problema considerando a atipicidade deste momento histórico, sob o aspecto interseccional. Assim, para entendermos que as ações direcionadas ao enfrentamento da saúde mental das mulheres na USF Colinas do Sul II, não poderiam ocorrer de forma fragmentada, antes, deveriam também “reconhecer a multiplicidade de diferenças a partir dos sistemas machistas, patriarcais, racistas que as produzem.” (CASTRO et al., 2017 apud BARBOSA, MOURA JR, 2021).

⁶³ O perfil predominante dos entrevistados foi de mulheres, com mais de 55 anos, casadas ou vivendo em união estável. Os números alertam sobre como a pandemia repercutiu significativamente em sua saúde mental durante o distanciamento social

Figura 3: O que mudou com a pandemia da COVID -19



Fonte: Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto - ELSA-Brasil 2021 FIOCRUZ

Além disso, muitas mulheres negras e pobres no Brasil enfrentam barreiras para a sua ascensão social e profissional, tendo poucas oportunidades de trabalho e de acesso à educação de qualidade. Elas também estão mais vulneráveis à violência doméstica e sexual, que muitas vezes acontece em contextos de extrema pobreza e precariedade.

A segregação social em bairros periféricos, contribuem para a dificuldade no acesso de bens e serviços de qualidade, considerando que estão restritas por um território geográfico precário de equipamentos públicos, com baixa adesão política e social dos usuários e baixa participação social na esfera de decisão.

Figura 4: Narrativas das Mulheres acompanhadas no G.O durante a pandemia da COVID-19



Fonte: Silva, 2023

Semelhantemente, na literatura, encontramos a obra da Carolina de Jesus, “Quarto de Despejo” Diário de uma favelada. (1960), é uma narrativa em formato de diário onde a Carolina de Jesus, relata o cotidiano da sua vida dando visibilidade à problemáticas da favela. Carolina de Jesus pode ser vista como um exemplo da luta e da resistência dessas mulheres. Uma perspectiva crítica sobre a própria

realidade e a sua condição de saúde, desnaturalizando violências para sobreviver e lutar por uma vida melhor.

Portanto, a vida e obra da Carolina Maria de Jesus, instigou a debruçar-me acerca da temática, desde a graduação, através do GEPSS UFPB – 2017 a 2018 (Grupo de Estudos e Pesquisas do Serviço Social), coordenado pela Prof^ª. Dr^ª. Nivia Cristiane Pereira da Silva, o qual fiz parte.

O livro “Quarto de Despejo” (1960), a obra mais conhecida da Carolina de Jesus, foi temática do meu TCC, na graduação de Serviço Social, intitulado: QUARTO DE DESPEJO: racismo, pobreza e feminismo (2018). Desde então, continuo a minha trajetória acadêmica com estudos relacionados aos marcadores sociais de gênero, raça e classe social e a importância da Carolina de Jesus para representar as interseções entre os marcadores citados.

Desta feita, o projeto desenvolvido na USF Colinas do Sul II, foi uma proposta apresentada por mim e aceita pela equipe interdisciplinar daquela unidade, baseado na vida e na obra de Carolina de Jesus. A partir de então, buscou-se articular os diversos dispositivos de cuidado em saúde mental, disponíveis no território em contexto, a exemplo das redes e as organizações práticas de cuidado em saúde, de forma a contribuir para a prevenção e redução do adoecimento mental entre as mulheres.

Esta iniciativa, portanto, surgiu como uma possibilidade de acolhimento da demanda de mulheres em sofrimento ou adoecimento mental na atenção básica, porta de entrada que direciona o fluxo na Rede de Atenção Psicossocial – RAPS.

As ações foram pautadas, a partir da metodologia com Grupos Operativos - G.O, que se baseia na experiência de laboratório social ou de trabalho de comunidade, de acordo com a “Experiência de Rosário” (1958), dirigida pelo Dr. Enrique Pichon-Riviere.

Esta metodologia propõe o “fazer conjunto”. O Grupo Operativo é um espaço onde os participantes se reúnem para trabalhar em questões que afetam a vida cotidiana, a partir da dinâmica grupal que emerge dessas interações. O objetivo é que cada membro do grupo possa reconhecer e trabalhar com suas próprias dificuldades, por meio do diálogo e da interação com os outros.

Esta iniciativa do G.O no território da USF Colinas do Sul II, teve a pretensão de ser uma estratégia proativa que possibilitasse a identificação e o acolhimento das demandas em seus primeiros sinais/sintomas, buscando atuar na prevenção e redução de situações crônicas e desafiadoras aos serviços de saúde, familiares e, principalmente às mulheres em adoecimento.

O trabalho em tela está estruturado, a saber: com a presente introdução; na sequência, aborda - a atuação do serviço social no formato de Grupo Operativo- G.O na USF Colinas do Sul II; e, posteriormente, analisa a interseção entre gênero, raça e classe social com base na obra de Carolina de Jesus; bem como, apresenta os objetivos geral e específicos; material e métodos; resultados e discussões; a conclusão; referências e anexos.

2. Objetivos

2.1. *Objetivo geral*

Contribuir para a construção do trabalho multiprofissional, na USF Colinas do Sul II, à luz da metodologia do “Grupo Operativo Carolina de Jesus”, a fim de possibilitar o cuidado em saúde mental, para além da prática medicamentosa, considerando as questões relacionadas a interseção de gênero, raça e classe social.

2.2. *Objetivos específicos*

- Viabilizar o acolhimento e a escuta qualificada como instrumentos ao cuidado em saúde mental;
- Problematizar o uso de psicotrópicos como primeira alternativa terapêutica na perspectiva da longitudinalidade do cuidado;
- Cooperar nas interlocuções com os equipamentos disponíveis na RAPS, disponíveis no território, na perspectiva da atuação multiprofissional e da integralidade do cuidado;
- Trabalhar educação em saúde mental através de temas disparadores no G.O, que busquem promover reflexão sobre as interseccionalidades de gênero, raça e classe social.

3. A atuação do serviço social na usf colinas do sul ii no formato de grupo operativo

O trabalho apresentado trata-se uma intervenção prática que produziu um estudo descritivo, do tipo relato de experiência. De acordo com Silva & Menezes (2000)

A pesquisa descritiva visa descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados: questionário e observação sistemática. Assume, em geral, a forma de levantamento. (SILVA & MENEZES, 2000, p.21)

A metodologia utilizada na elaboração desta pesquisa é a observação cuidadosa e o registro fiel do que foi observado na perspectiva qualitativa, é uma experiência de primeira abordagem ao objeto de estudo e funcionou como um catalisador para novas pesquisas.

O objetivo principal deste estudo é compartilhar as estratégias que utilizei para atender a demanda de mulheres em sofrimento mental, que faziam uso exclusivo de psicofármacos, no contexto da pandemia da COVID-19. Secundariamente, subsidiar estudos futuros que interfiram diretamente na atenção à saúde mental de mulheres, considerando a intersecção entre os marcadores sociais de gênero, raça e classe social, contribuir para a reflexão e proposição de estratégias que superem os gargalos que dificultam as ações intersectoriais e o acesso aos serviços públicos de populações de territórios periféricos.

Nesta perspectiva, o desenvolvimento deste trabalho, considerou, principalmente por ser um relato de experiência, a atuação profissional do assistente social em uma intervenção interprofissional. Para adentrar neste tema, se faz necessário um breve contexto histórico sobre a atuação do Assistente Social⁶⁴ saúde mental.

O profissional Assistente Social foi incluído na equipe de saúde mental no Brasil no final da década de 1980, após a promulgação da Lei 7.498/86, que regulamentou o exercício da enfermagem, permitindo a ampliação da equipe de saúde para além do médico e do enfermeiro. A partir desse momento, outras profissões, incluindo o Serviço Social, passaram a compor as equipes de saúde mental, visando uma atuação multiprofissional⁶⁵ e interprofissional para uma abordagem ampliada e integrada no cuidado em saúde mental.

Assim,

[...] o trabalho em equipe multiprofissional consiste uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação. (PEDUZZI, 1998 apud PEDUZZI 2001, p.108),

Não obstante, a atuação do profissional assistente social na saúde mental se depara ainda com estruturas conservadoras e estigmatizantes presentes na nossa sociedade, o que impõem aos profissionais desafios frente às expressões da Questão Social, manifestados nas diversas formas de violação de direitos sociais. A citação abaixo resume apenas as principais violações que os assistentes sociais precisam intervir no cotidiano da atuação na saúde mental. De acordo com Appel (2017):

As expressões da Questão Social na Saúde Mental são vivenciadas na exclusão social dos usuários com transtorno mental, inviabilização dos direitos sociais, privação de seu convívio social e do sistema sócio ocupacional no mercado de trabalho e a não inserção dos mesmos nas redes intersectoriais. (APPEL, 2017. p. 2).

Da mesma forma, entender a necessidade da importância de conceitos como intersectorialidade e integralidade no cuidado também é uma discussão recente.

Nesta perspectiva, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em 2010, provocou a discussão sobre a necessidade de ações intersectoriais para a efetividade da Política Nacional de Saúde Mental. (BRASIL, 2001).

⁶⁴ O Assistente Social, é caracterizado como um profissional da área da saúde, conforme a Resolução do CFESS nº383/99.

⁶⁵ É uma atuação em que cada profissional possuem um interesse pela área de seu colega, que entenda a sua relevância e potencial, para que, cada um, exponha suas ferramentas de trabalho, suas teorias, seu entendimento dos casos, permitindo ao outro colega, a mesma oportunidade de exposição.

Neste contexto, estudos apontam que além da ampliação na oferta dos serviços, é necessário que os profissionais que atuam na saúde, tenham como habilidade a capacidade teórico-prática de construir estas interlocuções.

Bredouw e Dravanz (2010, p. 230) sinalizam que “diante disso, é relevante que a categoria dos assistentes sociais se aproprie deste debate e busque, a partir de reflexões teórico-práticas, contribuir para este avanço e, assim, possa presenciar a efetivação destas ações.”

Outrossim, a atuação do assistente social é fundamental na articulação com as outras ações multiprofissionais, sociedade civil, trabalhadores, familiares e usuários.

O ano de 2020 foi marcado pela pandemia da COVID-19. Foi o ano do meu ingresso na residência multiprofissional em saúde Mental.. O sistema de saúde do Estado da Paraíba colapsou em julho de 2020.

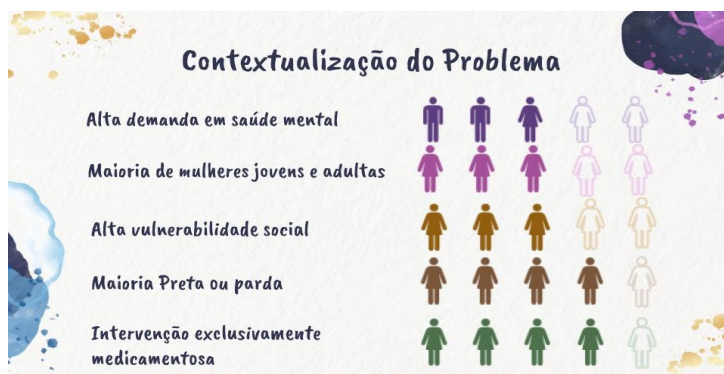
Em janeiro de 2021, a situação piorou novamente, e muitos hospitais ficaram sem leitos de UTI disponíveis para pacientes com COVID-19. Durante a segunda onda da pandemia no país, o aumento exponencial de casos e mortes em um curto período de tempo sobrecarregou os sistemas de saúde locais e regionais, causando falta de leitos, insumos e equipes de saúde. Vários estados e cidades enfrentaram uma crise sanitária sem precedentes, com pacientes morrendo nas filas de espera por atendimento e falta de oxigênio nos hospitais. Profissionais de todas as categorias de saúde foram convocados a atuar de forma emergencial nas diversas frentes de trabalho.

Em junho de 2021 fui direcionada para a USF Integrada Colinas do Sul II⁶⁶, em que a equipe multiprofissional verificou o perfil das usuárias do G.O, as quais apresentavam sinais mais agudos de depressão, ansiedade e narrativas autodepreciativas.

As mulheres tinham entre 29 e 69 anos, residentes no território adscrito, cujas ocupações predominantes eram de donas de casa e cuidadoras. Estas, na maioria, recebiam o benefício temporário do auxílio emergencial no valor de R\$ 600,00 a R\$ 1.200,00 por família. Realizavam também, o trabalho informal e eventual como diaristas, artesãs, revendedoras de produtos da Natura, confecções e outros. Tinham filhos ou pessoas na família com deficiência, em especial, autismo. Netos e netas, pais idosos, sogro ou sogra.

⁶⁶ As USFs integradas, são aquelas que contam com outros serviços de saúde em suas dependências, como farmácia, laboratório, sala de vacinação, entre outros. A USF Colinas do Sul faz parte do distrito sanitário II, também integrava quatro comunidades dentro do território do Colinas que são denominadas microáreas, a saber: Irmã Dulce, Jardim das Colinas, Portal das Colinas e posteriormente, incorporando também o território 410 casas. O bairro Colinas do Sul II, vive em constante expansão, pois é um território de grande especulação imobiliária para a construção de casas e condomínios populares. O território é formado por vários conjuntos habitacionais, na maioria, destinados à famílias cadastradas em programas sociais de habitação popular de baixa renda que foram sendo contempladas ao longo dos anos, a partir das conquistas dos movimentos sociais.

Figura 5: Contextualização do Problema



Fonte: Silva, 2023

Havia ainda uma parcela de mulheres que não tinha nenhum tipo de renda, dependiam economicamente do cônjuge ou de outros familiares (as que estavam nesta condição, encontravam-se desempregadas antes da pandemia, ou por ocasião da mesma).

Figura 6: Ocupação e realidade econômica das mulheres

Ocupação e realidade econômica das mulheres

	Jeane* Marcia* Elisa*	Antonia* Duda* Joyce*	Laura* Bete* Sara*	Suzy* Celeste* Jacira*	Maia* Rubi* Suzana*
Desempregadas	✓	✗	✗	✗	✓
Cuidadoras	✗	✓	✓	✓	✓
Auxílio Emergencial	✓	✗	✗	✓	✗
Emprego informal	✗	✓	✗	✗	✗

*Nomes fictícios escolhidos aleatoriamente.

Fonte: Silva, 2023

A realidade vivenciada pelas mulheres do território adscrito da USF, Colinas do Sul II, é a de pessoas que enfrentam situações diárias de extrema dificuldade para sobreviver, incluindo a falta de acesso a recursos básicos como alimentação, moradia, educação e saúde. A ausência do Estado, aumenta o fosso social, essas mulheres são marginalizadas, desumanizadas e invisibilizadas, sofrendo com o preconceito, a discriminação e a violência.

A localização geográfica deste território e o planejamento urbano que intencionalmente coloca a população em menor prestígio nos espaços mais afastados das áreas centrais da cidade, tendem a objetivar a diminuição de pessoas “indesejáveis”, nos espaços públicos de maior visibilidade, como corrobora a citação abaixo:

O grande problema desses conjuntos habitacionais é o fato de cercearem as famílias mais carentes do direito à cidade, não pensando nas questões de mobilidade, transporte, saúde, educação e toda estrutura que é necessária para habitação, ainda, mais quando sua localização é totalmente desconectada e distante das outras áreas, daí fomentando o conflito centro, periferia. (MOURA D.Martins e DRUCIAKI, 2026, p. 9).

O território do Colinas do Sul II, é considerado uma periferia urbanas, está localizado a cerca de 13 km do centro de João Pessoa, Diante de todo o contexto de vulnerabilidade social, é importante dizer que o território do Colinas do Sul, é marcado por disputas territoriais entre grupos dominantes. Essas disputas, afetam a segurança e a qualidade de vida dos usuários dos serviços e dos profissionais, e que por ocasião da pandemia essas condições ficaram ainda mais expostas.

O racismo, que afeta a vida das pessoas negras e as segregam, colocando-as à margem da sociedade, não é resultado somente de ações discriminatórias individuais. Ele é estrutural e ocorre de modo institucional, correspondendo às formas políticas e organizacionais para o desenvolvimento de desigualdades (WERNECK, 2016). O racismo exerce um forte impacto negativo nas condições de saúde da população negra, sendo um fator determinante para os modos de nascer, de viver e, até mesmo, de morrer. (BARBOSA, AIQUOC e SOUZA, 2021, p. 53).

Reafirmamos as questões relacionadas a vulnerabilidade e ao mau planejamento urbano que causa a segregação social de pessoas pela classe e raça, para não reforçar estereótipos negativos e contribuir para a marginalização desses locais e de seus habitantes.

Além disso, a violência é um problema complexo que pode ter diferentes formas e causas em diferentes áreas de uma cidade. Em vez de rotular comunidades, é mais produtivo compreender as causas da violência e trabalhar em conjunto para implementar soluções efetivas e inclusivas.

O Grupo Operativo de Mulheres precisava fazer esse caminho, fazer um esforço reflexivo teórico-prático para que as demandas levantadas no grupo conseguissem ser levadas ao patamar da resolução dentro das mediações possíveis de articulação entre os atores que compõem esta arena.

Com o objetivo de aclarar o entendimento, se faz necessário, conceituar algumas categorias e métodos abordados neste projeto.

O conceito de Grupo operativo foi desenvolvido em 1958, por Pichon Riviere, na cidade de Rosário, Argentina. Essa metodologia, dirigiu grupos heterogêneos através de uma didática interdisciplinar, conforme abaixo citado:

Pichon-Rivière, psicanalista suíço/argentino considerado um dos fundadores da Psicologia Social, construiu todo o seu pensamento e sua teoria a partir de uma visão dialética da realidade. Assim, seus construtos, conceitos e reflexões são permeados pela ideia de movimento e transformação contínua dos sujeitos, de seus vínculos e de seu modo de operar na realidade. (PEREIRA, 2013, p. 25).

O propósito do Grupo Operativo era aplicar uma didática interdisciplinar, que pudesse ser cumulativa e que permitisse a utilização de métodos de investigação da profundidade e do contexto global dos problemas apresentados.

Esta compreende o estudo detalhado, em profundidade e no contexto global, de todos os aspectos de um problema, com o objetivo de ajudá-lo a solucioná-lo de forma eficaz. Surge dessa definição - e isso realmente é o mais importante - a necessidade de trabalhar em grupos formados por integrantes de diversas especialidades (heterogêneos) relacionadas ao problema que será estudado. A investigação operativa pode oferecer sólidas bases à tomada de decisão, o que aumenta consideravelmente a eficácia. Seu método consiste, entre outras coisas, em observar os elementos comuns a certo tipo de problemas e analisar as possíveis soluções; nos casos em que não se introduzem novos meios, ela busca a otimização daqueles já existentes. (PICHON-RIVIERE, 2005, p. 127).

Na particularidade do nosso estudo, à luz do G.O, tudo se inicia com o reconhecimento da Unidade de Saúde da Família enquanto espaço potente para promover saúde mental e física, a partir do acolhimento das demandas das mulheres que buscaram o serviço entre junho novembro de 2021, para além das demandas não apenas medicamentosas.

No G.O de mulheres na USF Colinas do Sul II, identificamos a partir de orientações do GAM – Grupo de Gestão Autônoma de Medicamentos, que os principais psicotrópicos em uso eram na maioria diazepínicos, conforme ilustração abaixo:



Fonte: Silva, 2023

A perspectiva norteadora do G.O alinhasse ao conceito de integralidade do cuidado, com o objetivo de considerar os sujeitos em sua totalidade, de acordo com o que preconiza os Determinantes Sociais da Saúde – DSS, na citação dos autores Paulo Marchiori Buss e Alberto Pellegrini Filho (2007, p. 82):

Há várias abordagens para o estudo dos mecanismos através dos quais os DSS provocam as iniquidades de saúde. A primeira delas privilegia os “aspectos físico-materiais” na produção da saúde e da doença, entendendo que as diferenças de renda influenciam a saúde pela escassez de recursos dos indivíduos e pela ausência de investimentos em infraestrutura comunitária (educação, transporte, saneamento,

habitação, serviços de saúde etc.), decorrentes de processos econômicos e de decisões políticas. Outro enfoque privilegia os “fatores psicossociais”, explorando as relações entre percepções de desigualdades sociais, mecanismos psicobiológicos e situação de saúde, com base no conceito de que as percepções e as experiências de pessoas em sociedades desiguais provocam estresse e prejuízos à saúde.

Assim, a grande preocupação do G.O em evidência, foi a construção de um vínculo de acolhimento que considerasse o território e a história de vida das mulheres envolvidas na ação, a partir de percepções de desigualdades sociais, mecanismos psicobiológicos e situação de saúde, objetivando a superação do sofrimento das mulheres, com base no reconhecimento da USF Colinas do Sul II, como espaço democrático de saúde, enquanto concepção de integralidade do cuidado.

A integralidade, enquanto princípio do Sistema Único de Saúde, tem como horizonte a perspectiva de garantir ao usuário dos serviços uma atenção à saúde que transcenda a prática curativa, que contemple o indivíduo em todos os níveis de atenção e considere o sujeito inserido em um contexto social, familiar e cultural. Sobre a integralidade do cuidado:

Mattos (2005a) sistematizou três conjuntos de sentidos sobre a ‘integralidade’ que têm por base a gênese desses movimentos, quais sejam: a ‘integralidade’ como traço da boa medicina, a ‘integralidade’ como modo de organizar as práticas e a ‘integralidade’ como respostas governamentais a problemas específicos de saúde. (MATTOS, 2005 apud PINHEIRO, 2009, p. 255).

Para Pinheiro (2009, p. 259):

A saúde, como direito de cidadania e defesa da vida, exige análises compreensivas, a fim de identificá-la como uma categoria da prática portadora de padrões móveis e progressivos, e o sistema de saúde, sua organização e o conjunto de práticas no seu interior devem ter a capacidade de acompanhá-los e, mesmo, construir sempre novas possibilidades, em um movimento renovado de ‘integralidade’ com equidade.

A proposta é que esta intervenção possa contribuir de forma significativa na qualidade de vida destas mulheres, a partir de uma atuação teórico-prática, considerando as vulnerabilidades sociais e econômicas, e compreendendo como os marcadores sociais de gênero, raça e classe social são determinantes para o surgimento ou cronificação de adoecimentos variados dos sujeitos afetados por eles.

4. A INTERSEÇÃO ENTRE GÊNERO, RAÇA E CLASSE SOCIAL EM CAROLINA DE JESUS

Embora o discurso hegemônico tente produzir uma argumentação que tenta diluir o fenômeno do racismo na ideia da miscigenação histórica da sociedade brasileira, as discrepâncias sociais e

econômicas oriundas do processo de formação desta sociedade repercutem até os dias atuais, legitimando e normatizando às precárias condições de vida e reprodução social da maioria negra em detrimento da população branca. (FARO; PEREIRA, 2011.).

A forma, como nós, enquanto equipe, organizamos a intervenção no grupo operativo, levou em consideração as relações entre os marcadores sociais de gênero, raça e classe social, como essenciais para a compreensão dos desfechos em saúde mental das mulheres participantes, pois as questões não poderiam ser vistas de forma fragmentada.

Sendo assim se faz necessário entender alguns conceitos importantes que estruturam a realidade do território.

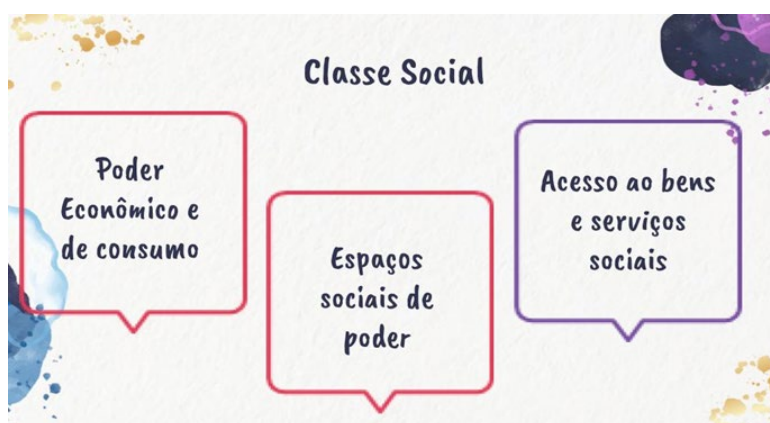
Figura 8: Marcadores sociais de gênero, raça e Classe: Racismo estrutural



:Fonte: Silva, 2023

O Racismo estrutural é a forma como o racismo se manifesta nas instituições, nas leis, nas normas e nas práticas sociais que favorecem um grupo racial em detrimento de outro. É um sistema que reproduz e perpetua a desigualdade e a discriminação racial, afetando a vida e as oportunidades das pessoas negras, indígenas e outras minorias étnicas.

Figura 9: Marcadores sociais de gênero, raça e Classe: Classe Social



Fonte: Silva, 2023

Segundo dados do IBGE, 2010, os bairros periféricos no Brasil são de população majoritariamente negra, ou seja, que se declara preta ou parda. Essa realidade é resultado de um processo histórico de segregação e desigualdade social que afastou essa população das regiões centrais das cidades.

A segregação social em bairros periféricos, contribuem para a dificuldade no acesso de bens e serviços de qualidade, considerando que estão restritas por um território geográfico precário de equipamentos públicos, com baixa adesão política e social dos usuários e baixa participação social na esfera de decisão.

a segregação territorial e o reagrupamento espacial de famílias pretas e pardas a territórios restringidos, têm como principais determinantes fatores múltiplos e correlacionados: pobreza estrutural da população negra articulada ao ciclo de desvantagens cumulativas desse grupo social; racismo (individual e institucional) e; a própria atuação do Estado que legaliza e assenta cada vez mais pessoas em espaços que já nascem em condições precárias, além de utilizar mecanismos de controle social e repressão que acentuam a ordem segregadora

Além dos marcadores sociais de classe e raça, ainda tem uma outra condição que pesa sobre as mulheres: as desigualdades nas relações de gênero.

Figura 10: Marcadores sociais de gênero, raça e Classe: Relações de Gênero



Fonte: Silva, 2023

O patriarcado é um sistema social que confere aos homens uma posição de privilégio e poder sobre as mulheres e outros sujeitos que fogem da norma. Uma das consequências do patriarcado é a objetificação da mulher, que consiste em reduzir o corpo feminino a um mero objeto de consumo ou prazer masculino, ignorando seus sentimentos, desejos e capacidades.

A objetificação da mulher está presente em diversas esferas da sociedade, e quanto menor o poder econômico e social que esta mulher detém, maior é a sua exposição às situações de violências, desigualdade e a opressão de gênero. As condições históricas pelas quais as mulheres foram reduzidas ao espaço doméstico do cuidado e do serviço.

De acordo com a pesquisa intitulada: “Retrato das Desigualdades Gênero e Raça”, desenvolvida pelos institutos: Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e o UNIFEM – Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher no ano de 2003 afirmam que:

As mulheres responsáveis por famílias com filhos constituem, em geral, arranjos familiares do tipo “mulher com filhos”. Nesse sentido, tendem a ser as únicas responsáveis pelo domicílio, sendo a única fonte de renda, o que torna estas famílias mais vulneráveis e estas mulheres certamente estarão sobrecarregadas com os afazeres domésticos e a busca da manutenção econômica da família. São que arcam sozinhas com os cuidados dos filhos e ao mesmo tempo são as que buscam nas atividades remuneradas as condições de vida. Em 2003 esse tipo de arranjo correspondia a 15% do total de famílias no Brasil, enquanto os homens sozinhos responsáveis pelos filhos não ultrapassavam 2%. (Ipea e UNIFEM, 2003, p. 7).

Não obstante passados uma década da pesquisa mencionada, desenvolvida pelo Ipea e UNIFEM (2003), ainda percebemos que as desigualdades continuam crescendo, a legislação aumentou trazendo importantes marcos legais para os movimentos de saúde da população negra e mulheres, contudo na prática ainda às desigualdades subsistem. A pesquisa coordenada por Janaína Feijó, através do Instituto Brasileiro de Economia, da Fundação Getúlio Vargas - FGV, publicado no G1, em maio de 2023, mostra que o Brasil tem mais de 11 milhões de mães que criam os filhos sozinhas. Na última década, o país ganhou 1,7 milhão de mães com a responsabilidade de criarem os filhos sem a ajuda do pai. Ainda de acordo com a pesquisa,

90% das mulheres que se tornaram mães solo entre 2012 e 2022 são negras. Quase 15% dos lares brasileiros são chefiados por mães solo. A proporção é maior nas regiões Norte e Nordeste. A maioria, 72,4%, vive só com os filhos e não conta com uma rede de apoio próxima. (G1, 2023).

Conforme reflexão dos autores Barbosa, Aiquoc e Souza, 2021 p. 35, “[...] apesar do seu caráter universal, o direito à saúde não é efetivado: o acesso a uma saúde integral, gratuita e de qualidade continua sendo um campo de luta do movimento negro”. Desta feita, percebe-se uma complicada teia de relações que produzem injustiças em todas as dimensões da vida, conforme alude Carneiro (2002).

As múltiplas formas de exclusão social a que as mulheres negras estão submetidas, em consequência da conjugação perversa do racismo e do sexismo, as quais resultam em “uma espécie de asfixia social com desdobramentos negativos sobre todas as dimensões da vida. Esses se manifestam em sequelas emocionais com danos à saúde mental e rebaixamento da autoestima; numa expectativa de vida menor, em cinco anos, em relação às mulheres brancas; num menor Índice de nupcialidade; e sobretudo no confinamento nas ocupações de menor prestígio e remuneração. (CARNEIRO, 2002, p. 210).

Vale ressaltar que, na modernidade, com a abertura do mercado de trabalho para as mulheres, a inserção social pela via do trabalho acontece de forma precária, com vínculos empregatícios frágeis e desiguais. Todo esse contexto afeta a forma como estas mulheres se colocam no mundo e a perspectiva que tem de si mesmas. Este papel social reduzido, repercute de forma patológica na vida das mulheres.

Hooks (2015) pontua que as teorias feministas inicialmente não emergem da realidade da maioria das mulheres, e sim de um recorte de mulheres brancas, acadêmicas, que em seus discursos não se preocupavam em discutir as questões de classe e raça como centrais ao feminismo; pelo contrário, focalizavam seus discursos nas formas de desigualdades sexistas, que não incluem as formas de opressão sofridas pelas mulheres pretas e pobres (BARBOSA E MOURA JR, 2021, p. 1481).

Na contemporaneidade, todas estas configurações sofreram adaptações enquanto consequências das alterações no modo de produção capitalista, com a flexibilização das condições de trabalho, acirrando ainda mais os desafios de sobrevivência para a classe trabalhadora, especialmente, às mulheres mais vulneráveis e que se encontram no entrecruzamento de raça, gênero e classe. Por tais motivos, é necessário realizar uma análise a partir do ponto de vista interseccional, que considere a realidade multifacetada dos sistemas de reprodução material e ideológico-hegemônicos, conforme os autores abaixo, ressaltam:

Desta forma, apontamos que os marcadores de gênero, classe e raça tanto podem operar desigualdades, discriminações, opressões e vulnerabilidades, quanto podem operar emancipação, empoderamento e resistências, tendo a capacidade de reverberar em estratégias de agenciamentos democráticos. (HENNING, 2015; SEN, 2010 apud BARBOSA; MOURA JR, 2021 p. 1481).

Diante de todos estes apontamentos, o trabalho desenvolvido no território Colinas do Sul II, foi inspirado na história de vida da Carolina de Jesus, enquanto possibilidade de trazer como referência esta mulher negra, catadora de papel, mãe de três filhos, moradora da Favela do Canindé – SP, escritora do livro “Quarto de Despejo – Diário de uma Favelada” (1960), surgindo como a personagem de interlocução entre as narrativas de vida das mulheres, representando em sua história a intersecção entre os marcadores sociais de gênero, raça e classe social.

Carolina Maria de Jesus (1914-1977) foi uma mulher negra, marcada pela extrema pobreza, mãe de três crianças e cumpriu a sua maternidade solitária desde a gestação dos seus filhos.

Nascida em Minas Gerais, teve acesso à escola por apenas dois anos, onde, aprendeu a ler e escrever, apaixonada pela leitura, buscava sempre essa atividade como recurso para superar as suas questões existenciais. Carolina foi para São Paulo em 1947, trabalhou como doméstica e depois como catadora de papel. Morou na favela do Canindé, às margens do rio Tietê, em SP, de 1948 a 1963) Ela escrevia um diário de sua vida, além de outros livros, contos, letras de músicas e poesias.

Foi descoberta pelo jornalista Audálio Dantas, em 1958. Ele teve acesso ao seu diário e fez publicações (1958 e 1959) sobre ela, as quais tiveram grande repercussão.

Em 1960, o livro “Quarto de Despejo: Diário de uma Favelada” foi publicado. Essa foi a sua maior obra em termos de reconhecimento público, foi traduzida para 14 idiomas e bateu recorde de vendas no primeiro ano de publicação. O livro é uma narrativa em primeira pessoa da realidade de pobreza, fome, violência e exclusão, vivenciada pela Carolina de Jesus, com relatos que iniciam na sexta-feira, 15 de julho de 1955 até 26 de junho de 1960.

A favela do Canindé foi uma das primeiras formas urbanas de segregação social. O cenário urbano que Carolina e os demais migrantes encontraram a partir dos anos quarenta fora modelado nas décadas iniciais do século XX. Neste contexto histórico, o novo modelo urbano social apresentava como características principais a concentração das atividades econômicas e de moradias nas regiões centrais.

A favela do Canindé acabou se interpondo a estedesenvolvimento a partir do momento em que o aglomerado de pessoas indesejáveis socialmente, passou a fazer daquele lugar, um espaço de visibilidade, como por exemplo, a descoberta de Carolina Maria de Jesus, que com o seu diário de uma favelada chamou a atenção para um problema social que estava invisível na mídia.

Na obra “Quarto de Despejo”, Carolina cita diversas vezes a assistente social Martha Terezinha Godinho, que desenvolve um estudo sobre as favelas paulistas em 1955. Com o contato com a favela do Canindé, ela consegue acumular um rico material para a elaboração do seu Trabalho de Conclusão de Curso – TCC. A partir da sua pesquisa, conclui que existe um estímulo oficial no processo de favelização e da ocupação sem planejamento do espaço urbano de áreas periféricas. Sem qualquer tipo de infraestrutura, saneamento, escolas, higiene, saúde, as populações pobres, de imigrantes desempregados, em sua maioria negros, são reduzidos a condições subumanas.

A institucionalização destas portas de saída de crises de ocupação urbana é uma estratégia cruel para deixar livres os espaços centrais e mais bem estruturados para pessoas da sociedade, consumidores, trabalhadores formais e comerciantes, a fim de limpar deste espaço “os transeuntes, pedintes, catadores mendigos, delinquentes e etc.”. A favela se torna realmente o quarto de despejo, onde são colocados os elementos indesejados da casa.

Segundo a pesquisa desenvolvida por Martha Godinho, em 1955, a Favela do Canindé iniciou-se em 1948, a partir da ocupação de uma propriedade privada, cujo terreno pertencia à uma família que pediu o despejo dos invasores. Desta feita, as famílias que ficaram desabrigadas foram até o gabinete do prefeito Paulo Lauro e lá conseguiram a permissão para ocupar um terreno da prefeitura no Canindé, próximo o rio Tietê.

A prefeitura também cedeu os caminhões para o transporte de alguns barracos para o citado terreno. Devido à proximidade com o Rio Tietê, não foi permitido que os ocupantes furassem poços.

A fim de solucionar o problema da água, a prefeitura construiu uma caixa d'água para abastecer a população de noventa e nove famílias.

A importância do reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais e das condições de saúde, sobretudo no tocante à interseccionalidade de raça, gênero, ciclo de vida e classe social. (BRASIL, 2014 apud KEZAUYN, 2021, p. 20).

A obra Quarto de Despejo é narrada por Carolina Maria de Jesus sob o seu ponto de vista. Contudo, esse fato não desmerece a sua obra, pelo contrário, contribui para desmontar a argumentação contida no ideário popular pautado no preconceito de classe, raça e gênero.

Carolina Maria de Jesus acumula em sua realidade estas três categorias: negra, pobre e mulher semianalfabeta, que denuncia com notável propriedade a relação de exploração de classes, a questão social em suas várias manifestações e esta denúncia não é inconsciente ou mesmo inocente. Ela parte da indignação de uma mulher que suporta em suas relações sociais as mazelas das desigualdades nas relações de raça, classe e gênero.

Portanto, o projeto de intervenção executado na USF Colinas do Sul II, pautou-se na obra de Carolina de Jesus, conforme descrita acima.

5. Material e métodos

A metodologia utilizada é a de Grupo Operativo, baseado na experiência de PICHON-RIVIÈRE (1958). Esta metodologia propõe o “fazer conjunto”, as ações são combinadas de forma que levem o grupo a alcançar o seu objetivo por meio da execução de tarefas.

Desta forma, os processos de aprendizagem acontecem dialeticamente, o tempo todo de forma consciente e inconsciente. Ao longo dos anos, esta metodologia foi trabalhada e adaptada por outros autores, criando muitas possibilidades de trabalhos com grupo.

Assim, podemos utilizar as citações organizadas pelas autoras, Vincha, Santos e Cervato-Mancuso, (2017) sobre a operacionalização do G.O – Grupo Operativo na saúde.

Para a concretização do objetivo, o G.O centrasse na tarefa. Na área da saúde, o G.O que objetiva a aprendizagem tem como dispositivos para a realização da tarefa os temas de discussão, pois apoiado neles, suscitam-se e mobilizam-se sentimentos, pensamentos e ações nos participantes. (CASTANHO, 2012; PICHON-RIVIÈRE, 2009, apud VINCHA, SANTOS E CERVATO-MANCUSO, 2017, p. 951).

Os temas podem ser identificados antes do início do grupo, na análise das demandas de saúde, o que oportuniza a existência de um definido, ou podem ser identificados a partir das necessidades emergidas no decorrer do grupo. Eles podem ser trabalhados com o uso de estratégias educativas, ou seja, palestras, vídeos, jogos, fotos, músicas e dinâmicas,

entre outras (AFONSO, p.62, 2010 apud VINCHA, SANTOS E CERVATO-MANCUSO, 2017, p. 951).

O Grupo Operativo foi organizado em encontros quinzenais, utilizando o espaço da academia de saúde, dispositivo da rede de atenção à saúde do território Colinas do Sul II. O formato utilizado era o de roda de conversas e de depoimentos de todos os profissionais envolvidos, e das mulheres do grupo.

Os temas a serem trabalhados eram identificados antes dos encontros, em reuniões entre os profissionais participantes. Iniciávamos com temas disparadores com flexibilidade para outras temáticas identificadas a partir das necessidades emergidas no grupo.

A adesão ao grupo de mulheres se dava mediante a escuta qualificada pelos profissionais de saúde envolvidos no G.O, na ocasião das consultas ou interconsultas na USF.

Algumas adesões aconteceram a partir da divulgação das mulheres frequentadoras do G.O dentro do seu território.

Em todos os encontros, era reafirmado o compromisso entre as participantes de conceber o grupo como espaço protegido e de acolhimento, com relação ao sigilo e ética.

Entre as temáticas disparadoras, estavam as questões relacionadas às interseções entregênero, classe e raça. As ações eram inicialmente conduzidas por um dos profissionais envolvidos e, posteriormente, todos poderiam intervir, conforme a discussão fosse conduzida.

Os desdobramentos destes marcadores sociais, na realidade social e econômica das mulheres, se manifestaram através das narrativas, ao tempo em que todas, buscavam a superação ou saídas das condições objetivas – subjetivas, as quais se encontravam.

As tarefas no G.O se dividiam entre os profissionais, a partir de ações relacionadas ao atendimento de demandas levantadas no grupo, serviços na rede de atenção à saúde, e o acompanhamento das atividades realizadas pelas usuárias

Figura 11: Serviços de Referência para o território - Distrito Sanitário II de João Pessoa



Fonte: Silva, 2023

As principais atividades desenvolvidas pelas mulheres eram: oficinas criativas e atividades lúdicas, trabalhos manuais, confecção de acessórios com bijuterias (para prender a máscara de proteção, quando fosse necessário se alimentar) e conhecimentos tradicionais (chá da tarde com plantas medicinais utilizadas pelas PICS, retiradas da horta da USF Colinas do Sul II), reconhecimento do território, os dispositivos da política da assistência, saúde e serviços intersetoriais complementares com o apoio da ACS das microáreas: do “Portal das Colinas” e “410 casas⁶⁷”. Eu, como assistente Social fiz visita de reconhecimento nos CRAS dos territórios Gervásio Maia e Gramame, além de visitas com a equipe de profissionais, incluindo os residentes e estagiários no Centro de Referência da Educação Infantil - CREI Maria do Socorro Rodrigues.

Após identificar as demandas levantadas no G.O, discutíamos no grupo as possibilidades de intervenção para a superação dos desafios, as possíveis interlocuções entre os serviços da RAPS⁶⁸: CAPS AD Rangel, CAPSi infante juvenil, CAPS III Caminhar e CRPICS Canto da harmonia (Centro de Práticas Integrativas e Complementares da Saúde). Também era abordado a orientação para demandas intersetoriais, e, se necessário, uma articulação com profissionais de outros serviços da rede.

Quadro 01 - Cronograma das atividades desenvolvidas em 2021

Atividades desenvolvidas	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.
Encontros temáticos						
Articulações entre os dispositivos Complementares (SUAS, Centro de Referência da mulher)						
Reconhecimento do Território (visita ao CREI Maria do Socorro Rodrigues)						
Tarde de Práticas Integrativas e Complementares – PICS (Auriculoterapia)						
Reconhecimento do Território (visita ao CRAS Gervásio e Gramame) Auriculoterapia						
Chá da tarde (PICS – plantas medicinais)						
Visita ao CAPS – Caminhar bancários						
Visita ao equilíbrio do Ser – Bancários						
Integração Farmácia Escola UFPB						
Atividade desenvolvida no Assentamento Gramame						
Oficina de artesanato (confecção de bijuterias)						
Confraternização Final no Parque Solon de Lucena						

⁶⁷ Microrregião do Território Colinas do Sul II,

⁶⁸ Localização dos componentes visitados por meio da RAPS. CAPS AD Rangel, CAPSi infante juvenil – Tambiá, CAPS III Caminhar - Bancários e CRPICS Canto da harmonia – Valentina Figueiredo.

A partir do mês de outubro de 2021, contamos com a participação das mais duas profissionais: Arte Educadora e Arte Terapeuta atuante do CAPS AD Rangel e farmacêutica, residente RESMEM - integrante do GAM - Gestão Autônoma de Medicamentos-, lotada no CAPS AD Estadual Jovem Cidadão.

6. Resultados e discussões

Ao avaliar todo o trajeto que percorremos com os encontros do G.O, compreendemos o quão importante é a escuta qualificada nos espaços de cuidado em saúde. Na atenção básica, cuja responsabilidade é ordenar os serviços em saúde, a escuta qualificada pode salvar vidas, reduzir tempo de espera e custos, aplicar tecnologias leves e efetivas. A escuta qualificada legitima narrativas, acolhe e cuida.

Identificamos, também, situações estigmatizantes por parte de profissionais da USF Colinas do Sul II, quanto a intolerância religiosa, o racismo e o preconceito com relação à grupos específicos de usuários, a exemplo de povos de terreiros. Presenciamos situações de violência na ocasião, do arrombamento da USF Colinas do Sul II, em 17 de junho de 2021, em que, os responsáveis pelo ocorrido foram “adolescentes da própria comunidade”. Percebemos o quanto o racismo estrutural afeta as relações sociais e institucionais⁶⁹ e as formas de lidar com estas problemáticas sociais.

Em contrapartida, a USF realizou ações de saúde em espaços estigmatizados. Participei de ações no assentamento Vila Borba, no Colinas do Sul II, e no Bar Borogodó das Meninas (Bar conhecido na comunidade por “explorar o comércio sexual de mulheres”). Fizemos trabalho de educação preventiva em saúde, ISTs, saúde da mulher, saúde bucal e busca ativa de famílias que não estavam cadastradas no serviço, mas que faziam parte do território adstrito, no intuito de aproximar a USF Colinas do Sul II com estas populações.

Ademais, observamos que a estrutura física da unidade referenciada, não contempla as condições adequadas para que os profissionais possam ter tempo hábil no tocante ao atendimento que cumpra os princípios da integralidade e longitudinalidade do cuidado, bem como não possuem espaço de escuta adequado, que garanta o sigilo profissional.

Realizamos encontros para além da USF com o intuito de intervir na rotina das mulheres e mobilizar profissionais de outros espaços. Com algumas usuárias que frequentavam o G.O, visitamos o CRPICS Equilíbrio do Ser, e o CAPS III Caminhar, ambos nos Bancários, bem como o CRPICS Canto da Harmonia, no Valentina de Figueiredo.

⁶⁹ Reportagem: Suspeitos quebram portas e roubam ventiladores de USF em João Pessoa - no bairro Colinas do Sul, um Posto de Saúde da Família (PSF) foi arrombado, teve vidraças quebradas, assim como outros materiais depredados e dois ventiladores furtados. Disponível em: [Dupla invade UPA e assalta acompanhantes de pacientes, em João Pessoa | Paraíba | G1 \(globo.com\)](#). Acesso em: 15 maio 2023.

No decorrer das oficinas identificamos o esvaziamento do grupo de mulheres por motivo de ordem econômica. Muitas estavam em situação de desemprego e, apenas, com o benefício emergencial. Outras perderam o benefício e tiveram que desenvolver, urgentemente, estratégias de sobrevivência, como morar na casa de outros familiares porque não tinham renda suficiente para a manutenção da família. Algumas conseguiram trabalho e não tinham mais disponibilidade de horários, outras tiveram que assumir o cuidado com os netos para que os pais pudessem trabalhar, tendo em vista que os encontros aconteciam nas sextas-feiras, pela manhã, e posteriormente, passaram a acontecer nas quintas-feiras, à tarde.

Diante de tantos desafios, como a mudança de cenário de prática da residência, o grupo seguiu unido. Após sermos deslocados para a Secretaria de Saúde Mental do Estado, em agosto de 2021, fomos autorizados a continuar com o trabalho na USF Colinas do Sul II de forma quinzenal, nas quintas-feiras à tarde.

Nesta ocasião, o grupo contava com apenas 4 mulheres e os seguintes profissionais: assistente social, psicólogo, farmacêutica - GAM, arte educadora - CAPS AD Rangel e odontóloga – USF Colinas II.

Os resultados desta primeira experiência foram utilizados como propositura para o Edital Estadual Aldir Blanc – Segunda Edição 2021, cujo propósito era viabilizar a continuidade do G.O e possibilitar outras alternativas de horários compatíveis com a disponibilidade das mulheres que gostariam de continuar.

A segunda fase do projeto introduziria a personagem Carolina de Jesus como a força motriz desta atuação interseccional e a arteterapia na produção de Aquarelas a partir das fotografias de Carolina de Jesus, pintadas com a técnica de aquarelas para ser estampadas em bolsas retornáveis. A atividade não tinha o propósito de geração de renda, mas de ensino e aprendizagem da técnica de aquarela e das discussões de temas transversais, a partir do mote da Carolina de Jesus. Contudo, o projeto foi aprovado, mas ficou na suplência por falta de recursos e, infelizmente, não alcançou sua continuidade.

7. Considerações finais

Durante a experiência vivenciada no grupo de mulheres da USF – Unidade de Saúde Família integrada - Colinas do Sul II, foram realizados os encontros no formato metodológico de G.O, e associado às tarefas, articulações intersetoriais.

Os espaços de articulação foram: o Centro de Referência da Mulher Ednalva Bezerra - CRMEB, para demandas relacionadas a violência doméstica; a Secretaria de Estado dos Direitos Humanos SEDH, Gerência do SUAS - para demandas relacionadas à documentação básica e declaração de

registro tardio, O Centro de Referência de Práticas Integrativas e Complementares CRPICS – Canto da harmonia no Valentina de Figueiredo e Equilíbrio do Ser nos Bancários, CAPS Transtorno III Caminhar nobairro dos bancários, referência no território e o CAPS AD Rangel, com relação ao uso abusivo de substâncias. Os CRAS – Centros de Referência da Assistência Social, Gervásio Maia e Colinas do Sul II. e FUNAD – Fundação Centro Integrado de Apoio à Pessoa com Deficiência no Bairro dos Estados.

No entanto, em outros casos, não obtivemos êxito, principalmente em relação ao acolhimento de demanda de violência doméstica. Esse tipo de violência tem um fatorcomplicador que ainda é um gargalo para a efetivação desta política. A garantia de domicílio temporário para mulheres que precisam ausentar-se do seu domicílio ainda é muito frágil e pouco articulada, pois não contempla às especificidades e o contexto das histórias travadas. Neste aspecto, pouco avançamos com relação às demandas que nos deparamos ao longo do trabalho no G.O.

Essas dificuldades encontradas na articulação intersetorial, em especial na Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, refletem o quanto ainda é preciso avançar, o que reforça a necessidade da temática deste trabalho. Ainda que tenha havido uma melhor compreensão com relação aos direitos das mulheres, as marcas do patriarcado, presentes em nossa estrutura social, atuam como um freio de mão, impedindo que a engrenagem funcione de forma fluída.

Ações fragmentadas, desarticuladas e que não contemplam a realidade social vivenciada pelas mulheres, impactam negativamente na atuação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.

Dessa forma, é preciso superar esses desafios e tratar a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres como prioritária, pois os números de feminicídio são altíssimos, colocando o Brasil em 5º lugar no mundo como o país que mais mata mulheres.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), uma em cada três mulheres, cerca de 736 milhões de pessoas, é submetida à violência física ou sexual ao longo da vida (ACNUDH). Essa triste estatística expressa o grau de urgência com a qual os serviços de apoio, as políticas preventivas e os serviços da rede de assistência precisam agir de forma intersetorial. Apesar do entendimento comum de que a intersetorialidade é o principal instrumento de efetivação das políticas públicas, ainda é um desafio a ser consolidado pois exige integração entre as diferentes políticas setoriais.

Ainda pesa sobre as mulheres vítimas de violência e com transtorno mental a deslegitimação de suas narrativas. Como relata a pesquisa desenvolvida pela - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto FAMERP:

Mesmo com conceituações sobre o que são os transtornos mentais, os mitos em relação a eles são responsáveis pela falta de credibilidade que mulheres que são vítimas de violência enfrentam ao tentar denunciar o agressor, o que faz com que deixem de procurar

ajuda. A grande maioria sofre silenciosamente com sua doença, e também com as agressões. Isso tudo é resultado dos estigmas e preconceitos contra o transtorno mental e o que torna essas mulheres ainda mais vulneráveis por sofrerem com a violência e não conseguirem encontrar soluções para que a violência seja cessada. (FREITAS; ARAÚJO FILHO, 2018, p. 2).

Assim, as mulheres que participaram do G.O no Colinas do Sul II, são expressões desse universo de violências, considerando, ainda, que os transtornos mentais que lhes acometiam, geravam estigmas sociais acrescidos ao gênero, raça e classe social.

Todavia, considerando as atividades desenvolvidas pelo G.O foram observadas sinalizações acerca das narrativas das mulheres, na fase conclusiva dos encontros realizados, que indicaram: maior adesão das mulheres a buscar novas estratégias de cuidado para a saúde mental, além da utilização de psicotrópicos; maior interação e participação da equipe de profissionais na unidade USF – Colinas do Sul II; apoio mútuo entre as participantes; maior prestatividade e adesão às atividades realizadas, disposição para ajudar.

Igualmente, a atuação dos profissionais envolvidos contribuiu para instrumentalizar as usuárias na busca de melhoria e garantia de direitos; reconhecimento das suas condições de vulnerabilidade social resistência à naturalização da precariedade das condições sociais; identificação dos abusos e contra objetificação da mulher negra; auto reconhecimento da sobrecarga da responsabilidade materna

Referências

- ALMEIDA, M. et al. The impact of the COVID-19 pandemic on women's mental health. *Arch Womens Ment Health*, v. 23, n. 6, p. 741-748, Dec. 2020. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7707813/pdf/737_2020_Article_1092.pdf. Acesso em: 10 maio 2023.
- APPEL, Nicolle Montardo. O Assistente Social inserido na saúde mental e suas estratégias de intervenção. *In: VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas*, 2017, São Luís. Anais da JOINPP – 2017. São Luís: UFMA, 2017. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo8/oassistentesocialinseridonasaude mentalesuasestrategiasdeintervencao.pdf>. Acesso em: 10 maio 2023.
- BARBOSA, Isabelle Ribeiro; AIQUOC, Kezauyn Miranda; SOUZA, Talita Araújo de. Raça e saúde: múltiplos olhares sobre a saúde da população negra no Brasil. Natal: EDUFRN, 2021. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/44949/3/Ra%C3%A7aSaude_Barbosa_Aiquoc_Souza_2021.pdf. Acesso em: 10 maio 2023.

- BARBOSA, Vilkiane N. Malherme. MOURA JR, James Ferreira. Intersecções entre Gênero, Raça e Pobreza na vida de Mulheres no Nordeste do Brasil. Estudos e Pesquisas em Psicologia, Rio de Janeiro, vol. 21, n. 4, p. 2021. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/64031/40130>. Acesso em: 06 jun. 2022.
- BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 10 maio 2023.
- BREDOW, Suleima Gomes; DRAVANZ, Glória Maria, Atuação do Serviço Social na SaúdeMental: entre os desafios e perspectivas para efetivação de uma política intersetorial, integral e resolutiva. Textos & Contextos, Porto Alegre, v. 9, n. 2, p. 229 - 243, ago./dez. 2010
- BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. Physis: Rev Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77-93, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>. Acesso em: 06 jun. 2022.
- CARNEIRO, Sueli. A batalha de Durban. Revista Estudos Feministas, Santa Catarina, v. 10, n. 1, p. 209-214, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/m7m9gHtbZrMc4VxnBTKMXxS/?format=pdf>. Acesso em: 10 maio 2023.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Resolução nº 383, de 29 de março de 1999. Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. Disponível em: http://cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf. Acesso em: 10 maio 2023.
- FEIJÓ, Janaína; PINHO NETO, Valdemar; CARDOSO, Luísa. Maternidade e a participação feminina no mercado de trabalho. Blog do IBRE. 10 maio 2022. Disponível em: <https://blogdoibre.fgv.br/posts/maternidade-e-participacao-feminina-no-mercado-de-trabalho>. Acesso em: 12 maio 2023.
- FREITAS, Cibeli Paganelli; ARAÚJO FILHO Gerardo Maria de: VIOLÊNCIA DOMÉSTICA EM MULHERES COM TRANSTORNOS MENTAIS: ESTUDO REALIZADO EM UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO. Revista Científica Integrada, Ribeirão Preto, v. 4, ed. 1. jan. 2019. Disponível em: <https://www.unaerp.br/revista-cientifica-integrada/edicoes-anteriores/volume-4-edicao-1/3088-rci-violencia-domestica-em-mulheres-com-transtornos-mentais-estudo-realizado-em-um-hospital-psiquiatrico-12-2018/file>. Acesso em: 20 abr. 2023.

- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Elsa-Brasil apresenta série com dados sobre o Cenário da Covid-19. Rio de Janeiro: Fiocruz. Disponível em: <https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/52529>. Acesso em: 20 abr. 2023.
- G1. Brasil tem mais de 11 milhões de mães que criam os filhos sozinhas. 12 de maio de 2023. Disponível em: <https://g1.globo.com/bom-dia-brasil/noticia/2023/05/12/brasil-tem-mais-de-11-milhoes-de-maes-que-criam-os-filhos-sozinhas.ghtml>. Acesso em: 12 maio 2023.
- HOOKS, Bell. Anseios: raça, gênero e políticas culturais. São Paulo: Editora Elefante, v. 9, n., 2019.
- JESUS, Carolina Maria de. Quarto de Despejo. 7.ed. São Paulo: Francisco Alves, 1960.
- MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. (Orgs.) Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde. 4.ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco, 2005.
- MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO. Carta Aberta de alerta à população paraibana sobre o risco de colapso do sistema de saúde. João Pessoa, PB: Ministério Público do Trabalho, 21 maio 2020. Disponível em: <https://www.mpf.mp.br/pb/sala-de-imprensa/docs/CARTAABERTO.MPeHOSPITAIS.pdf>. Acesso em: 10 maio 2023.
- MOURA, Daniele Martins de.; DRUCIACHI Vinícius Polzin. A MOBILIDADE URBANA EM BAIROS PERIFÉRICOS: O CASO DO SETOR POPYRUS EM GOIÁS-GO. XVIII Encontro Nacional de Geógrafos, 2016, São Luís - MA. Anais eletrônicos do XVIII Encontro Nacional de Geógrafos, 2016. Disponível em: http://www.eng2016.agb.org.br/resources/anais/7/1467685849_ARQUIVO_ARTIGOENG2016.pdf. Acesso em: 10 maio 2023.
- PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: Conceito e tipologia. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001. Disponível em: [* \(scielo.br\)](https://scielo.br). Acesso em: 10 maio 2023.
- PEREIRA, Thaís Thomé Seni Oliveira. Pichon-Rivière, a dialética e os grupos operativos: implicações para pesquisa e intervenção. Rev. SPAGESP, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 21-29, 2013. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/lil-693443>. Acesso em: 06 jun. 2022.
- PEREIRA, Thiago. Mulheres sofreram mais danos à saúde mental durante a pandemia, diz Fiocruz. Rede Brasil Atual, São Paulo, 18 dez. 2021. Disponível em: <https://www.redebrasilatual.com.br/saude-e-ciencia/mulheres-sofreram-mais-danos-a-saude-mental-durante-a-pandemia-diz-fiocruz/>. Acesso em: 20 abr. 2023.
- PICHON-RIVIÈRE, Enrique. O Processo Grupal. 6. ed. São Paulo: Livraria Martins Fontes, 2005.

- PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. Integralidade em Saúde. *In*: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. (Orgs.) Dicionário Da Educação Profissional Em Saúde. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, P. 255-262.
- SILVA, Aline Carla Freire da. QUARTO DE DESPEJO: racismo, pobreza e feminismo. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2018.
- SILVA, Eliane da Conceição. A violência social brasileira na obra de Carolina Maria de Jesus. 2016. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Ciências e Letras, Araraquara-SP, 2016. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/150468>. Acesso em: 06 jun. 2022.
- SILVA, E. L., MENEZES, E. M. (2000) Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000, 118p
- UNIFEM. Diretoria de Estudos Sociais – IPEA: Programa Igualdade de Gênero e Raça, Brasil – 2003. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/retrato/pdf/primeiraedicao.pdf>. Acesso em: 10 maio 2023.
- VINCHA, Kellem Regina Rosendo; SANTOS, Amanda de Farias. CERVATO-MANCUSO, Ana Maria. Planejamento de grupos operativos no cuidado de usuários de serviços de saúde: integrando experiências. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 949-962, jul-set 2017. Disponível em: [pt \(scielosp.org\)](pt (scielosp.org)). Acesso em: 06 jun. 2022.

FACTORES SOCIALES Y REPERCUSIONES DE SALUD VINCULADOS AL EMBARAZO ADOLESCENTE

Ilich Eder Reyna del Hoyo, Dra. en ED. Cristina Almeida Perales, Dr. Pascual Gerardo García Zamora
*Universidad Autónoma de Zacatecas, Unidad Académica de Medicina Humana y Ciencias de la Salud, Maestría
en Ciencias de la Salud con Especialidad en Salud Pública*

Resumen: A nivel mundial la OMS estima que aproximadamente el 11% de los nacimientos a nivel mundial son de madres adolescentes, México no se queda atrás en ese aspecto, ocupando el primer lugar en embarazo adolescente entre los países de la OCDE; es por esto que se considera al embarazo adolescente como una problemática para el desarrollo personal de la madre y sus hijos; derivado de las repercusiones de salud, social y económica de las familias, incidiendo en el incremento de la exclusión, la pobreza, las desigualdades de género. El objetivo es comparar los factores sociales y las repercusiones de salud que se vinculan al embarazo adolescente dentro de una Jurisdicción Sanitaria del estado de Zacatecas, México. Se presenta un estudio con enfoque cuantitativo, de tipo observacional y descriptivo. Bajo un muestreo por cuotas se estructuraron diferentes cuestionarios destinados a mujeres a) con antecedente de embarazo adolescente, así como embarazadas adolescentes de 10 a 19 años, y b) adolescentes femeninas de nivel secundaria. Se recopilaron datos sociodemográficos, culturales, educativos y de salud. Se incluyen los modelos teóricos cognitivo-evolutiva, de la personalidad y sociocultural donde hay una interacción entre factores individuales y sociales, desarrollando la conducta individual y colectiva del adolescente. Resultados y discusión: Encuesta a mujeres con antecedente de embarazo adolescente: el 39.4% no planeo su embarazo, el 45.5% tuvo su primera relación por insistencia de su pareja, el 72.7% no uso métodos de planificación; dentro de la morbilidad el 58.3% reportó infecciones de vías urinarias, 20.8% anemia, 12.5 % amenaza de aborto, y al final del embarazo el 30.3% reporto complicaciones como trabajo de parto prolongado, hemorragia uterina y estos hipertensivos del embarazo 20% cada uno y 10% sufrimiento fetal agudo; la encuesta a embarazadas adolescentes: el 61.5 % planearon el embarazo, el 92.3% reporto haber recibido información de sexualidad, el inicio de relaciones sexuales se encuentra relacionado a insistencia de la pareja 46.2% y curiosidad 53.8%, el 72% no uso algún método de planificación familiar, el 88.5% reporto morbilidades como infección de vías urinarias 43.5%, vaginales 17.4%, amenaza de aborto y anemia 13%, 4.3% amenaza de parto pretérmino y un 8.7% retraso en el crecimiento intrauterino. Encuesta a adolescentes estudiantes de secundaria: el 42.9% cuentan con el antecedente de embarazo adolescente por parte de su madre, el 54.3% no cuenta con el conocimiento adecuado en método de planificación, el 7.1% ya inició vida sexual, y solo el 20% utilizó algún método de planificación. Por lo anterior se observa que, a pesar de tener mayor información sobre sexualidad, las adolescentes siguen teniendo relaciones sexuales de riesgo, presentando mayor impacto la presión de la pareja y la curiosidad en estas prácticas. La contribución o relevancia: radica en conocer las características sociales y las repercusiones de salud que conllevan presentar una gestación durante la adolescencia, donde a pesar de existir mayor información sobre salud sexual y reproductiva, no se ha logrado el impacto necesario en los jóvenes.

Palabras clave: Embarazo, adolescencia, factores sociodemográficos, factores educativos, educación, factores socioculturales, morbilidad, mortalidad.

1. Introducción

La adolescencia es un periodo de cambio entre la infancia y la adultez; y sus características dependen de una serie de variables como su lugar de residencia, nivel socioeconómico, origen étnico, educación, acceso a servicios de salud adecuados, entre otras. Cerca de 16 millones de jovencitas de 15 a 19 años, más un millón menores de 15 años dan a luz cada año a nivel mundial, la mayoría de estas son de países de ingresos bajos y medios.

Las complicaciones que se pueden presentar durante el embarazo y el parto, son la segunda causa de muerte entre las adolescentes en todo el mundo; la tasa media de natalidad global es de 49 por cada 1000 jovencitas, siendo una de las más altas la África subsahariana con 299 nacimientos por 1000 adolescentes, teniendo un costo económico para cada país que pierde ingresos anuales; de ahí la importancia de presentar los siguientes antecedentes de diversas regiones del mundo, así como del índole nacional y local.

En particular el embarazo adolescente es donde hay mayor probabilidad de desarrollar enfermedades que pueden poner en riesgo la vida, de igual manera, tienen repercusiones en el área social y económica de la familia; la mayoría de las jóvenes tienden a dejar los estudios, la familia no puede hacer frente a sus problemas socioeconómicos, y tienen que empezar una vida a la que no están preparados, de esta manera incide en el incremento de la exclusión, la pobreza, las desigualdades de género, coadyuvando en el fomento de la violencia intrafamiliar.

El embarazo adolescente es un desafío al desarrollo integral de cualquier persona en esta etapa de la vida, la cual se caracteriza por el inicio temprano de la vida sexual, el uso inadecuado o nulo de métodos anticonceptivos, así como la falta de información sobre sexualidad, también el bajo nivel educativo y económico, así como las pocas expectativas que poseen los jóvenes con respecto a su futuro, baja autoestima y rechazo social, entre otras.

De este modo, son múltiples las interrogantes que pueden surgir para ahondar en el tema, tanto de los factores que llevaron a desencadenar el embarazo adolescente, así como las consecuencias del mismo; de ahí el interés de investigar este objeto de estudio en adolescentes que han experimentado un embarazo en esta etapa de su vida dentro de la jurisdicción 2 de Ojocaliente, Zac.

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

Conocer los factores sociales y repercusiones de salud que se vinculan a la prevalencia del embarazo adolescente, dentro de las jurisdicción sanitaria no. 2 de ojocaliente, zacatecas.

2.2. Objetivos específicos

1. Identificar las características sociodemográficas del embarazo adolescente.
2. Evaluar la edad de inicio de las relaciones sexuales tempranas y el uso de métodos anticonceptivos.
3. Contrastar y evaluar los conocimientos de educación sexual en los adolescentes.
4. Conocer las repercusiones de salud vinculadas al embarazo adolescente.

3. Material y métodos

Tipo de estudio: Observacional, analítico, transversal, retrospectivo, casos y controles

Unidad observacional y análisis: Embarazadas adolescentes de 10 a 19 años de edad con embarazo actual y embarazadas con antecedente de embarazo adolescente. Alumnas de escuela secundaria.

Universo de estudio: Adolescentes de 10 a 19 años de edad, con embarazo actual, en control prenatal dentro de las cabeceras municipales pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria No. 2 de Ojocaliente, Zacatecas. Embarazadas con antecedente de embarazo adolescentes, dentro del Hospital Comunitario Ojocaliente. Alumnas de la Escuela Secundaria Federal Ignacio Zaragoza, Ojocaliente, Zacatecas.

Plan de tabulación de datos: Los datos obtenidos se capturaron y se analizarán en el programa SPSS versión 25.0 para Windows, con base a los datos que se obtengan de las muestras, y para responder al problema y objetivos planteados, deberán presentarse una serie de cuadros de frecuencia y porcentajes, para la parte descriptiva de la investigación, lo cual le facilitarán la observación de las tendencias de las variables como: entrevistas, estudios de casos, cada uno con sus respectivos gráficos y sus respectivas interpretaciones. En otras dimensiones del trabajo, en la parte analítica en el cruce de variables se presentan cuadros de doble entrada relacionando con los indicadores de ambas variables (independiente y dependiente) para poder aplicar el estadístico, en este caso chi cuadrado, para conocer la significatividad de la correlación entre las variables y con ello probar las hipótesis.

Consideraciones éticas: De acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, este proyecto se clasifica como investigación sin riesgo, en la que sólo se aplicarán cuestionarios en los que no se les identificará ni se tratarán aspectos de salud. Debido a esto, el estudio no representa riesgo ni beneficio directo para los pacientes, tiene derecho a autonomía, justicia, respeto, maleficencia-No Maleficencia, el riesgo será nulo. Su participación, no participación

o retiro de la investigación no afectarán la atención que recibe por parte de la Institución donde se aplicarán los cuestionarios.

4. Resultados

Con la finalidad de conocer los factores sociales y repercusiones de salud que se vinculan a la prevalencia del embarazo adolescente, se trató de identificar sus características sociodemográficas, el inicio de las relaciones sexuales y uso de métodos anticonceptivos, en contraste con los conocimientos de educación sexual y las repercusiones de salud con respecto al embarazo adolescente. En este sentido se trabajó con dos grupos estudio, el grupo 1 con antecedente o presencia actual de embarazo adolescente, y el grupo 2 de alumnas de escuela secundaria sin antecedente de embarazo adolescente, con la intención de determinar los factores protectores y predisponentes en la maternidad adolescente, describiendo sus características sociodemográficas, culturales, educativas y de salud encontradas en esta investigación.

4.1. Aspectos sociodemográficos

Con respecto a la escolaridad, del grupo 1 se identificó que 67.7% contaban con nivel secundaria, seguido del nivel de bachillerato con 10% y licenciatura 7.1%; en cuanto a la residencia este grupo reportó 55.7% en zona urbana y 44.3% rural ($p \leq 0.05$); mientras tanto, en el grupo 2 todas corresponden a nivel secundaria; en relación a la zona de residencia, predominó la zona rural con 84.3% y el resto en urbana ($p \leq 0.05$), con lo cual se comprobó que en esta pese a estar ubicada en la cabecera municipal del municipio, parte importante de su alumnado proviene de comunidades circunvecinas (tabla 1). En cuanto a la prueba de independencia obtuvo significancia entre los grupos de condición de embarazo con la escolaridad, zona de residencia, estado civil, ingresos del dependiente económico y su ocupación actual ($p \leq 0.05$).

Prosiguiendo con el análisis, del estado civil el 70% del grupo 1 refirió estar en unión libre y solo 15.7% casadas; si bien en el grupo 2, a pesar de estar en nivel secundaria, 4.3% de ellas reportó estar en unión libre, lo cual evidenció significancia para la prueba de proporciones ($p \leq 0.05$). Así mismo, los ingresos económicos en el grupo 1 reportaron que 54.3% tenía ingresos por debajo de los 3 mil pesos mensuales y 37% de 3 mil a 6 mil pesos mensuales, en contraste con el grupo 2, 32.9% de la muestra indicó ingresos familiares de menos de 3 mil pesos, 37.1% de 3 mil a 6 mil pesos un y 27.6% arriba de 6 mil pesos ($p \leq 0.05$). Por otro lado, el resultado de ocupación actual 74.3% del grupo 1 se dedicaban al hogar y sólo el 21.4% empleadas, mientras que en el grupo 2 su totalidad eran estudiantes ($p \leq 0.05$) (tabla 1).

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS POR TIPO DE GRUPO

		GRUPO 1	GRUPO 2	Valor p X²
ESCOLARIDAD	PRIMARIA	15.7%		0.000
	SECUNDARIA	67.1%	100.0%	
	BACHILLERATO	10.0%		
	LICENCIATURA	7.1%		
RESIDENCIA	RURAL	55.7%	84.3%*	0.000
	URBANO	44.3%*	15.7%	
ESTADO CIVIL	SOLTERA	11.4%	95.7%*	0.000
	CASADA	15.7%	0.0%	
	UNIÓN LIBRE	70.0%*	4.3%	
	DIVORCIADA	2.9%	0.0%	
INGRESOS DEPENDIENTE ECONÓMICO	MENOS DE 3 MIL PESOS	54.3%*	32.9%	0.014
	MÁS DE 3 MIL PESOS A 6 MIL PESOS	37.1%	37.1%	
	MÁS DE 6 MIL PESOS A 10 MIL PESOS	4.3%	14.3%*	
	MAS DE 10 MIL A 15 MIL PESOS	4.3%	12.9%	
	MÁS DE 15 MIL PESOS	0.0%	2.9%	
OCUPACIÓN ACTUAL	HOGAR	74.3%	0.0%	0.000
	ESTUDIANTE	0.0%	100.0%	
	EMPLEADA	21.4%	0.0%	
	ESTUDIA Y TRABAJA	1.4%	0.0%	
	ESTUDIA Y HOGAR	2.9%	0.0%	

*prueba de proporciones de columna $p \leq 0.05$. Fuente: Elaboración propia, cuestionario factores sociales y repercusiones de salud vinculados al embarazo adolescente.

4.2. Factores socioculturales

Al repasar los aspectos sociales que inciden en las diferencias en la fecundidad adolescente destaca la estructura familiar y su interacción, además de las características individuales y conductas reproductivas desde sus percepciones, actitudes y conocimientos; se consideró el grado de escolaridad de los padres, en el grupo 1 reportaron que 50% solo contaban con primaria y 41.4% con secundaria

($p \leq 0.05$), mientras tanto, la escolaridad de las madres fue de 40% en nivel primaria y un 48.6% secundaria. Sin embargo, en el grupo 2 se encontró mayor escolaridad, en el caso de los padres 34.3% con nivel secundaria y 35.7% bachillerato, en cambio las madres 38.6% bachillerato y 34.3% licenciatura ($p \leq 0.05$) (tabla 2).

En relación a los aspectos para el desarrollo individual de las adolescentes, fue importante saber si sus madres habían pasado por un embarazo adolescente, al respecto, el grupo 1 lo refirió en el 88% de las participantes, mientras que en el grupo 2 el 42%. En cuanto a las relaciones familiares, 56% del grupo 1 indicó tener buena relación, en contraste con el grupo 2 con 43%, no obstante, más de la mitad de ambos grupos consideraron tener mayor confianza con sus mamás ($p \leq 0.05$) (tabla 2). Teniendo en cuenta lo anterior, también se preguntó con quiénes podrían hablar de sexualidad, encontrándose que 54% del grupo 1, consultaría a sus padres y 19% a amigos, en cambio en el grupo 2, 39% buscaría a sus padres y 46% a amigos ($p \leq 0.05$). Simultáneamente, al cuestionar sobre el por qué no hablarían con sus padres sobre sexualidad, el grupo 1 comunicó principalmente por vergüenza 34% y por miedo 6%, en cambio las adolescentes del grupo 2, 27% por vergüenza y 11% por miedo ($p \leq 0.05$) (tabla 2).

Prosiguiendo con las características socioculturales y comunitarias, de manera inicial se preguntó si en sus lugares de residencia se unen o casan los jóvenes a edades tempranas, donde el grupo 1 manifestó que sí (70%); posteriormente, las que contestaron de manera afirmativa, se consideró preguntar acerca de las edades, del grupo 1, 68% de ellas manifestaron de 15 a 19 años (49%) y menores de 15 años (19%). De manera semejante ocurrió en el grupo 2, los cuales notificaron que el 67% se unían a temprana edad, de 15 a 19 años (43%) y menores de 15 años (23%). Referente a la ocupación de las mujeres en sus comunidades de residencia, predominó en el grupo 1 el hogar (83%) y empleadas (11%), de igual manera en el grupo 2 para dichas categorías fue del 70% y 24%, respectivamente (tabla 2).

Además de informar que hasta el 50% de sus amigos adolescentes ya tenían hijos en sus comunidades ($p \leq 0.05$). En el caso del grupo 1 que tuvieron el antecedente de embarazo adolescente, se les preguntó si su embarazo había sido planeado, contestando que si en un 53%, con un 49% por deseo, y al saber la noticia sus padres reaccionaron con felicidad en el 33% de los casos, 41% reaccionó con comprensión y apoyo, y sólo 7% reportó enojo familiar ($p \leq 0.05$) (tabla 2). En cuanto a la prueba de independencia obtuvo significancia entre los grupos de condición de embarazo como la escolaridad del padre y madre, la relación familiar, integrante familiar con mayor confianza, personas con quien consultan sobre sexualidad, hablar sobre sexualidad con sus padres, por qué no hablan con sus padres sobre sexualidad, reacción de sus padres al presentar embarazo y si sus amigos ya tenían hijos al momento del embarazo ($p \leq 0.05$).

TABLA 2. ASPECTOS SOCIOCULTURALES Y COMUNITARIOS

		GRUPO 1	GRUPO 2	Valor p X²
ESCOLARIDAD DEL PADRE	PRIMARIA	50.0%*	11.4%	0.000
	SECUNDARIA	41.4%	34.3%	
	BACHILLERATO	5.7%	35.7%*	
	LICENCIATURA	2.9%	18.6%*	
ESCOLARIDAD DE LA MADRE	PRIMARIA	40.0%*	4.3%	0.000
	SECUNDARIA	48.6%*	22.9%	
	BACHILLERATO	11.4%	38.6%*	
	LICENCIATURA	0.0%	34.3%	
EDAD DE LA MADRE A SU PRIMER EMBARAZO	13 AÑOS	1%	0%	0.002
	14 AÑOS	3%	1%	
	15 AÑOS	16%	6%	
	16 AÑOS	16%	7%	
	17 AÑOS	14%	3%	
	18 AÑOS	17%	11%	
	19 AÑOS	21%	14%	
RELACIÓN CON SU FAMILIA	MALA	0%	7%	0.270
	REGULAR	27%	40%	
	BUENA	56%	43%	
	EXCELENTE	17%	10%	
INTEGRANTE DE LA FAMILIA MAS CONFIABLE	PADRE	4%	6%	0.023
	MADRE	61%	51%	
	AMBOS	16%	13%	
	HERMANOS	9%	29%	
	PAREJA	9%	1%	
	NINGUNO	1%	0%	
CONSULTAS SOBRE SEXUALIDAD	PADRES	54%	39%	0.000
	AMIGOS	19%	46%*	
	PROFESORES	4%	10%	
	CENTRO DE SALUD	9%	0%	
	INTERNET	6%	6%	
	TELEVISIÓN	0%	0%	
HABLAS DE SEXUALIDAD CON PADRES	NINGUNA	9%	0%	0.042
	SI	54%*	37%	
POR QUÉ NO HABLA DE SEXUALIDAD PADRES	NO	46%	63%*	0.156
	MIEDO A ENOJO	6%	11%	
	VERGUENZA	34%	27%	
	NO RESPONEN A DUDAS	1%	1%	

	NO QUIERO HABLAR	6%	17%*	
EN SU COMUNIDAD SE CASAN A EDAD TEMPRANA	SI	70%	67%	0.716
	NO	30%	33%	
SI SE CASAN EDAD TEMPRANA	ANTES DE LOS 15 AÑOS	19%	23%	0.663
	DE 15 A 19 AÑOS	49%	43%	
	MÁS DE 20 AÑOS	1%	4%	
REACCIÓN DE SUS PADRES AL EMBARAZO	FELICIDAD	33%	0%	0.000
	COMPRESIÓN Y APOYO	41%	0%	
	ANGUSTIA Y PREOCUPACIÓN	19%	0%	
	ENOJO	7%	0%	
	ME CORRIERON DE LA CASA	0%	0%	
SUS AMIGOS ADOLESCENTES YA TENIAN HIJOS AL MOMENTO DE SU EMBARAZO	SI	50%	6%	0.000
	NO	50%	94%	

*prueba de proporciones de columna $p \leq 0.05$. Fuente: Elaboración propia, cuestionario factores sociales y repercusiones de salud vinculados al embarazo adolescente.

4.3. Factores educativos

El siguiente punto trata de características educativas relacionadas con información sobre salud reproductiva, sexualidad y métodos de planificación familiar (MPF); en relación a esto, se preguntó por el lugar donde habían recibido información sobre sexualidad, para el grupo 1, 49% indicó que en sus escuelas, mientras 27% en el centro de salud de su comunidad y 7% por sus padres ($p \leq 0.05$); hay que mencionar además, que el 41% por lo menos recibe este tipo de información una vez al año y 21% hasta dos o tres veces al año ($p \leq 0.05$). En el grupo 2, 96% respondió recibir esta información en la escuela, de los cuales, 44% la recibió dos a tres veces al año y 29% más de 3 veces al año ($p \leq 0.05$) (tabla 3).

TABLA 3. FACTORES EDUCATIVOS

		GRUPO 1	GRUPO 2	Valor p X²
DONDE RECIBIÓ INFORMACIÓN DE SEXUALIDAD	ESCUELA	49%	96%*	0.000
	CENTRO DE SALUD	27%*	1%	
	COMUNIDAD			
	PADRES	7%	0%	
	AMIGOS	1%	1%	

	NINGUNA	16%*	1%	
CUANTAS VECES AL AÑO	UNA VEZ AL AÑO	41%*	24%	
	2 A 3 VECES AL AÑO	21%	44%*	0.000
	MÁS DE 3 VECES AL AÑO	13%	29%*	
CONOCÍA RIESGOS DE EMBARAZO AL INICIAR VIDA SEXUAL	SI	73%	94%*	0.001
	NO	27%*	6%	
ERA CONCIENTE DE ADQUIRIR ITS CON LA VIDA SEXUAL	SI	79%	84%	0.385
	NO	21%	16%	
ADECUADO CONOCIMIENTO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN	SI	46%	46%	1.000
	NO	54%	54%	
DESCONOCIMIENTO DE MPF POR	FALTA COMUNICACIÓN CON PADRES	27%	26%	
	FALTA INFORMACIÓN EN CENTRO EDUCATIVO	14%	14%	0.903
	FALTA SERVICIO MÉDICO EN SU COMUNIDAD	6%	3%	
	FALTA DE ORIENTACIÓN DE SU CENTRO DE SALUD	7%	10%	
SE PUEDE USAR EL CONDÓN MÁS DE UNA VEZ	SI	4%	0%	
	NO	39%	91%*	0.000
	NO SÉ	7%	9%	
CÓMO SE TOMA LA PASTILLA DE EMERGENCIA	UNA SEMANA ANTES	0%	1%	
	5 DIAS DESPUÉS	1%	0%	
	ANTES DE LAS 72 HRS, MÁS EFICAZ LAS PRIMERAS 24HRS	29%	74%*	0.000
	NO SÉ	20%	24%	
USO DE PASTILLA ANTICONCEPTIVA PREVIENE ITS	SI	3%	4%	
	NO	29%	76%*	0.000
	NO SÉ	19%	20%	
EL CONDON ES EL ÚNICO MPF QUE PREVIENE ITS	SI	29%	66%*	
	NO	9%	21%*	0.000
	NO SÉ	13%	13%	
TODA MUJER SEXUALMENTE ACTIVA DEBE REALIZARSE CITOLOGÍA CERVICAL ANUAL	SI	30%	79%*	
	NO	3%	0%	0.000
	NO SE	17%	21%	

*prueba de proporciones de columna $p \leq 0.05$. Fuente: Elaboración propia, cuestionario factores sociales y repercusiones de salud vinculados al embarazo adolescente.

Con respecto al conocimiento de riesgo de embarazo, infecciones de transmisión sexual (ITS) y usos de métodos anticonceptivos al iniciar una vida sexual activa, 73% del grupo 1 conocía el riesgo de quedar embarazada, 79% sabía del riesgo de ITS ($p \leq 0.05$) y 54% señaló no tener un adecuado conocimiento de métodos de planificación. Respecto al grupo 2, 94% conocía los riesgos de quedar embarazadas, 84% era consciente de adquirir una ITS ($p \leq 0.05$) y 54% comentó no tener conocimientos adecuados en MPF. En relación con la falta de conocimientos en MPF, el grupo 1 refirió que se debía a falta de comunicación con sus padres (27%), falta de información en sus escuelas (14%) y por fallas en los servicios de salud (13%), cifras muy similares a las reportadas por el grupo 2 (tabla 3).

Continuando con el análisis de los conocimientos de salud sexual y reproductiva; en estas preguntas sólo se tomó del grupo 1 a las adolescentes con embarazo actual y al grupo 2. Respecto a la pregunta si se puede usar el condón más de una vez, 78% respondió acertadamente, en cambio fue mayor en el grupo 2 con 91% ($p \leq 0.05$). Referente a la toma adecuada de la pastilla de emergencia, 58% del grupo 1 emitió correctamente su respuesta, así como 74% del grupo 2 ($p \leq 0.05$). Acerca de si las pastillas anticonceptivas previenen ITS, el grupo 1 acertó en 58% y 76% del grupo 2 ($p \leq 0.05$); la pregunta sobre si el condón es el único MPF que previene las ITS, el 58% respondió correctamente y 61% del grupo 2 ($p \leq 0.05$); por último, sobre si toda mujer sexualmente activa debe realizar su citología cervical (papanicolaou), 60% del grupo 1 lo confirmó, mientras que 79% del grupo 2 ($p \leq 0.05$) (tabla 3).

En cuanto a la prueba de independencia se obtuvo significancia entre los grupos de condición de embarazo como lugar donde recibieron información sobre sexualidad, así como el número de veces al año que las recibieron, conocimientos de riesgo de embarazo e ITS al iniciar vida sexual activa, además de las preguntas para evaluar el conocimiento en sexualidad y reproductiva ($p \leq 0.05$).

4.4. Aspectos relacionados a la salud

Referente a los aspectos relacionados con el inicio de vida sexual activa, el grupo 1 24% lo hizo en la adolescencia temprana y el resto en la adolescencia tardía, en lo que respecta al grupo 2, aun estando a nivel secundaria el 7% de las participantes iniciaron una vida sexual en la adolescencia temprana ($p \leq 0.05$); a su vez, al indagar los motivos de iniciar una vida sexual, del grupo 1 el 54% lo hizo por curiosidad y el 41% por insistencia de su pareja ($p \leq 0.05$), se debe agregar que solo el 39% utilizó algún MPF en su primera relación sexual, en lo que concierne al grupo 2, el pequeño porcentaje que ya inició vida sexual el 4% fue por curiosidad y 3% por insistencia de la pareja, y de estos sólo el 1% empleó MPF ($p \leq 0.05$) (tabla 4). Vale destacar en relación al apartado anterior, al preguntar a las participantes de del grupo 1, por la renuencia al uso de MPF, 34% conocía pero no quiso usarlos, 21% desconocía su uso, y su pareja no lo permitió o desconocía donde obtenerlos con 7% cada uno;

como consecuencia a la falta de uso de MPF se examinó la edad de EA del grupo 1, 76% lo presentó en la adolescencia tardía y el restante en la temprana ($p \leq 0.05$) (tabla 4).

El siguiente punto describe los resultados relacionados a la atención de la salud recibida por las mujeres con antecedente de embarazo adolescente del grupo 1, así como las morbilidades presentadas durante y al final del embarazo. Se evidenció que 91% de la muestra llevó control prenatal, de ellas 80% refirieron hacerlo dentro de instituciones públicas, y 83% lo llevó desde el primer trimestre con más de 8 consultas médicas en el 49% y de 4 a 7 consultas 43% ($p \leq 0.05$) (tabla 4). En el caso de la morbilidad presentada durante el embarazo, el 40% indicó infección de vías urinarias, 14% anemia y 9% amenazas de aborto, de ellas 3% tuvo amenaza de parto pretérmino y otro 3% retraso en el crecimiento intrauterino ($p \leq 0.05$). Considerando ahora las complicaciones al final del embarazo, 31% de las gestantes experimentó algún tipo de complicación, en este sentido 100% de ellas terminaron en procedimiento quirúrgico vía cesárea, sobre todo por la falta de inicio y trabajo de parto prolongado en el 18%, sufrimiento fetal agudo 9% y estados hipertensivos tipo preeclampsia eclampsia 6% ($p \leq 0.05$) (tabla 4).

Por último, el uso de métodos anticonceptivos post evento obstétrico, 71% aceptó un MPF, con mayor aceptación el dispositivo intrauterino de cobre 46%, sin embargo, 29% no lo aceptó, al respecto, 11% señaló que no le fue ofertado en la unidad de salud y 18% definitivamente no lo aceptó; en relación a esta última pregunta también se cuestionó por qué no aceptó un MPF, 6% refirió que su pareja la iba a cuidar, otro 6% por desconocimiento de los MPF y porque no le brindaron información y en menor medida por miedo 3% ($p \leq 0.05$) (tabla 4).

En cuanto a la prueba de independencia se obtuvo significancia entre los grupos de condición de embarazo en la edad de inicio de vida sexual, causa de primera relación sexual, uso de MPF y tipo, así como por qué no usaron un MPF; además de la edad de su embarazo adolescente, en relación al control prenatal el tipo, trimestre de inicio, número de consultas, patologías presentadas durante y al final del embarazo, como finalizó el embarazo, motivo de cesáreas, y en el uso de APEO, como el tipo, causas de no APEO y porque no aceptó ($p \leq 0.05$).

TABLA 4. FACTORES RELACIONADOS A LA SALUD

		GRUPO 1	GRUPO 2	VALOR P X ²
EA INICIO VIDA SEXUAL	SI	100%	7%	0.000
	NO	0%	93%	
	12 AÑOS	1%	4%	

EDAD INICIO VIDA SEXUAL	13 AÑOS	13%*	3%	0.000
	14 AÑOS	10%	0%	
	15 AÑOS	26%	0%	
	16 AÑOS	33%	0%	
	17 AÑOS	10%	0%	
	18 AÑOS	7%	0%	
	INFLUENCIA DE SUS AMIGOS	3%	0%	
CAUSA DE PRIMERA RELACIÓN SEXUAL	INSISTENCIA DE PAREJA	41%*	3%	0.000
	CURIOSIDAD	54%*	4%	
	INFLUENCIA DE SUS PADRES	1%	0%	
USO DE MPF EN SU PRIMER RELACIÓN SEXUAL	SI	31%*	1%	0.000
	NO	69%*	6%	
MPF UTILIZADO EN SU PRIMER RELACIÓN SEXUAL	PASTILLA DE EMERGENCIA	3%	1%	0.000
	CONDÓN	30%	0%	
	DESCONOCIMIENTO DE USO	21%	0%	
PORQUÉ NO USO MPF EN SU PRIMER RELACIÓN SEXUAL	LOS CONOCIA, PERO NO QUISE USARLOS	34%*	3%	0.000
	SU PAREJA NO LO PERMITIÓ	7%	1%	
	DESCONOCÍA DONDE OBTENERLOS	7%	1%	
	PENSABA AFECTARÍA A MI SALUD	3%	0%	
EDAD EN SU EMBARAZO ADOLESCENTE	13 AÑOS	6%	NA	0.000
	14 AÑOS	9%	NA	
	15 AÑOS	9%	NA	
	16 AÑOS	23%	NA	
	17 AÑOS	39%	NA	
	18 AÑOS	10%	NA	
	19 AÑOS	6%	NA	
LLEVÓ CONTROL PRENATAL EN EMBARAZO	SI	96%	NA	0.000
	NO	4%	NA	
TIPO DE ATENCIÓN MÉDICA EN CONTROL PRENATAL	PÚBLICA	79%	NA	0.000
	PRIVADA	7%	NA	
	AMBAS	13%	NA	
	NINGUNA	1%	NA	
EN QUÉ TRIMESTRE INICIÓ CONTROL PRENATAL	PRIMER TRIMESTRE	79%	NA	0.000
	SEGUNDO TRIMESTRE	19%	NA	
	TERCER TRIMESTRE	3%	NA	
	1 A 3 CONSULTAS	23%	NA	

NÚMERO DE CONSULTAS EN CONTROL PRENATAL	4 A 7 CONSULTAS	47%	NA	0.000
	MÁS DE 8 CONSULTAS	30%	NA	
PATOLGÍAS DURANTE EL EMBARAZO	INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS	43%	NA	0.000
	INFECCIÓN VAGINALES	7%	NA	
	AMENAZAS DE ABORTO	11%	NA	
	AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO	3%	NA	
	ANEMIA	13%	NA	
	RETRASO EN EL CRECIMIENTO INTRA UTERINO	4%	NA	
	HEMORRAGIA UTERINA	3%	NA	
PATOLGÍAS FINAL DEL EMBARAZO	PREECLAMPSIA - ECLAMPSIA	3%	NA	0.000
	TRABAJO DE PARTO PROLONGADO	7%	NA	
	SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	1%	NA	
	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	1%	NA	
	PARTO	34%	NA	
FINALIZACIÓN EMBARAZO	CESÁREA	16%	NA	0.000
	NO INICIÓ TRABAJO DE PARTO	4%	NA	
MOTIVO DE CESÁREA	TRABAJO DE PARTO PROLONGADO	4%	NA	0.018
	SUFRIMIENTO DEL PRODUCTO	4%	NA	
ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO (APEO)	PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA	3%	NA	0.000
	SI	36%	NA	
TIPO DE APEO	NO	14%	NA	0.000
	DIU COBRE	23%	NA	
	DIU MEDICADO	3%	NA	
	IMPLANTE SUBDÉRMICO	4%	NA	
	INYECTABLE	4%	NA	
CAUSAS DE NO APEO	ORAL	1%	NA	0.005
	NO LE OFERTARON EN SU UNIDAD DE SALUD	6%	NA	
	NO ACEPTÓ	9%	NA	
	NO LE BRINDARON INFORMACIÓN EN SU UNIDAD MÉDICA	1%	NA	
	MIEDO	1%	NA	
PORQUÉ NO ACEPTÓ APEO	DESCONOCIMIENTO DE LOS MPF	1%	NA	0.269
	SU PAREJA LA VA CUIDAR	3%	NA	

*prueba de proporciones de columna $p \leq 0.05$. Fuente: Elaboración propia, cuestionario factores sociales y repercusiones de salud vinculados al embarazo adolescente.

5. Conclusiones

Los resultados de la presente tesis confirman las características sociodemográficas que prevalecen en las jóvenes que presentaron embarazo adolescente, donde prepondera una baja escolaridad de primaria y secundaria en su mayoría, además de negarse a oficializar su matrimonio de manera legal y mantenerse en unión libre; con ingresos muy por debajo del salario mínimo establecido a nivel nacional sobreviviendo con menos de 3 mil pesos mensuales, en su gran mayoría no logrando desarrollar algún oficio o profesión y simplemente quedándose a cargo de las ocupaciones hogareñas.

Por otro lado al investigar los aspectos socioculturales y la relación del entorno familiar, sobresalieron los aspectos relacionados con la escolaridad de los padres, donde ambos se encontró de nivel secundaria, por otro lado el antecedente de la madre con embarazo adolescente predominó en la mayoría de las jovencitas, replicando los estereotipos familiares que sobresalen en la mayoría de los entornos comunitarios de la sociedad; es importante resaltar que la relación familiar es buena a pesar de las carencias de desigualdad que prevalece en ellas, o pudiera tratarse de la normalización de patrones en las que radican; al indagar sobre las características de los jóvenes con quienes conviven en sus lugares de residencia se descubrió que en su mayoría se unen en pareja a edades tempranas, además de que muchos de ellos ya tenían hijos al momento de presentar su embarazo.

En relación a los conocimientos de educación sexual que se investigó con las adolescentes, en su mayoría recibe este tipo de información en los centros educativos, por lo menos una vez al año y en menor proporción de 2 a 3 veces al año, conocen perfectamente los riesgos de embarazo y de contraer algún tipo de ITS, aun así no cuentan con los conocimientos necesarios en relación a MPF, esto último se logró detectar al solicitar información detallada sobre el uso del preservativo, uso de pastilla de emergencia, donde un gran porcentaje no logró responder de manera adecuada los ítems relacionados al tema. De alguna manera podemos concluir que la información sobre la sexualidad no solo es responsabilidad de los centros educativos, donde también deben involucrarse los padres y el sector salud debe brindar más información adecuada y asertiva, acudiendo con mayor frecuencia a los centros educativos, reforzando la difusión brindada por las escuelas.

Por último al investigar sobre las características de salud y las complicaciones presentadas durante la gestación, se logró determinar que el inicio de la vida sexual fue principalmente entre los 15 a los 19 años y hasta una cuarta parte de las encuestadas la inició en la adolescencia temprana, es importante recalcar que según diversas bibliografías entre más temprano es el inicio de la vida sexual, será mayor riesgo de embarazo precoz; continuando en este tema las causas para iniciar la vida sexual fueron por curiosidad e insistencia de sus parejas, aunado al predominio de no usar MPF en su primera relación sexual; en este punto es importante brindar la información necesaria sobre una sexualidad responsable a los jóvenes, pero principalmente otorgada a la mujer, donde no caigan en coacción o

presiones sociales, para que puedan decidir de una manera más adecuada e informada, haciendo valer sus derechos como mujer, dejando de lado los estereotipos sociales. En la mayoría de las gestantes jóvenes durante el embarazo prevalecieron las infección de vías urinarias y anemia, y de menor proporción pero también importantes amenazas de abortos e infecciones vaginales; en lo referente al final del embarazo y dada las características anatómicas que prevalecen en estas jóvenes predominó el trabajo de parto prolongados, hemorragias uterinas y estados hipertensivos, siendo estas últimas patologías las de mayor frecuencia de mortalidad en embarazos en este grupo de edad.

Bibliografía

- Ali, A., Khaliq, A., Lokeesan, L., Meherali, S., & Lassi, Z. (2021, Mayo 19). Prevalence and predictors of teenage pregnancy in Pakistan: a trend analysis from Pakistan Demographic and Health Survey datasets from 1990 to 2018. *International Health*, 176-182. doi:10.1093/inthealth/ihab025
- Amoadu, M., Ansah, E., Assopiah, P., Ansah, J., & Berchie, E. (2022). Socio cultural factors influencing adolescent pregnancy in Ghana: a scoping review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13. Retrieved from <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05172-2>
- Bastida, D., Matinez, I., & Ramos, K. R. (Diciembre de 2020). Proyecto de intervención educativa sobre prevención del embarazo a temprana edad. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 11(21), 1-26. Obtenido de <https://doi.org/10.23913/ride.v11i21.725>
- Belisario, M. (Enero - Febrero de 2020). Antropología de género: una articulación teórica para abordar la sexualidad en Adolescentes. *Revista arbitrada del Centro de Investigación y Estudios Gerenciales*(41), 91-103. Obtenido de [https://grupocieg.org/archivos_revista/Ed.41\(91-103\)-Belisario_articulo_id573.pdf](https://grupocieg.org/archivos_revista/Ed.41(91-103)-Belisario_articulo_id573.pdf)
- Calderón, K. (14 de Marzo de 2022). Incrementan embarazos Adolescentes. Incrementan embarazos Adolescentes. Obtenido de <http://ntrzacatecas.com/2022/03/14/incrementan-embarazos-adolescentes/#:~:text=Zacatecas.%2D%20Maribel,Embarazo%2C%20Zacatecas>
- Camargo, A., Estrada, S., Reveles, I., Manzo, J., & Luna, M. (2022). Factores de riesgo de complicaciones perinatales en el embarazo de adolescentes. *Ginecología y Obstetricia de México*, 496-503. Obtenido de <https://doi.org/10.24245/gom.v90i6.6818>
- Castañeda, J., & Santa-cruz, H. (25 de Septiembre de 2020). Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes. *Enfermería Global*, 109-118. doi:doi.org/10.6018/eglobal.438711
- Chamorro, F., Rodriguez, F., De Leon, R., & Stocel, S. (13 de Agosto de 2020). Factores relacionados con el embarazo adolescentes en Panamá. *Academia Panameña de Medicina y Cirugía*, 40(2), 77-83. doi:10.37098/im.journal.rmdp.2020870

- Chandra, K., Madhavi, K., & Sree, S. (2022). Teenage pregnancy - Its effect on maternal and fetal outcome. *European Journal of Molecular & Clinical Medicine*, 9(4), 2391-2406. Retrieved from https://ejmcm.com/article_19083_c29cdc702a915c2769d937c3fc46b7b7.pdf
- Choi, F., Cheng, A., & Chiu, W. (2022). Perinatal and Developmental Outcomes of Teenage Pregnancy: An Analysis of a 10-year Period in a Local Region in Hong Kong. *Hong Kong Journal of Paediatrics*, 27(1), 25-32.
- ENAPEA. (2022). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2021-2024 (Segunda Fase)*. Cd. México.
- García, A. (2021). Educación sexual. *Boletín UNAM-DGCS-279*, 1-3.
- Gobierno de México. (2022). *Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes*. Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (reformada 23 marzo 2022) (págs. 1-81). México: Diario Oficial de la Federación. Obtenido de <https://www.gob.mx/sipinna/documentos/ley-general-de-los-derechos-de-ninas-ninos-y-adolescentes-reformada-20-junio-2018>
- Indarti, J., Nanda, A. D., kapnosa, R., Novianti, F., & Surya, R. (2020, Marzo 26). Teenage Pregnancy: Obstetric and Perinatal Outcome in a Tertiary Centre in Indonesia. *Obstetrics and Gynecology International*, 2020, 1-5. Retrieved from <https://doi.org/10.1155/2020/2787602>
- Indarti, J., Nanda, A., Dewi, Z., Kapnosa, R., & Novianti, F. (2020, Marzo 6). Teenage Pregnancy: Obstetric and Perinatal Outcome in a Tertiary Centre in Indonesia. *Hindawi Obstetrics and Gynecology International*, 1-5. Retrieved from <https://doi.org/10.1155/2020/2787602>
- Mejía, M., Laureano, J., Gil, E., Ortiz, R., & Blackaller, J. (Octubre - Diciembre de 2015). Condiciones socioculturales y experiencia del embarazo en adolescentes de Jalisco, México: estudio cualitativo. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 66(4), 242-252. doi:<http://dx.doi.org/10.18597/rcog.291>
- Mohr, R., Carbajal, J., & Sharma, B. (2019). The Influence of Educational Attainment on Teenage Pregnancy in Low-Income Countries: A Systematic Literature Review. *Journal of Social Work in the Global Community*, 4(1), 19-31. doi:10.5590/JSWGC.2019.04.1.02
- Mujer, S. d. (19 de Abril de 2018). *Boletín estadístico: Embarazo en mujeres adolescentes en Zacatecas*. Zacatecas.
- Naeem, M., Ilyas, A., Nawaz, F., & Afzal, N. (2022). Comparison of Maternal and Fetal Complications Between Teenage Pregnancies and Pregnancies of the age of 20-26 Years. *P J M H S*, 16(3), 686-688. doi:<https://doi.org/10.53350/pjmhs22163686>
- OMS. (2020). *Embarazo en la Adolescencia*. OMS. OMS. Obtenido de <http://who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnacy>

- OPS. (2020). El embarazo en la adolescencia en America Latina y el Caribe. OPS.
- Rodriguez, R., & Cantero, M. (Diciembre de 2020). Albert Bandura: mpacto en la educación de la teoría cognitiva social del aprendizaje. *Padres y Maestros*(384), 72-76. doi:DOI: 10.14422/pym.i384.y2020.011
- Romero, M., García, P., & Ruiz de Chavez, D. (Julio de 2020). Dterminates y consecuencias de la iniciación sexual en la adolescencia. *Ibn Sina – Revista electrónica semestral en Ciencias de la Salud*, 11(2), 1-12. Obtenido de <http://revistas.uaz.edu.mx/index.php/ibnsina>
- Sámano, R., Martínez, H., Chico, G., & Sanchez, B. (2019). Sociodemographic Factors Associated with the Knowledge and Use of Birth Control Methods in Adolescents before and after Pregnancy. *International Journal of Enviromente Research and Public Health*, 1-15. doi:10.3390/ijerph16061022.

NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y BARRERAS DE LA LACTANCIA MATERNA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIAS

Chávez-Brizuela Valeria^{1*}, Almeida-Perales Cristina¹, Ruiz de Chávez-Ramírez Dellanira¹

¹*Maestría en Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Zacatecas.*

Resumen

Estudios confirman que la lactancia materna brinda una gran cantidad de beneficios tanto para el bebé como a la madre, a nivel familiar y social. Desafortunadamente, existen barreras que limitan esta práctica, como es que la madre tenga que trabajar o estudiar, desconocimiento del tema, falta de apoyo institucional que permita la extracción y conservación de la leche materna mediante las salas de lactancia. Una vez que las tasas de lactancia materna han disminuido notablemente en las últimas décadas a nivel mundial, es que la Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, entre otras, han implementado una serie de programas y estrategias en pro de la lactancia materna exclusiva para incrementarla para el 2025 al menos al 50% durante los primeros seis meses de vida de los infantes (OMS, 2022). En este sentido, surge la necesidad de campañas de promoción para la población en general, pero sobre todo a las mujeres en edad reproductiva, como es el caso de estudiantes universitarias, quienes muchas de las veces abandonan la lactancia al no encontrar opciones que permitan mantenerla, como puede ser el bajo o nulo conocimiento de los beneficios que tiene la leche materna para la salud de su bebé y las ventajas que traen para sí misma. Por tanto, la presente revisión tiene el objetivo de conocer la influencia de los conocimientos y barreras de la LM en estudiantes universitarias, un estrato de la población clave para la recuperación de esta práctica.

Palabras clave: Lactancia materna, conocimientos, barreras de abandono.

Introducción

La lactancia materna (LM) es la forma eficaz de garantizar la salud y la supervivencia de la infancia. Sin embargo, desde las décadas de los años sesenta y setenta del siglo XX, cuando la mujer se incorpora de manera importante al mercado laboral, la industria alimentaria infantil creó una intensa y agresiva campaña publicitaria para el uso de sucedáneos, bajo el fundamento de que la leche en polvo era mejor que la materna y ello facilitaba la alimentación del infante mediante el biberón, y así, la mujer se podía liberar del amamantamiento.

Simultáneamente con esta estrategia antipropaganda de la LM, muchos de los países subdesarrollados firmaban convenios financieros con organismos internacionales para el fomento de proyectos de desarrollo nacional que obligaban la importación o adquisición de productos para el consumo humano, entre ellos, estaba la fórmula de leche materna que mediante las instituciones de salud se fue incorporando a la población infantil.

Dichos procesos han repercutido hasta la actualidad, a través de un estilo de vida “moderno” que prevalece en la sociedad, el cual sigue siendo una de las principales barreras de la LM, además de la

desinformación y la perpetuación de creencias falsas o mitos que hay alrededor de esta práctica, todo ello ha complicado la urgente necesidad para recuperar la LM dentro de la sociedad. De acuerdo con datos de la Unicef tres de cada cinco recién nacidos no tomaron leche materna en su primera hora de vida (UNICEF, 2018). Tan solo en la región de las Américas, el 32% de los niños menores de 6 meses fueron amamantados con leche materna exclusiva durante 2014-2020 (OPS, 2020).

En México, el 61.7% de los niños lactó de manera exclusiva en los primeros tres días de vida, 47.5% de los menores de 6 a 23 meses tuvo LM continuada y el 68.7% se encontró en diversidad alimentaria mínima (ENSANUT, 2021). Bajo este antecedente, es de interés realizar la presente revisión con el objetivo de conocer la influencia de los conocimientos y barreras de la LM en estudiantes universitarias, un estrato de la población clave para la recuperación de esta práctica.

Objetivo

Evaluar el nivel de conocimiento y las barreras de la lactancia materna en estudiantes universitarias del campus Siglo XXI en la Universidad Autónoma de Zacatecas Para plantear estrategias, que ayude a reducir el abandono a esta práctica antes de los 2 años del menor.

Materiales y métodos

Diseño y población del estudio:

El presente estudio fue de tipo observacional, analítico, transversal, se realizó en estudiantes mujeres en el Área de Ciencias de la Salud en la Universidad Autónoma de Zacatecas, inscritas en algún programa de licenciatura como, enfermería, medicina, nutrición, odontología, químico farmacológico, bioquímica y salud pública. fue por conveniencia. Se aplicó un cuestionario para evaluar el nivel de conocimiento, actitudes, prácticas y detectar barreras en la lactancia materna a 325 mujeres estudiantes.

Las variables dependientes de la investigación corresponden a las actitudes y barreras de la lactancia materna, y las variables independientes son las características sociodemográficas y el conocimiento sobre la lactancia materna.

Instrumentos y técnicas de recopilación de información

Para la presente investigación se utilizaron varios instrumentos para la recolección de datos que evalúan el nivel de conocimientos, actitudes, prácticas y barreras sobre la lactancia materna.

Se aplicó un cuestionario que comprendió a 14 preguntas de conocimiento sobre lactancia materna con cuatro opciones de respuesta múltiple. Se evaluó mediante una escala de tres opciones de respuesta, Bueno, Regular e Insuficiente, bajo la siguiente ponderación:

- De 11 a 14 respuestas correctas, Se consideró como bueno.

- De 7 a 10 respuestas correctas se consideró como Regular.
- De 0 a 6 respuestas correctas se consideró como insuficiente.

Así mismo se incluyó un apartado con 12 preguntas sobre las barreras de la lactancia materna con 3 alternativas de respuesta Sí, No y Desconozco, donde no hay una puntuación máxima o mínima, se pretende conocer que factores pueden propiciar el abandono a la lactancia materna.

Se aplicó una encuesta digital a mujeres estudiantes de diversas licenciaturas pertenecientes al Área de Ciencias de la Salud en la Universidad Autónoma de Zacatecas. Para la aplicación del instrumento se contó con el apoyo de docentes de la misma, quien les compartió a sus alumnas el formulario digital. De igual manera se mantuvo el contacto con los docentes durante la aplicación del cuestionario para dudas que pudieron surgir.

El trabajo de campo se realizó del 26 de abril al 09 de mayo del 2023.

Análisis estadístico

El análisis y procesamiento de los datos se llevó a cabo con el software estadístico IBM SPSS versión 25. 0, en el que las variables del instrumento de recolección de los datos fueron cargados previamente, además se utilizó el programa de Microsoft Excel 2019. El análisis estadístico consistirá en indicadores descriptivos con frecuencias, porcentajes, así como la prueba de análisis de varianza (ANOVA) y Ji cuadrada con un nivel de significancia de 0.05.

Consideraciones éticas

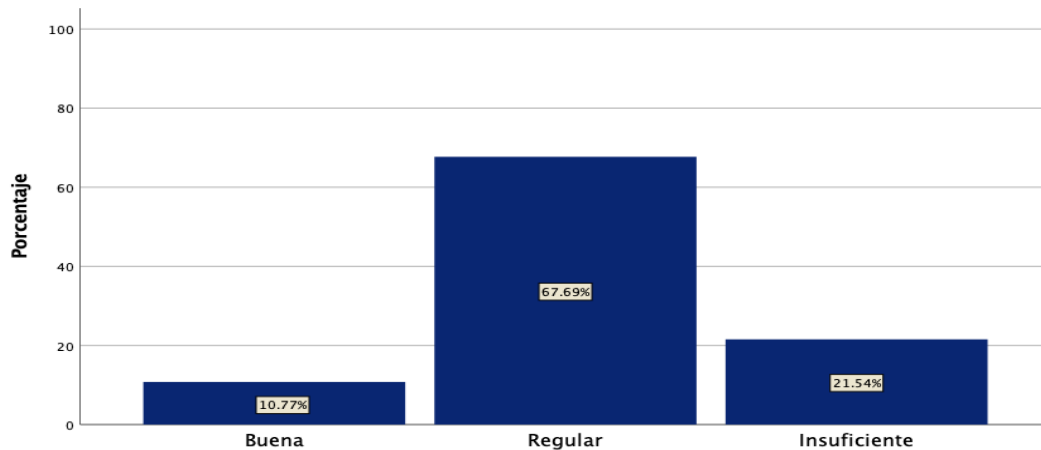
Respecto a los aspectos éticos que prevalecieron en todo momento se tomó en cuenta la declaración de Helsinki (1964), promulgada por la Asociación Médica Mundial se instituye como principio básico el respeto al participante, su derecho a la autodeterminación. En todo momento se consideró el bienestar de los participantes por encima de los intereses de la ciencia. También se tomaron en cuenta aspectos éticos convenios en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación Título segundo, Capítulo I referente a los aspectos éticos de la investigación en Seres Humanos donde se consideró el respeto a su dignidad y la protección de sus derechos. Se consideran en todo momento los principios éticos comenzando por la autonomía de decidir de manera voluntaria el participar en el estudio.

Resultados

Conocimientos sobre lactancia materna

Respecto a la evaluación de conocimientos en LM, primeramente, se muestran que poco más de dos terceras partes de las participantes tenía un nivel de conocimientos en lactancia materna regular, mientras que 21.54% insuficiente (Figura 1).

Figura 1. Nivel de conocimientos en lactancia materna



En la Tabla 2, se identificó que más del 90% de las estudiantes consideraron que la lactancia materna exclusiva era alimentar al bebé sólo con leche materna de día y de noche durante los primeros 6 meses. Se observa que el 54.8% refirió que la lactancia materna se debe iniciar inmediatamente después del parto. El 51.7% mencionaron que brindar lactancia materna ofrece como beneficios para la madre reducir el riesgo de presentar cáncer de mama y/o de ovario; mientras que el 22.5% desconocen los beneficios que esta práctica proporciona. Por último, se observó que solo una tercera parte supo que era un lactario, mientras que 25.2% refirieron desconocerlo.

Tabla 2. Datos de conocimiento sobre lactancia materna

	Rango	Frec.	%
¿Qué entiendes por lactancia materna exclusiva?	Es alimentar al bebé sólo con leche materna de día y de noche durante 6 meses	307	94.5%
	Alimentar al bebé con leche materna y papillas	5	1.5%
	Alimentar al bebé con fórmula artificial	2	0.6%
	Desconozco	11	3.4%
¿Cuándo se debe iniciar la lactancia materna al bebé?	Inmediatamente después del parto	178	54.8%
	A las 4 horas de haber nacido el bebé	72	22.2%
	Cuando el bebé llora de hambre por primera vez	30	9.2%
	Desconozco	45	13.8%
Selecciona los beneficios que ofrece la lactancia materna a la madre:	Reduce el riesgo de presentar cáncer de mama y/o ovario	168	51.7%
	Evita dolor e hinchazón de los senos	38	11.7%
	Ayudan a que el útero vuelva a su tamaño normal más rápidamente y pueden reducir el sangrado posparto	46	14.1%
	Desconozco	73	22.5%

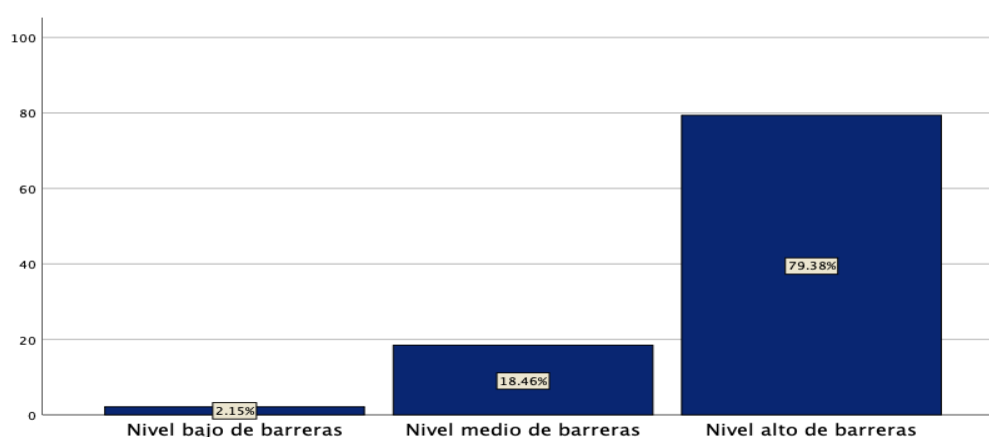
¿Qué es un lactario	Espacio privado, higiénico y accesible para que las mujeres en periodo de lactancia, amamenten adecuadamente en horarios de trabajo.	113	34.8%
	Espacio privado, higiénico, accesible y cómodo para que las madres puedan extraerse y conservar de forma correcta su leche en horarios de trabajo	105	32.3%
	Centro especializado donde se procesa la leche materna de aquellas mamás que donan su excedente de leche	25	7.7%
	Desconozco	82	25.2%

Barreras en la lactancia materna

Con la finalidad de identificar las principales barreras que se pueden presentar durante la lactancia materna en estudiantes de las diferentes licenciaturas que pertenecen al Área de Ciencias de la Salud en la UAZ, se observó que el 41.2% consideraron que el amamantar en espacios públicos puede generar pudor o vergüenza a la madre. Más del 90% mencionaron que es importante contar con un espacio cómodo, agradable, en condiciones óptimas para lactar dentro y fuera del hogar.

Dentro de las barreras más comunes que interfieren con la LM, las estudiantes indicaron la falta de espacios con un ambiente tranquilo, cómodo y agradable para lactar fuera del hogar, el cansancio, la falta de apoyo y la tensión que pueda sufrir la madre, también fue la falta de educación en la lactancia materna y como afecta en su práctica. Bajo esta tísica, en la Figura 3 se identifica que el 79.38% de las estudiantes consideraron que existe un nivel alto de barreras sobre esta práctica.

Figura 3. Barreras en la lactancia materna



Por medio de la prueba estadística de Anova, se realizó una comparativa entre las diferentes licenciaturas de las universitarias para el nivel de conocimiento y barreras de la lactancia materna. En la tabla 4 se comprobó para qué variable las medias de puntaje de cada indicador no fueron iguales, en este sentido, se mostró evidencia significativa para el nivel de conocimiento ($p=0.000$) entre las diferentes licenciaturas que pertenecen las universitarias.

Tabla 4. Comparación por ANOVA del nivel de conocimiento y barreras de la lactancia materna por licenciatura

Puntaje	F	Valor p
Conocimiento en LM	3.761	.000
Barreras en LM	1.441	.178

Conclusiones

La baja tasa de lactancia exclusiva que se ha registrado en el mundo en las últimas décadas, trastoca en la mala nutrición que puede experimentar el niño durante la primera etapa de su ciclo de vida y conducir a daños extensos e irreversibles en el crecimiento físico y el desarrollo del cerebro. Por ello, en el año 2012 la Asamblea Mundial de la Salud consideró urgente la necesidad de incrementar al menos al 50% la lactancia exclusiva en los primeros seis meses de edad para el año 2025 (UNICEF, 2018).

Están demostrados los beneficios que otorga la LM al binomio madre-hijo, no obstante, los factores que obstaculizan su práctica están más bien relacionados con el desconocimiento de los beneficios que aporta, las fuerzas del mercado del sistema capitalista, quienes por más de medio siglo fueron minimizando las ventajas que trae consigo la LM a la salud, economía y medio ambiente, y por el contrario, antepuso una falsa comodidad para la mujer y el mercado laboral, de poder sustituir este alimento rico en nutrientes por sucedáneos que jamás igualaran las propiedades de la LM, y que por el contrario, sólo deben ser indicados en los pocos casos clínicos que lo justifiquen científicamente (OMS, 2009).

Esta demostrado que las tasas de lactancia materna han disminuido notablemente en las últimas décadas a nivel mundial, es que la Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, entre otras, han implementado una serie de programas y estrategias en pro de la lactancia materna exclusiva para incrementarla para el 2025 al menos al 50% durante los primeros seis meses de vida de los infantes.

Los conocimientos y las barreras en LM tienden a variar notoriamente de una población a otra, esto, como resultado de la influencia de diversos factores como la edad, escolaridad, ocupación, infraestructura, percepciones, entre otros. Bajo esta tísica, en el presente estudio se identificó la necesidad aborden la falta de conocimientos y las barreras sobre lactancia materna entre los estudiantes. La incorrecta información sobre la lactancia materna pone en riesgo la calidad de la atención al paciente cuando las estudiantes universitarias egresen, pueden interrumpir el progreso de las madres hacia una lactancia materna exclusiva exitosa y puede socavar los esfuerzos y compromisos del gobierno para apoyar y mejorar las prácticas de lactancia materna en el país.

En este sentido, surge la necesidad de campañas de promoción para la población en general, pero sobre todo a las mujeres en edad reproductiva, como es el caso de estudiantes universitarias, quienes muchas de las veces abandonan la lactancia al no encontrar opciones que permitan mantenerla, como puede ser el bajo o nulo conocimiento de los beneficios que tiene la leche materna para la salud de su bebé y las ventajas que traen para sí misma.

Los lactarios además de representar logros de política pública, otorgan una gran oportunidad para generar conocimientos y redes sociales en torno a prácticas diversas de lactancia y crianza de las madres trabajadoras o estudiantes y visibilizar sus experiencias. Bajo esta tisa, el lactario debe contar con una perspectiva biocultural y de género para aplicarse en ámbitos laborales e institucionales, así como educativos, mediante propuestas que faciliten y conjuguen las tareas reproductivas femeninas con sus ambientes de desarrollo personal y productivo con la finalidad de informar y formar a las mujeres e incidir en la decisión colectiva de alimentar a los lactantes con leche humana (Hospital Manises, 2021).

Bajo estos argumentos, se quiere promover la implementación de un lactario dentro del campus Siglo XXI de la UAZ, en donde anticipadamente se hizo una exploración de las estudiantes madres con hijos menores a 2 años de edad, afín de identificar la limitante que tiene la institución en cuanto a otorgar un espacio apropiado para extraer y conservar leche materna.

Bibliografía

- Hospital de Manises. 2021. Beneficios físicos y emocionales de la lactancia materna. Hospital Manises, Valencia. Recuperado de <https://www.hospitalmanises.es/blog/beneficios-de-la-lactancia-materna/>
- OMS. 2009. Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de la leche materna. *Pediatría atención primaria*. 12 (48), 4-6. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322010000600018
- OMS.2022. Declaración conjunta de la Directora Ejecutiva de UNICEF, Catherine Russell, y del Director General de la OMS, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, con motivo de la Semana Mundial de la Lactancia Materna. *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news/item/31-07-2022-joint-statement-by-unicef-executive-director-catherine-russell-and-who-director-general-dr-tedros-adhanom-ghebreyesus-on-the-occasion-of-world-breastfeeding-week>
- OPS.2020. Lactancia materna y alimentación complementaria. *Organización Panamericana de la Salud*. Recuperado de <https://www.paho.org/es/temas/lactancia-materna-alimentacion-complementaria>.
- UNICEF. (Mayo de 2018). Lactancia materna. El regalo de una madre para cada niño y para cada niña. UNICEF. Recuperado de <https://www.unicef.org/lac/informes/lactancia-materna>

INCLUSIÓN EDUCATIVA DE LAS PERSONAS CON SÍNDROME DE DOWN EN ZACATECAS

Pacheco Tovar Nelly Vanesa, García Zamora Pascual Gerardo, Ruíz de Chávez Ramírez Dellanira

Maestría en Ciencias de la Salud con Especialidad en Salud Pública, Unidad Académica de Medicina Humana y Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Zacatecas

Resumen

El síndrome de Down (SD) es la cromosomopatía más frecuente y la causa genética más común de discapacidad intelectual, la Organización de las Naciones Unidas estima una incidencia a nivel mundial de uno por cada 1100 recién nacidos. En México de acuerdo con la Dirección General de Información en Salud durante el 2018, nacieron 689 niños con SD (Gobierno de México, 2021). Este estudio tuvo como objetivo identificar el perfil sociodemográfico de las familias con SD en Zacatecas y conocer las barreras que limitan su inclusión educativa. Se trató de un estudio descriptivo, transversal, mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia a un total de 80 padres. La mayoría de los participantes fueron mujeres, prevaleciendo el rango de edad de 35 a 49 años, la mayoría se dedicaba al hogar, y tenían un nivel socioeconómico bajo. La mayoría de las personas con SD acude a escuelas regulares, y según la percepción de los padres las principales barreras para la inclusión educativa son la falta de capacitación docente, el rechazo social, el desconocimiento sobre la condición y la falta de lenguaje de sus hijos.

Palabras clave: Inclusión, Síndrome de Down

1. Introducción y Objetivos

El síndrome de Down (SD) es la cromosomopatía más frecuente y la causa genética más común de discapacidad intelectual, la Organización de las Naciones Unidas estima una incidencia a nivel mundial de uno por cada 1100 recién nacidos. En México de acuerdo con la Dirección General de Información en Salud durante el 2018, nacieron 689 niños con SD (Gobierno de México, 2021). La discapacidad es una construcción social, que viene de la interacción de la persona con las barreras que su ambiente genera, por lo tanto, la discapacidad no es el problema sino una sociedad que no está preparada para brindarles el apoyo y las adecuaciones, para que se desenvuelvan plenamente (Yadarola, 2018).

Como lo menciona Mendoza Zuany (2018) el primer acercamiento a la inclusión surge de la educación especial y de las necesidades educativas especiales (NEE), a nivel mundial la inclusión tomó auge a partir de la Conferencia Mundial sobre la educación para Todos y del Foro Mundial sobre Educación en el año 2000, si bien la inclusión se ha consolidado en otros países del mundo, en México sigue siendo un concepto muchas veces imaginario, al abordar el tema es necesario intentar lograr sistemas educativos equilibrados entre lo común y la atención a la diversidad de necesidades educativas, sin generar con ello exclusión y desigualdad.

El paradigma de la inclusión se fundamenta en la creencia fiel de que un solo sistema educativo puede atender la diversidad de los niños mexicanos, sin importar diferencias; el ejercicio de los derechos de cada grupo así como la creación de condiciones favorables para el logro de aprendizajes, es un proceso gradual que busca finalizar en escuelas que verdaderamente sean inclusivas, por lo anterior sería importante diseñar un modelo educativo que considere las necesidades de cada alumno (Mendoza, 2018).

Las políticas educativas en cada uno de los países de América Latina precisan que ningún niño debe estar fuera del sistema educativo, puesto que la educación es una responsabilidad social, basada en los principios de justicia, equidad, igualdad de oportunidades, la mayor parte de los países centran las políticas en garantizar el acceso y participación de los estudiantes. Si bien Latinoamérica no se encuentra del todo atrás en materia de inclusión educativa, será necesario considerar las buenas prácticas de otros países para adaptarlas y ejecutarlas en el propio contexto, para ello es necesario reconocerlo como un proceso continuo, que necesita evaluaciones y actualizaciones (UNESCO, 2021).

Objetivos:

- Identificar el perfil sociodemográfico de las familias con SD en Zacatecas.
- Determinar la proporción de niños con SD que acuden a escuelas de educación especial y a escuelas regulares.
- Conocer las principales barreras para la inclusión educativa según la perspectiva de los padres.
- Estimar en la población de estudio la cantidad de adultos con SD que acceden a un trabajo formal.
- Analizar los factores que intervienen en la inclusión educativa de las Personas con Síndrome de Down en Zacatecas.

2. Metodología de investigación

Se trata de un estudio descriptivo, transversal, mediante un muestro no probabilístico por conveniencia, a un total de 80 padres de personas con SD, se realizó un cuestionario de 47 ítems vía telefónica.

3. Resultados y conclusiones

3.1. Factores sociodemográficos

En el presente trabajo se analizaron los factores que intervienen en la inclusión educativa de las personas con SD, se obtuvieron resultados de estadística descriptiva como frecuencias y porcentajes. Los padres de hijos con SD que participaron en el estudio presentaron como características sociodemográficas las que se muestran en la Tabla 1. Se tuvo participación de 87.5% mujeres y 12.5% hombres, el rango de edad donde se ubicó la mayoría fue entre 35 y 49 años con un 65%, el 92.5% tuvieron pareja, el 50%

tenían educación profesional, predominó como ocupación ama de casa con 43.8% seguido de empleado con 41.3%. Los municipios que prevalecieron como lugar de residencia fueron Zacatecas con 35%, Guadalupe 30% y Fresnillo 15%; el 76.3% contaba con vivienda propia, el nivel económico de las familias en base a su ingreso familiar mensual fue bajo para el 53.8%, medio para el 30% y alto para el 16.3%; finalmente, el 53.8 % son derechohabientes de una institución de salud.

Tabla 1. PERFIL SODIODEMOGRÁFICO DE LOS PADRES

		Recuento	Porcentaje
Edad	Menor a 35	11	13.8%
	De 35 a 49	52	65.0%
	De 50 a 64	14	17.5%
	65 y más	3	3.8%
Sexo	Masculino	10	12.5%
	Femenino	70	87.5%
Estado Civil	Con pareja	74	92.5%
	Sin pareja	6	7.5%
Nivel educativo	Básico	18	22.5%
	Medio superior	22	27.5%
	Superior	40	50.0%
Ocupación	Empleado	33	41.3%
	Hogar	35	43.8%
	Comerciante	10	12.5%
	Desempleado	2	2.5%
Lugar de residencia	Zacatecas	28	35.0%
	Guadalupe	24	30.0%
	Fresnillo	12	15.0%
	Otros Municipios	16	20.0%
Tipo de vivienda	Propia	61	76.3%
	No propia	19	23.8%
Nivel Económico	Bajo	43	53.8%
	Medio	24	30.0%
	Alto	13	16.3%
Atención Médica	Derechohabientes	43	53.8%
	No derechohabientes	37	46.3%

FUENTE: Elaboración propia

En la Tabla 2 se muestra el perfil de las personas con SD, donde el 72.5% se encontró en el rango de edades entre 3 y 11 años, en su mayoría fueron mujeres con 55% contra 45% de hombres, el 85% estudiaban, de ellos 51.3% en nivel primaria, seguido de preescolar con 22.4%.

Tabla 2. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LAS PERSONAS CON SD

		Recuento	Porcentaje
Rango de edad	Niños (3-11)	58	72.5%
	Adolescentes (12-17)	12	15.0%
	Adultos (mayores de 18)	10	12.5%
Sexo	Masculino	36	45.0%
	Femenino	44	55.0%
Estudia actualmente	Si	68	85.0%
	No	12	15.0%
Nivel Educativo	Maternal	2	2.6%
	Preescolar	17	22.4%
	Primaria	39	51.3%
	Secundaria	13	17.1%
	Preparatoria	1	1.3%
	Carrera técnica	4	5.3%

FUENTE: Elaboración propia

3.2. Inclusión Educativa

Para poder analizar la inclusión educativa de las personas con SD primero se determinó si se encontraban escolarizados acorde a su edad, el tipo de escuela a la que acudían y si se realizaban las adecuaciones curriculares necesarias, en la Tabla 3 se muestra que el 71.3% se encontró escolarizado acorde a su edad, mientras que el 28.7% no lo estaban. Por otra parte, el 82.9% acudió a una escuela regular y 17.1% a escuela de educación especial; finalmente el 64.5% de los padres mencionaron no se realizan las adecuaciones curriculares necesarias para sus hijos. De los 4 adultos con SD que realizaron una carrera técnica señalados en la tabla 2, solamente uno trabajaba. Dentro de las barreras que los padres consideran limitan la inclusión de sus hijos, 31.3% consideró la falta de capacitación docente, 23.8% el rechazo social, 10% el lenguaje de sus hijos y 10% desconocimiento sobre el SD.

Tabla 3. INCLUSIÓN EDUCATIVA

		Recuento	Porcentaje
Escolaridad acorde a la edad	No	23	28.7%
	Si	57	71.3%
Tipo de escuela	Regular	63	82.9%
	Educación especial	13	17.1%
Adecuaciones curriculares	Si	27	35.5%
	No	49	64.5%

FUENTE: Elaboración propia

3.3. Políticas de Educación

Fue importante conocer si existen las políticas educativas adecuadas para hacer de la inclusión una realidad, para ello, se preguntó a los padres si consideraban que la institución educativa de sus hijos realizaba una adecuada inclusión, encontrando que el 50% considera que sí, el 64.5% mencionaron que los directivos y resto de personal participaron activamente en el proceso, el 45% de las instituciones cuentan con servicio de unidad de servicios de apoyo a la educación regular (USAER), el 42.1% tuvo compañeros con NEE en su misma aula, por otra parte, el 63.2% consideró que los docentes no están capacitados para la atención de sus hijos y el 93.4% señaló que si reciben trato amable (Tabla 4).

Tabla 4. POLITICAS EDUCATIVAS

		Recuento	Porcentaje
Adecuada inclusión	Si	38	50.0%
	No	38	50.0%
Participación de los directivos	Si	49	64.5%
	No	27	35.5%
La escuela cuenta con USAER	Si	45	59.2%
	No	31	40.8%
Compañeros con NEE	Si	32	42.1%
	No	44	57.9%
Capacitación docente	Si	28	36.8%
	No	48	63.2%
Trato amable	Si	71	93.4%
	No	5	6.6%

FUENTE: Elaboración propia

3.4. Integración Social

Finalmente, se muestran aspectos de integración social, como el acceso a actividades extracurriculares y apoyos institucionales de gobierno o particulares. Se encontró que 48% acudió a actividades extracurriculares; 68.8% de ellos recibió apoyo de alguna institución, donde predominó el Instituto para el Bienestar con la pensión para personas con discapacidad (85.5%) (Tabla 7). Por otra parte, se preguntó si habían sufrido algún tipo de discriminación, el 60.5% mencionó que no, y el 52.6% señaló que su hijo si era incluido en todas las actividades escolares.

Tabla 7. INTEGRACIÓN SOCIAL Y DISCRIMINACIÓN

		Recuento	Porcentaje
ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES	Si	48	60.0%
	No	32	40.0%
APOYO INSTITUCIONAL	Si		
	(68.8%)	<i>Bienestar</i>	47
		<i>CRIT</i>	4
		<i>APAC</i>	1
		<i>DIF</i>	2
		<i>Otro</i>	1
	No		
	(31.3%)		
DISCRIMINACIÓN	Si	30	39.5%
	No	46	60.5%
INCLUIDO EN TODAS LAS ACTIVIDADES ESCOLARES	Si	40	52.6%
	No	36	47.4%

FUENTE: Elaboración propia

3.5. Sociodemográficos de los padres vs inclusión educativa

Se encontró en los factores sociodemográficos de los padres que participaron en el estudio, en su mayoría fueron mujeres con 87.5%, el rango de edad con mayor prevalencia fue de 35 a 49 años con 65%, esto coincidió con el estudio de Mena (2018) donde participaron 75% mujeres, la edad que prevaleció fue de 27 a 39 años con un 40.3%. Se encontró que el 43.8% se dedicaban al hogar, esto comparado con lo descrito por Darla y Bhat (2020) donde el 74.5% de las madres no tenían empleo y el 11.7% de ellas tuvo que abandonarlo después del nacimiento de su hijo.

Al determinar el nivel socioeconómico de las familias en base al ingreso mensual familiar, se encontró que el 53.8% tenían un nivel bajo, esto comparado con lo mencionado por Mena (2018) también en Zacatecas donde el 33.3% también fue bajo, como se pudo ver existió una diferencia importante, pudo explicarse porque el estudio se realizó únicamente en zona urbana donde las familias suelen contar con mayores oportunidades; por otra parte pudo compararse con lo descrito por Martínez et al en un Hospital en México(2019) donde el 67% de los hogares con hijos con SD tenía ingresos económicos bajos y destinaban el 27% del gasto familiar a la atención de ellos.

El análisis estadístico reveló asociación estadísticamente significativa con $p=0.016$ de la inclusión educativa y la ocupación de los padres, el resto de las variables no mostraron significancia estadística.

En lo correspondiente a las adecuaciones curriculares y factores sociodemográficos de los padres, se mostró significancia en la ocupación de los padres con una $p=0.009$, no así para el resto de las variables. Por último, en el análisis estadístico de la relación entre el tipo de escuela y los factores sociodemográficos se encontró significancia en la edad con una $p=0.010$ y la ocupación de los padres $p=0.004$ (Tabla 8), esto coincide con lo descrito por Darla y Bhat (2020) quién encontró que a mayor nivel socioeconómico de las familias sus expectativas acerca de la integración de sus hijos eran mayores. Lo anterior se sustentó en el modelo ecológico de Bronfenbrenner, que ayuda a entender como el entorno social en que nace un niño con síndrome de Down, tiene influencia en su desarrollo y como el nivel educativo de los padres pueden facilitar o no su integración a la sociedad.

Tabla 8. RELACION INCLUSIÓN EDUCATIVA FACTORES SOCIDEMOGRÁFICOS DE LOS PADRES

		SEXO		EDAD				EDO CIVIL		NIVEL EDUCATIVO			OCUPACIÓN			
		M	F	<35	35-49	50-64	65>	Con pareja	Sin pareja	Básico	Medio Superior	Superior	Empleado	Hogar	Comerciante	Desempleado
INCLUSIÓN	SI	6(7.9)	32(42.1)	6(7.9)	23(30.3)	6(7.9)	3(3.9)	34(44.7)	4(5.3)	10(13.2)	12(15.8)	16(21.1)	10(13.2)	19(25)	7(9.2)	2(2.6)
	NO	4(5.3)	34(44.7)	3(3.9)	27(35.5)	8(10.5)	0	36(47.4)	2(2.6)	7(9.2)	9(11.8)	22(28.9)	23(30.3)	12(15.8)	3(3.9)	0
	VALOR P	0.497		0.203				0.395		0.386			0.016			
ADECUACIONES CURRICULARES	SI	5(6.6)	22(28.9)	3(3.9)	17(22.4)	5(6.6)	2(2.6)	23(30.3)	4(5.3)	8(10.5)	9(11.8)	10(13.2)	6(7.9)	16(21.1)	3(3.9)	2(2.6)
	NO	5(6.6)	44(57.9)	6(7.9)	33(43.4)	9(11.8)	1(1.3)	47(67.1)	2(2.6)	9(11.8)	12(15.8)	28(36.8)	27(35.5)	15(19.7)	7(9.2)	0
	VALOR P	0.305		0.72				0.097		0.236			0.009			
TIPO DE ESCUELA	REGULAR	8(10.5)	55(72.4)	9(11.8)	44(57.9)	9(11.8)	1(1.3)	59(77.6)	4(5.3)	11(14.5)	18(23.7)	34(44.7)	31(40.8)	24(31.6)	8(10.5)	0
	ESPECIAL	2(2.6)	11(14.5)	0	6(7.9)	5(6.6)	2(2.6)	11(14.5)	2(2.6)	6(7.9)	3(3.9)	4(5.3)	2(2.6)	7(9.2)	2(2.6)	2(2.6)
	TOTAL	0.794		0.01				0.271		0.073			0.004			

3.6. Políticas de educación vs inclusión educativa

Se determinó el tipo de escuela a la que acudieron las personas con SD, el 82.9% asistió a escuelas regulares y el 17.1% a escuelas de educación especial, esto coincidió con lo mencionado por Hargeaves, Holton, Baxter y Burgoyne (2021) donde el 65.3% de los alumnos asistió a escuelas

regulares y 28.1% a escuelas de educación especial, se encontraron algunas diferencias con otros países como lo mencionaron Calderón y Cáceres (2019) en Paraguay menos del 20% de la población con SD esta escolarizada, en Chile el 70% acuden a escuelas de educación especial, en Brasil el 82% acudieron a escuelas regulares, en Argentina 60%, en contra parte España tuvo el porcentaje más alto de escolarizados en escuelas regulares con 92%, pero disminuyó considerablemente al ingresar a secundaria con tan solo un 45%. Como se pudo observar, aunque en materia de inclusión existen avances importantes a nivel mundial sigue existiendo bastante rechazo social ante la condición, lo que se explica con el modelo médico rehabilitador, donde se considera a la discapacidad como un problema del individuo, por lo que su atención se centra totalmente en su rehabilitación, subestimando sus capacidades, con intervenciones paternalistas y caritativas.

El análisis de Ji cuadrada para la inclusión educativa en relación con las políticas de educación mostró significancia estadística para la participación de los directivos $p=0.000$, comunicación con el personal de la escuela $p=0.000$, integración de más alumnos con NEE dentro de las instituciones educativas $p=0.005$ y para la capacitación docente $p=0.000$. Con respecto a las adecuaciones curriculares se encontró significancia en la participación de los directivos $p=0.000$, comunicación en el personal escolar $p=0.000$, integración de más alumnos con NEE $p=0.025$ y capacitación docente $p=0.000$. Finalmente, en la relación con el tipo de escuela se encontró significancia estadística en la participación de los directivos $p=0.210$, la existencia de USAER $p=0.004$, la integración de otros alumnos con NEE $p=0.000$ y la capacitación docente $p=0.000$ (Tabla 9).

Lo anterior se analizó, nuevamente, con el modelo ecológico, donde se menciona como el macrosistema, que comprende aspectos sociales, culturales, políticos y estructurales del entorno donde se desenvuelve el niño, pueden tener impacto en su desarrollo, y por lo tanto en su proceso de inclusión educativa, lo que hizo evidente la necesidad de reestructurar las políticas públicas, incluso promover nuevas, que garanticen el cumplimiento de todos los derechos para las personas con SD.

Respecto a las barreras que limitaron la inclusión educativa según la perspectiva de los padres, se encontró que el 31.3% consideró que la falta de capacitación docente fue la mayor de ellas, seguido del rechazo social con un 23.8%, esto coincide con lo descrito por Mackenzie, Bower y Owaineh (2020) donde las madres mencionaron que los maestros no parecían planificar sus clases, ni estaban capacitados para incluir de forma efectiva a los niños, y con lo descrito por Sunko y Kaseli (2020) donde se concluyó que pese a la actitud positiva del personal docente hacia la inclusión, solamente realizan una integración parcial, y se evidencia la necesidad de capacitación continua para el personal. Como lo mencionaron Miñan, Juárez y Alcántara (2018) la innovación educativa es la base para ayudar a los alumnos con necesidades educativas especiales, el nivel de inclusión encontrado en países como México y España se percibe por debajo del esperado.

Tabla 9. RELACION INCLUSIÓN EDUCATIVA Y POLÍTICAS DE EDUCACIÓN

		PARTICIPACIÓN DIRECTIVOS		USAER		COMUNICACIÓN CON EL PERSONAL		OTROS ALUMNOS CON NEE		CAPACITACIÓN DOCENTE		TRATO AMABLE	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
INCLUSIÓN	SI	35(46.1)	3(3.9)	20(26.3)	18(23.7)	35(46.1)	3(3.9)	22(28.9)	16(21.1)	24(31.6)	14(18.4)	37(48.7)	1(1.3)
	NO	14(18.4)	24(31.6)	25(32.9)	13(17.1)	19(25)	19(25)	10(13.2)	28(36.8)	4(5.3)	34(44.7)	34(44.7)	4(5.3)
	VALOR P	0.000		0.243		0.000		0.005		0.000		0.165	
ADECUACIONES CURRICULARES	SI	26(34.2)	1(1.3)	14(18.4)	13(17.1)	26(34.2)	1(1.3)	16(21.1)	11(14.5)	21(27.6)	6(7.9)	26(34.2)	1(1.3)
	NO	23(30.3)	26(34.2)	31(40.8)	18(23.7)	28(36.8)	21(27.6)	16(21.1)	33(43.4)	7(9.2)	42(55.3)	45(59.2)	4(5.3)
	VALOR P	0.000		0.333		0.000		0.025		0.000		0.453	
TIPO DE ESCUELA	REGULAR	37(48.7)	26(34.2)	42(55.3)	21(27.6)	43(56.6)	20(26.3)	30.2(25)	44(57.9)	17(22.4)	46(60.5)	59(77.6)	4(5.3)
	ESPECIAL	12(15.38)	1(1.3)	3(3.9)	10(13.2)	11(14.5)	2(2.6)	13(17.1)	0	11(14.5)	2(2.6)	12(15.8)	1(1.3)
	TOTAL	0.021		0.004		0.236		0.000		0.000		0.859	

3.7. Integración social vs inclusión educativa

En lo referente a la integración social el 39.5% de los padres mencionaron haber sufrido alguna situación de discriminación, comparado con lo descrito por Mena (2018) quien encontró que el 70.8% la habían vivido, como se pudo observar la diferencia es importante, probablemente explicado por el año en el que se realizó la investigación, aun así, analizado desde el Modelo Social de la Discapacidad, el cual parte de la idea que la discapacidad es una construcción social, una forma de opresión, donde se niega a aceptar la diversidad; podemos entender que la exclusión impacta de forma importante en el desarrollo de las personas con síndrome de Down.

En la tabla 12 también se muestra el análisis inferencial Ji cuadrada de la integración social y su relación con la inclusión educativa, se encontró significancia estadística en la discriminación ($p=0.005$) y la participación de las personas con SD en todas las actividades escolares ($p=0.001$). Para las adecuaciones curriculares y su relación con la integración social, se encontró significancia en la discriminación ($p=0.022$) y participación en todas las actividades escolares ($p=0.001$). Por último, en lo correspondiente al tipo de escuela se encontró asociación estadísticamente significativa en las

variables de participación en todas las actividades ($p=0.000$) y acceso a actividades extracurriculares ($p=0.022$).

Como lo menciona (Cobeñas, 2020) La exclusión social existe a nivel pedagógico negando la posibilidad de recibir una educación de calidad por considerar que la persona es incapaz de adquirir el aprendizaje. En las escuelas regulares es recurrente la práctica de eximir a los alumnos de ciertas materias por el grado de dificultad, con la idea errónea de la discapacidad como la falta de algo, generalizando pensamiento en los docentes de que los alumnos con discapacidad no pueden acceder a los contenidos académicos. Por último, es importante retomar lo descrito por Darla y Bhat (2020) quien concluyó en su estudio que la calidad de las intervenciones tempranas si se ven influenciadas por las características sociodemográficas de las familias, haciendo evidente que las desigualdades sociales, culturales y económicas tendrán un impacto importante en el desarrollo e inclusión de las personas con SD.

La inclusión educativa de las personas con Síndrome de Down avanzó de forma importante en los últimos años, este trabajo buscó conocer los factores que pueden interferir en que se realice de forma adecuada. La primera parte determinó el perfil sociodemográfico de las familias, encontrando que el 53.8% tiene un ingreso económico bajo, se pensó que esto podía tener relación con el proceso de inclusión, sin embargo, la única variable que mostró significancia con la inclusión fue la ocupación de los padres, donde el 43.8% se dedican al hogar, con ello podemos concluir que el bajo nivel socioeconómico de las familias no se relaciona directamente con el proceso de inclusión, pero que, si es de importancia la ocupación de los padres.

Para poder hablar de inclusión es necesario conocer el tipo de escuela a la que los alumnos asistieron, los resultados arrojaron que el 82.9% asistió a escuelas regulares y el 17.1% a escuelas de educación especial, al analizar estadísticamente estos datos, se encontró significancia con la participación de los directivos, la existencia de USAER, la integración de más alumnos con NEE, la capacitación docente y la participación de los alumnos en todas las actividades, por lo que podemos concluir que el tipo de escuela sigue teniendo importancia en el proceso de inclusión, y que pese a que se han realizado esfuerzos para que las políticas educativas sean de mayor impacto, siguen existiendo áreas de oportunidad.

Según la perspectiva de los padres las principales barreras para la inclusión de sus hijos son la falta de capacitación docente, el rechazo social, el desconocimiento sobre su condición y el lenguaje de su hijo, lo que en gran parte coincide con lo descrito anteriormente, se puede concluir entonces que el proceso de inclusión es multifactorial y concierne a las familias, el personal docente y a la sociedad, que requiere un esfuerzo conjunto y continuo.

Tabla 12. RELACION INCLUSIÓN EDUCATIVA E INTEGRACIÓN SOCIAL

		DISCRIMINACIÓN		PARTICIPACIÓN EN TODAS LAS ACTIVIDADES		APOYO INSTITUCIONAL		ACTIVIDADES EXTRACURRICULARES	
		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
INCLUSIÓN	Si	9(11.8)	29(38.2)	27(35.5)	11(14.5)	28(36.8)	10(13.2)	24(31.6)	14(18.4)
	No	21(27.6)	17(22.4)	13(17.1)	25(32.9)	25(32.9)	13(17.1)	21(27.6)	17(22.4)
	Valor P	0.005		0.001		0.454		0.484	
ADECUACIONES CURRICULARES	Si	6(7.9)	21(27.6)	21(27.6)	6(7.9)	21(27.6)	6(7.9)	16(21.1)	11(14.5)
	No	24(31.6)	25(32.9)	19(25)	30(39.5)	32(42.1)	17(22.4)	29(38.2)	20(26.3)
	Valor P	0.022		0.001		0.257		0.995	
TIPO DE ESCUELA	Regular	28(36.8)	35(46.1)	27(35.5)	36(47.4)	44(57.9)	19(25)	41(53.9)	22(28.9)
	Especial	2(2.6)	11(14.5)	13(17.1)	0	9(11.8)	4(5.3)	4(5.3)	9(11.8)
	Valor P	0.051		0.000		0.965		0.022	

Bibliografía

- Calderón Almendros, I., & Cáceres Cárdenas, A. E. (2019). Educación inclusiva: entre el deseo, la obligación y la realidad. Trabajo presentado en el Informe y planes de acción para la población con Síndrome de Down de Iberoamérica. Federación Iberoamericana de Síndrome de Down. Pág. 4-18
- Cobeñas, P. (2020). Exclusión Educativa de Personas con Discapacidad: un problema pedagógico. Revista Iberoamericana sobre calidad, eficacia y cambio en educación, 18(1), 65-81. DOI: <https://doi.org/10.15366/reice2020.18.1.004>
- Darla, S., & Bhat, D. (2021). Health-related quality of life and coping strategies among families whit Down síndrome children in South India. Medical Journal Armed Forces India, 77(2), 187-193. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mjafi.2020.07.010>
- Gobierno de México (2020). Día Mundial del Síndrome de Down. Recuperado de: <https://www.gob.mx/difnacional/documentos/dia-mundial-del-sindrome-de-down-238643>
- Hargreaves, S., Holton, S., Baxter, R., & Burgoyne, K. (2021). Educational experiences of pupils with Down syndrome in the UK. Research in Developmental Disabilities, 119. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2021.104115>

- MacKenzie, A., Bower, C., & Owaineh, M. (2020). Gratitude versus children's rights: An exploration mothers' attitudes towards disability and inclusive education in Palestine. *International Journal of Educational Research Open*, 1. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijedro.2020.100001>
- Mena Chávez, N.P. (2018). Factores que dificultan el desarrollo de las personas con Síndrome de Down de la zona conurbada de Guadalupe y Zacatecas. (Trabajo de grado). Universidad Autónoma de Zacatecas, Zacatecas, México.
- Mendoza Zuany, R.G. (2018). Inclusión como política educativa: hacia un sistema educativo único en un México cultural y lingüísticamente diverso. *Sinéctica revista electrónica de educación*. Recuperado de: <https://sinectica.iteso.mx/index.php/SINECTICA/article/view/780> DOI: 10.31391/S2007-7033(2018)0050-009
- Miñan Espigares, A., Juárez Romero, C.A., & Alcántara Santuario, A. (2018). Aprendizaje Reflexivo del profesorado para atención a la diversidad, propuestas de mejora para España y México. Trabajo presentado en XVI Congreso Nacional de Educación Comparada Tenerife, España.
- Sunko, E., & Kaselj, I.T. (2020). Attitudes of early childhood and preschool education students and teachers towards inclusion of children with down syndrome. *International Journal of Education and Practice*, 8(3), 485-497. DOI: 10.18488/journal.61.2020.83.485.497
- UNESCO, (2023). Disponible en: <https://www.unesco.org/es/articles/inclusion-en-educacion>
- Yadarola, M.E. (2018). Inclusión laboral: del derecho a las prácticas. *Síndrome de Down Revista Vida Adulta Fundación Down21*, 30(2018) Recuperado de: <https://www.sindromedownvidaadulto.org/no30-octubre-2018/articulos-no30-vida-adulta/inclusion-laboral-del-derecho-a-las-practicas/>

QUALITÉ, DIGITALISATION ET UTILISATION DES DONNÉES POUR AMÉLIORER LES SERVICES ESSENTIELS DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE OPTIMISANT LA RÉDUCTION DE LA MORBIDITÉ ET DE LA MORTALITÉ MATERNELLES, NÉONATALES ET INFANTILES DANS LE CONTEXTE DES URGENCES DE SANTÉ PUBLIQUE EN GUINÉE.

Alpha Ahmadou Diallo¹, Mohamed Mahi Barry², Fatoumata Biro Diallo², Maimouna Baldé

1. READ-GROUP-Guinea et CNERs et 2. Université de Conakry

Résumé

La synthèse des travaux et réflexions analytiques montre que la qualité des données de routine du SNIS des districts sanitaires est mauvaise qualité. Il existe des disparités des données-discordances observées entre les rapports SNIS et le DHIS2. Toutefois, l'exactitude et la complétude des données sont bonnes. Les principales causes de la discordance des données étaient l'insuffisance d'agents de saisie, de formation, l'énergie et outils informatique pour la saisie des données de qualité dans les établissements de santé de proximité.

Les données de l'étude de base mettent en évidence des besoins de renforcement de la qualité du système informatique au niveau des structures de base du district sanitaire. De cette façon, il sera possible de mesurer l'état de santé de la mère et de l'enfant sur des base factuelles vers l'optimisation des services contributifs de la réduction significative de la morbidité et de la mortalité maternelle, néonatale et infantile.

Ainsi, pour améliorer la qualité des données, le leadership du Ministère de la santé, l'appui des partenaires techniques et financiers et l'engagement des professionnels des données à tous les niveaux sont essentiels. De plus, une recherche approfondie s'avère nécessaire pour évaluer la qualité des données de base selon l'outil LQAS ou DQR au niveau national.

Mots clés

Donnée, Qualité, Digitalisation, Utilisation, Gouvernance.

Background et Rational

L'Afrique est en proie à d'épidémies émergentes et ré-émergentes, de crises socio-politiques récurrentes exacerbées par la pauvreté, les violations des droits à la santé, le faible niveau d'éducation des filles/femmes. Cette situation soulève des questions pour la survie dans des contextes où le système de santé est fragiles rendant ainsi critiques la préparation et la riposte contre les "urgences sanitaires" voire l'anticipation.

L'enjeu majeur est que l'on dispose de peu de données sur la qualité des données, la digitalisation, le partage et l'utilisation pour la prise décision, la planification et l'action de santé publique. Les

données de la santé de la mère et de l'enfant sont systématiquement produites, analysées et utilisées à des fins variées, notamment pour le diagnostic situationnel de base, l'évaluation de la performance du système de santé, la planification et le suivi des programmes, l'amélioration de la qualité ou la recherche, la notification et le flux des apports de l'Etat et des partenaires.

A cet effet, la qualité des données dans le domaine de la santé revêt une importance capitale pour les soins aux patients et les prestations de services de santé publique comme la vaccination, le planning familial, la nutrition, l'hygiène, les violences basées sur le genre mais aussi pour le suivi de la performance des programmes de santé publique, des ressources humaines et des politiques. Il en est de même des données collectées et présentées pour la surveillance des maladies à potentiel épidémiologique, le monitoring, la protection des droits des femmes et la prise de décision éclairée.

En conséquence, les données sanitaires doivent répondre aux normes conférant la qualité conforme aux standards. La notion de qualité des données du système d'information sanitaire sous-tend la démarche et les outils méthodologiques de contrôle de la fiabilité des données par rapport à ce qui est en réalité, ce, à tous les niveaux. Pour ce faire, des mesures idoines sont prises en amont afin de disposer de données avec une assurance qualité en temps réel.

En plus, la digitalisation et l'utilisation des données de la santé sexuelle et reproductive optimisant la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle, néonatale et infantile en particulier dans le contexte des urgences de santé publique sont critiques.

L'objectif visé est d'analyser les données sur la continuité du paquet essentiel des services intégrés de santé de la mère et de l'enfant, la qualité des prestations et leur accès en Guinée dans le contexte des urgences de santé publique.

Méthode et matériels

Au plan méthodologique, l'approche d'analyse est fondée une évaluation rapide aussi bien sur les expériences que sur une revue systémique d'évidences scientifiques, des programmes (SR et SNIS) et de la politique.

L'essentiel est de disposer de données pertinentes et fiables à travers la revue de la littérature et l'enquête auprès des informateurs clés qui, organisées après triangulation aident à concentrer les travaux sur les causes, stratégies et innovations nécessaires vers l'amélioration continue de la qualité des données.

Résultats et discussions

Face à la récurrence et la gravité des crises sanitaires en Afrique des actions de santé publique sont nécessaires et les données indispensables pour comprendre les déterminants qui influent sur les

politiques et pratiques de suivi des progrès, de surveillance, d'intégration de paquets essentiels de services et des mesures vers la performance. Pratiquement, l'utilisation des données pour l'action vers le changement et l'innovation est moins satisfaisante.

La littérature a mis en évidence que la qualité de vie des femmes est un enjeu crucial de développement au sud du Sahara. Au-delà du fait que l'évolution du profil épidémiologique associé au changement climatique constitue une menace pour la santé, il est fréquent de constater en Afrique des erreurs de diagnostic, des traitements inadaptés/inutiles, des ruptures de médicaments, des monitorages qui n'incitent pas à la réactivité. Selon l'OMS sans des efforts soutenus faisant en sortes que le financement de la santé de la mère et de l'enfant ne soit plus tributaire de l'aide extérieure, des affections demeureront responsables des décès des mères, adolescentes et enfants.

Les recherches menées montrent à peine 28% des soins prénatals, 26% des services de planning familial et 2% des services pédiatriques sont jugés "efficaces" en Afrique. En Guinée où les indicateurs de santé de la mère et de l'enfant sont parmi les plus mauvais, il est renseigné que l'indice de mortalité maternelle est de 550 pour 100 000 NV, les taux de mortalité néonatale, infanto-juvénile et infantile sont respectivement de 32‰, 111‰, 66‰ (EDS 2018) et le taux de mutilation génitale féminine est de 95% et beaucoup de viols même sur mineurs peu documentés et punis par la loi pour des pesanteurs sociales vivaces.

La politique de santé de la mère et de l'enfant est mise en œuvre à travers le Plan de Développement Sanitaire (2015-2024), le programme santé de la mère et de l'enfant et des projets (9) en collaboration avec les communautés et PTF.

Vue d'ensemble du système d'information sanitaire : enjeux et complexité

Le système d'information sanitaire la notification des différents programmes de lutte intégrée contre la maladie notamment la santé ceux centrés sur la santé sexuelle et reproductive recueille, digitalise et partage les données générées sur les services fournis par les établissements publics et privés de santé – routine. Ces données constituent la principale source utilisée pour évaluer les performances du secteur de la santé sur la base du plan stratégique. Ainsi, le Bureau de Stratégie et Développement abritant le système d'information sanitaire compile les données et partage la synthèse des résultats en termes de tendances des indicateurs de performance sanitaire. Cependant, les données du système présentent souvent des problèmes de qualité, et de nombreux utilisateurs n'ont pas confiance en elles.

En général, il n'est pas rare que les données aient des insuffisances : valeurs de référence pour la population cible, valeurs manquantes, biais, erreurs de mesure et erreurs humaines et du traitement.... Des évaluations de la qualité des données devraient être menées afin de déterminer la confiance que

l'on peut accorder aux données publiées et utilisées pour évaluer les performances des services de santé de la mère et de l'enfant pour comprendre les forces, les faiblesses des sources, les menaces et opportunités. Il est notamment important de connaître la fiabilité des estimations de couverture des interventions, des impacts et des autres indicateurs calculés à partir des données des établissements de santé incluant les services à base communautaire – agents de santé communautaire et relais et prestations des ONG de santé (5).

Comme indiqué ci-dessus, des données sont collectées sur les problèmes de santé identifiés à travers la démarche de recherche sur la mise en œuvre avec des pistes de solutions. Quoiqu'il en soit, il est essentiel de faciliter la synergie d'action pour disposer à la fois des données de routine mais aussi de recherche pour l'action et veiller à la qualité mais aussi à leur digitalisation et utilisation. Une information de qualité est nécessaire pour répondre aux enjeux globaux de la santé maternelle, néonatale et infantile dans un système de santé en proie aux épidémies. Cela sous-tend un investissement conséquent pour le système des données.

La qualité des données est essentielle pour tirer les leçons, valoriser le potentiel d'amélioration de la qualité des prestations et de leur accès universel et anticiper ou optimiser les interventions en santé publique, ce depuis l'échelle communautaire via le district sanitaire jusqu'au niveau central (1, 3, 8).

En effet, grâce aux nombreux et divers appuis pour le renforcement des capacités du système : digitalisation à travers la plateforme DHIS2, formation des acteurs, harmonisation des outils et partage de celles-ci et prises de décisions sur de base factuelle. Cela a eu pour effets bénéfiques immédiats une meilleure de la capacité de production, d'analyse, de gestion (archivage et partage informatique) et d'utilisation des données pour la prise de décision, la planification et la recherche. Implicitement, l'amélioration de la promptitude et de la complétude des données. Toutefois, la qualité des données reste une préoccupation majeure à laquelle une évaluation est une amélioration continue est nécessaire (2, 5).

Communications et exigences de qualité des données

Selon le consortium OMS/UNICEF/BM mobilisé pour la réduction de la morbidité et de la mortalité à travers le monde en particulier dans les pays à faible revenu, les données de routine souffrent de fiabilité limitant ainsi la compréhension de l'ampleur des problèmes de santé publique surtout parmi les couches vulnérables, déshéritées et enclavées.

En Guinée, c'est suite à des épidémies (Ebola, Covid-19) d'une ampleur sans précédent que le système de données a été renforcé en particulier la surveillance intégrée de la maladie, la digitalisation, le développement des ressources humaines,... Toutefois, l'insuffisance de qualité des

données de routine du Système d'Information sanitaire constitue encore un problème ayant un impact négatif sur la planification des interventions du système de santé et le suivi.

La qualité des données est une préoccupation qui suscite au sein des districts sanitaires un réel intérêt. Elle devient de ce fait objet de larges discussions lors des instances telle que le Comité technique de coordination du SNIS soutien des actions visant à minimiser les biais affectant la qualité des données (5, 18).

A cet effet, un regard critique est porté en permanence sur la validité des données de routine, la pertinence des outils, les moyens et mécanismes de contrôle de la qualité et leur informatisation et remontée organisée vers l'échelon supérieur pour compilation et analyse par le district sanitaire. De même, l'évaluation des ressources humaines engagées pour la collecte des données, leur traitement et archivage dont numérique est conduite.

Portée de l'évaluation de la qualité des données sanitaires

Pour assurer une évaluation de la qualité des données sanitaires, une approche intégrée et pluridisciplinaire est nécessaire : cadre, processus et acteurs (7 ; 8). Il convient de passer en revue les aspects ci-après :

- un rapport mensuel de routine à travers la plateforme DHIS2 avec un focus sur la qualité des données dans le cadre d'interaction et feedbacks positifs permettant d'identifier les erreurs et lacunes en temps réel afin de les résoudre ;
- une évaluation annuelle indépendante des indicateurs traceurs par un expert ou un cabinet d'étude afin d'identifier les insuffisances mais aussi la plausibilité des tendances mises en évidence au cours de l'année précédente ; et
- Une recherche évaluative approfondie de la qualité des données des programmes, centrés sur une maladie ou un domaine programmatique, et organisée en fonction des besoins spécifique et le contexte;
- Une journée portes ouvertes sur la qualité des données, enseignements tirés et capitalisation.

Critères d'évaluation de la qualité des données

Le cadre analytique de la qualité des données sanitaires (7, 11) met en exergue les critères retenus sous le prisme de cinq dimensions complémentaires :

1. exhaustivité des données de la santé de la mère et de l'enfant ;
2. cohérence interne des données au fil du temps (ponctualité) ;
3. cohérence externe ou entre indicateurs clés c'est-à-dire comparabilité des données sur la population ;

4. complétude des données ;
5. promptitude des établissements de soins à fournir les données ;
6. Digitalisation et management.

Synthèse des problèmes prioritaires

Dans les structures sanitaires du pays, plusieurs outils et mécanismes sont utilisés pour la collecte des données dans les structures de santé. En dépit de cela, les problèmes liés à la qualité des données existent par rapport à la collecte exhaustive, la cohérence, l'analyse, l'archivage et l'utilisation des données fiables pour des décisions de santé publique (17, 20).

Au terme du processus de priorisation, les problèmes prioritaires retenus sont :

- 1) Inadéquation de la gouvernance du système des données vers l'harmonisation et la coordination des interventions ;
- 2) Insuffisance dans la production des données de qualité ;
- 3) Faible d'utilisation des données pour la planification et l'action.

Contribution/pertinence

La collecte des données en temps réel, leur qualité et utilisation pour la prise de décision, la planification et la recherche sont essentielles pour améliorer la santé et le bien-être de la mère en Afrique. Le bon fonctionnement d'un tel système permettra évidemment d'améliorer la santé des populations à travers la prévention d'épidémie et la riposte comme ce fut le cas pour Ebola.

Conclusion

Le déficit de qualité des données entraîne souvent une mobilisation et allocation inappropriées des ressources nécessaires pour la santé mais aussi le retard dans la prise de décision adéquate qui aboutit en général à la mauvaise qualité des prestations favorisant ainsi la fréquence des maladies et des traitements peu ou pas efficaces.

En tout état de cause, l'insuffisance de la qualité des données de santé perturbe la planification, la surveillance efficace des événements de vie et de santé mais aussi la qualité de la gouvernance du secteur.

Pour remédier durablement à cette situation, des évaluations périodiques approfondies de la qualité des données sont nécessaires ainsi que la gestion informatisée et l'utilisation des données de qualité pour la prise de décision. D'où, la nécessité d'investir davantage pour garantir la production, la digitalisation et l'utilisation de données de qualité à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

Références bibliographiques

1. Enquête de démographie et de santé en Guinée, 2018
2. Salami, Lamidhi, Edgard-Marius Ouendo, et Benjamin Fayomi. 2017. « Qualité du système d'information et de suivi des interventions en santé dans les zones exposées au financement basé sur les résultats en 2014 au Bénin ». The Pan African Medical Journal 28:257. doi: 10.11604/pamj.2017.28.257.10967. - Google Search.
3. TSHIKAMBA MUAMBA E. Analyse de la qualité des données du Système d'Information Sanitaire de routine : Défis et Perspectives pour un Système performant dans la Province du Maniema en République Démocratique du CONGO [Internet] [Thèse]. Université Senghor; 2015. Disponible sur: www.usenghor-francophonie.org
4. Goulet M. Hiérarchiser les dimensions de la qualité des données : analyse comparative entre la littérature et les praticiens en technologies de l'information. 2012;103.
5. Oger A. Réémergence du virus Ebola dans un contexte de Covid-19. Actual Pharm. juill 2021; 60(608):36-9.
6. Diakite AS. L'épidémie à virus Ébola en Guinée, ses conséquences sanitaires et socio-économiques. Bull Académie Natl Médecine. nov 2014;198(8):1505-14.
7. OMS_Guinée. Rapport annuel 2021: Action de l'OMS en Guinée. 2021 p. 38.
8. Dta Quality Review – Module 1
9. Goulet, Martin. 2012. « Hiérarchiser les dimensions de la qualité des données : analyse comparative entre la littérature et les praticiens en technologies de l'information ». 103. - Google Search.
10. Plan Stratégique santé maternelle, néonatale, infantile, Guinée 2022
11. Assoa, Serge-Barthélémy Ehouman, et Astou Coly. 2017. Évaluation de la qualité des données des indicateurs d'amélioration du projet ASSIST de l'USAID en Côte d'Ivoire. RAPPORT DE RECHERCHE ET D'ÉVALUATION. USAID. - Google Search.
12. PricewaterhouseCoopers. 2022. RAPPORT SUR L'AUDIT DE LA QUALITE DES DONNEES (DQA) DE L'ANNEE 2002 SENEGAL. - Google Search.
13. SYLLA, Abdoulaye, et Aba Alassane DORINTIE. 2018. Evaluation de la qualité des données des indicateurs d'amélioration du projet ASSIST de l'USAID au Mali. RAPPORT DE RECHERCHE ET D'ÉVALUATION. - Google Search.
14. TSHIKAMBA MUAMBA, Erick. 2015. « Analyse de la qualité des données du Système d'Information Sanitaire de routine : Défis et Perspectives pour un Système performant dans la Province du Maniema en République Démocratique du CONGO ». Thèse, Université Senghor. - Google Search.
15. OMS_Guinée. 2021. Rapport annuel 2021: Action de l'OMS en Guinée. - Google Search.

16. Ahanhanzo YG, Saizonou J, Wodon A, Dujardin B, Wilmet-Dramaix M, Makoutodé M. Implication des agents de santé dans la conception des outils de collecte de données au Bénin. *Santé Publique*. 2015;27(2):241-8.
17. Bhattacharya AA, Allen E, Umar N, Audu A, Felix H, Schellenberg J, et al. Improving the quality of routine maternal and newborn data captured in primary health facilities in Gombe State, Northeastern Nigeria: a before-and-after study. *BMJ Open*. 2 déc 2020;10(12):e038174.
18. Tesfaye Gobena¹ , Hirbo Shore² , Daniel Berhanie³ , Abera Kenay⁴ , Yakob Wondirad⁵ , and Mohammed Ayanle⁶ - Google Search, Routine Health Information System Data Quality and Associated Factors in Selected Public Health Facilities of Jigjiga Woreda, Somali Regional State's, Eastern Ethiopia
19. Ouedraogo M, Kurji J, Abebe L, Labonté R, Morankar S, Bedru KH, et al. A quality assessment of Health Management Information System (HMIS) data for maternal and child health in Jimma Zone, Ethiopia. *PloS One*. 2019;14(3):e0213600.
20. Muthee V, Bochner AF, Osterman A, Liku N, Akhwale W, Kwach J, et al. The impact of routine data quality assessments on electronic medical record data quality in Kenya. *PLOS ONE*. 18 avr 2018;13(4):e0195362.
21. Plan national développement sanitaire Guinée (2015-2024)

NIVEL SOCIOECONÓMICO Y GRADO DE CONOCIMIENTO DE FLUOROSIS DENTAL EN OJOCALIENTE, ZACATECAS.

Tania Stephania Arredondo Escobedo¹- Christian Starlight Franco Trejo¹- Juan Lamberto herrera Martínez¹.

Afiliación. Estudiante de la Universidad Autónoma de Zacatecas "Francisco García Salinas" Unidad Académica de Medicina Humana y Ciencias de la Salud, maestría en Ciencias de la Salud con especialidad en Salud Pública.

Resumen

Tema: Nivel socioeconómico e grado de conocimiento de la fluorosis dental en Ojocaliente, Zacatecas. Objetivo: determinar el nivel socioeconómico e el grado de conocimiento de los padres de los niños de la escuela primaria, Aurelio Pamanes Escobedo de Ojocaliente, Zacatecas. Contexto: La fluorosis dental es un'alteración irreversible, caracterizada por la presencia de líneas blancas en el esmalte dental correspondientes a perichimias, alteraciones de toda la superficie del esmalte uniformemente desde un aspecto opaco, el principal factor asociado que generalmente es ligado al consumo de agua de grifo. Problema: en el estado de Zacatecas es considerado un problema de salud pública, con el primer lugar a nivel nacional en los casos reportados, hay áreas endémicas donde es común ver sus manifestaciones clínicas. Teoría: el modelo de las creencias se distingue por su postulado de que los comportamientos relativos a la salud son definidos por las creencias. Al mismo tiempo, la teoría sociocultural de Vigotsky que relaciona el desarrollo del ser humano con su interacción en el contexto sociocultural. Método: Era de tipo observacional, transversal e analítico, la unidad de análisis era 73 padres. Entre los criterios de inclusión, se limitó a los padres que tenían hijos en la escuela primaria, que habían firmado el consentimiento informado e que residen en el municipio de Ojocaliente, Zacatecas. Se utilizó un cuestionario autoconstruido compuesto de 38 preguntas que evaluaban tres áreas: conocimiento, actitud e nivel socioeconómico (AMAI 2020). Se generó un base de datos con el paquete estadístico SPSS para la presentación en tablas, estadísticas descriptivas e test chi-cuadrado con significancia estadística de 0,05. Resultados: se incluyeron 73 padres con una media de 34,66 DE 10,9 años, el 98,6% eran mujeres, el 86,3% respondió de tener una relación. En cuanto a lo que respecta al nivel socioeconómico, el porcentaje más alto fue en el grupo D (24,66%) e el más bajo E (seguido de 1,37%) e A/B (2,74%). En conocimiento, el 82,19% obtuvo bajo e el 17,81% medio. En la actitud se obtuvieron el 38,36% alto, el 54,79% medio e el 6,85% bajo. En la práctica era el 24,66% alto, el 72,60% medio e el 2,74%. No había significancia estadística entre los diferentes según el test chi-cuadrado. Discusión: Arheim (2022) ha encontrado que el 42% de las madres tenía una educación universitaria, que contrastaba con el 10,96% del nivel académico encontrado en una licenciatura e donde el porcentaje más alto del 47,95% se refiere a un nivel secundario. Sin embargo, Etta (2020) refiere que el 90,2% no conoce la causa del descolorido dental, similar al 93,15% de los zacatecanos que ha indicado de no saber qué sea la fluorosis dental, en cuanto a lo que respecta a la percepción de la enfermedad, obtuvo él mismo un 90,3 % en el que la población se refiere al descolorido como normal respecto al 56,16% en el presente estudio. Conclusión: plantea una perspectiva actual de la enfermedad que tiene en cuenta el conocimiento, la actitud e la práctica, que puede ayudar a generar nuevas propuestas e intervenciones teniendo en cuenta el contexto socioeconómico que podría limitar a esta población.

Palabras clave: Fluorosis dental, Conocimiento, Socioeconómico, Padres.

1. Introducción.

En México, la fluorosis dental cuenta con zonas endémicas dentro de su territorio, donde la enfermedad está sujeta tanto a factores biológicos como sociales. Por ello, la presente investigación se centra en un problema de salud pública en Ojocaliente, Zacatecas ya que esta es una zona endémica de la fluorosis dental y que dicha zona cuenta con características socioeconómicas que influyen en el conocimiento, actitud y practica de la misma en los padres de familia

2. Contexto.

La presente investigación se centra en un problema de salud pública en Ojocaliente, Zacatecas, ya que esta es una zona endémica de la fluorosis dental con características socioeconómicas propias de la misma. Esta es una hipomineralización del esmalte producida por alta ingesta de flúor durante la formación dental entre 6 a 8 años, que se manifiesta como una alteración irreversible, caracterizada por la presencia de delgadas líneas blanquecinas en el esmalte dental correspondientes a las periquimatas, cambios en toda la superficie del esmalte junto con un aspecto opaco. Los niveles severos de fluorosis dental pueden generar pérdida de la estructura dental, fracturas, deterioro de la apariencia y funcionalidad de los dientes afectadas (Espinosa, 2018).

Ahora bien, el factor socioeconómico es una medida total que combina la parte económica y sociológica de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación con otras personas. Esta es importante ya que se expuso que depende de las condiciones de cada región y las políticas que la rigen existirá riesgo de enfermedad (Gutiérrez, 2013). Lo cual tiene un papel clave ya que actualmente en el país cuatro de cada diez mexicanos viven en situación de pobreza y una quinta parte no tiene acceso a los servicios de salud (López, 2021), lo que establece que las condiciones del entorno, los alimentos e incluso la forma de prepararlos contribuyen para el desarrollo de la fluorosis dental, además de lo expuesto lo socioeconómico es determinante para su desarrollo, diversos estudios relacionan el contexto social y económico como una influencia en el estado de salud bucal.

Los indicadores demográficos como la edad, sexo, lugar de residencia, escolaridad, así como las condiciones de la vivienda y el entorno donde se desarrolla cada grupo son claves en el proceso salud-enfermedad (Benítez, 1984).

Entendiendo que los factores socioeconómicos se utilizan para referirse a una posición social basándose en conceptos como acceso a empleo, el cargo, los logros académicos, el ingreso, etc, (Agualongo, 2020). En el caso de la fluorosis dental, esta es una enfermedad que genera un impacto negativo tanto social, económico, psicológico y en la calidad de vida de la población. Donde los grupos socioeconómicos de bajos recursos presentan mayor prevalencia y gravedad, esto se debe

principalmente a la mala calidad en los servicios sanitarios, poco acceso a los servicios odontológicos y a sus bajos recursos monetarios para la compra los auxiliares básicos de higiene bucal como pasta, cepillo e hilo dental (Ramírez, 2015).

3. Problemática.

México cuenta con alrededor de 5 mil servicios odontológicos y 11 mil odontólogos (de los cuales el 18% son pasantes de servicio social) cifras que representan alrededor de 1 odontólogo por cada 131 mil habitantes con un total de 99,904 pacientes atendidos que va desde los 2 a 99 años (López, 2021). A ello se suman los 38.2 millones de niños (49% mujeres, 51% hombres y 2% con discapacidad) que representa el 30% de la población total del país, 10.2 millones (INEGI, 2020).

La fluorosis dental es una enfermedad bucal que se encuentra presente en muchas regiones de México. En este, el aspecto social y biológico van de la mano en el proceso salud-enfermedad (DGE, 2022); el enfoque clínico tiene mayor atención que la parte social que también contribuye a la patología. En México, existen estados donde la media nacional de esta es rebasada (2.7%) tales como Zacatecas, Durango y Aguascalientes, consideradas zonas endémicas. Datos del sistema nacional de vigilancia epidemiológica para patologías bucales (SIVEPAB) señaló que Zacatecas ocupa el primer lugar de casos reportados de fluorosis dental con 35% (SS, 2020)

El municipio de Ojocaliente, Zacatecas es un territorio de 644.8 km² con una densidad de población de 68.5 hab./km² con un total de 103 localidades, 10 el cual se halla compuesto por 44,144 habitantes de los cuales el 48.2% son hombres y el 51.8% mujeres, mismo donde el 96.4% es población económica activa (hombres 95.4% y mujeres 98.5%), en la no activa 56.4% son personas que se dedican al hogar, 27.3% son estudiantes, 3.3% pensionadas, 5.3% tiene limitaciones físicas y el 7.7% realiza otra actividad. En tasa de alfabetización el 15 a 24 años el 99% y 25 años a más 93.3% (INEGI, 2021).

El porcentaje más alto de situación conyugal de 12 años en adelante es casado (41.9%), seguido de soltero (30.1%), unión libre (18%), separado (4.2%), divorciado (1.2%) y viudo (4.6%). En materia de educación donde la población mayor de 15 años, el 4.9% no tiene escolaridad, 66.9% básica, 17.6% media superior, 10.5% superior. Para servicios de salud la población recurre en mayor medida a INSABI (59.8%) e IMSS (33%) (INEGI, 2021).

4. Teorías.

El conocimiento es el acto consiente e inconsciente de aprender y reproducir cualidades que se verán reflejadas en las acciones del sujeto, este es un proceso progresivo y gradual que siempre va paralelo a la concepción humana del mundo, cuyas modalidades se unen y nutren mutuamente

(Ramírez, 2009). Se puede traducir como el resultado de procesos sociales y cognitivos que están determinados por las características del grupo social perteneciente.

En todas las sociedades la parte adulta hace énfasis en la importancia que tiene el conseguir que los niños adquieran los conocimientos que estos consideran indispensables para su vida adulta, genere la su capacidad de adaptación y supervivencia. Ello llevado a cabo por la transmisión de la experiencia que esa sociedad ha adquirido al pasar de los años. Este conocimiento es el resultado de la actividad social que genera, conserva y trasmite intercambio de su mismo conocimiento a las diferentes sociedades, así como a su mismo entorno (Delval, 1997).

Para esto, la presente investigación se apoyó de la teoría sociocultural de Vigotsky, que establece que desarrollo del ser humano está ligado con su interacción en el contexto sociohistórico-cultural, y gracias a esto el sujeto logra desarrollar sus capacidades que serán la base de su crecimiento como persona, ayudando así a desenvolverse tanto personal, familiar, profesional y colectivamente. Vigotsky señala en esta teoría que en el desarrollo psíquico del infante toda función debe aparecer primero en el ámbito social y en posterior al psicológico, ello quiere decir que el estímulo externo que se aplique al individuo genera una influencia en el, lo cual cambia su estructura y funciones que desempeña con el fin de enseñar nuevas conductas/aptitudes, promover la conducta (ya aprendida), modificar inhibidores (fortalecer/debilitar), dirigir la atención y despertar emociones (Pozú, 2015).

También se utilizó el modelo de creencias en salud, utilizado para predecir ciertos comportamientos en torno a la salud, ya que establece que las creencias (subjetivas) son más importantes que el conocimiento (objetivos) y las acciones llevadas a cabo dependerán de la percepción que posea del problema el individuo. Para ello se fundamenta en tres dimensiones; las percepciones individuales, los factores modificantes (psicosociales, demográficos y estructurales) y la acción (campañas, influencia de familiares o de amigos, experiencias con la enfermedad) que serán clave en el proceso salud-enfermedad (Cabrera, 2001).

5. Materiales y métodos.

Fue de tipo observacional, transversal y analítico, cuya unidad de análisis fue 73 padres de familia. Entre los criterios de inclusión se limitó a padres que tuvieran hijos en la primaria, que firmara el consentimiento informado, los que decidieron salir de la investigación. y residentes del municipio de Ojocaliente, Zacatecas. Los criterios de exclusión fueron aquellos que no tengan el consentimiento firmado y para los criterios de eliminación eran los cuestionarios incompletos.

El universo fue de 600 padres años pertenecientes a la primaria urbana” Aurelio Pámanes Escobedo” turno matutino. La unidad de observación y análisis, escolares de la escuela primaria urbana” Aurelio Pámanes Escobedo” de Ojocaliente, Zacatecas. El diseño de la muestra fue no

probabilístico por conveniencia. Principalmente se optó por él; debido a la rapidez, el tamaño grande y la poca disposición de la población a ser parte del estudio. Como mínimo de muestra se consideró 50 padres y como máximo 80.

Se utilizó un cuestionario de elaboración propia que constó de 38 preguntas que evaluaron tres áreas: conocimiento, actitud, práctica, y el de nivel socioeconómico (AMAI 2020). Se generó una base de datos con el paquete estadístico SPSS para la presentación en tablas, estadística descriptiva y la prueba chi-cuadrada con significancia estadística de 0.05.

6. Objetivo.

Determinar el nivel socioeconómico y grado de conocimiento de los padres de niños de la primaria, Aurelio Pamanes Escobedo de Ojocaliente, Zacatecas.

6.1. Objetivos específicos.

- Describir las características sociodemográficas de los alumnos y padres de los escolares.
- Identificar el nivel de conocimiento de la fluorosis dental en los padres de los escolares.

7. Resultados.

Se incluyeron 73 padres de familia con una media de 33.84 de años, el 98.6% fueron del sexo femenino, el 86.3% respondieron estar en pareja. En cuanto al nivel socioeconómico, el mayor porcentaje fue en el grupo D (24.66%) y el menor E (seguido de 1.37%) y A/B (2.74%). El 72.6% refirió ser ama de casa, el 20.5% comerciante, 5.5% era asalariado y 1.4% tenía otro empleo. Para la escolaridad la secundaria completa (47.9%) tuvo el mayor porcentaje, seguido de la preparatoria completa (13.7%) y primaria completa (12.3%).

Para el conocimiento, 82.2% obtuvo bajo y 17.8% medio, en cuanto a conocer que es la fluorosis dental el 93.2% respondieron no y 6.8% sí. Para la pregunta ¿Sabe desde que semana de embarazo debe tomar medidas en cuanto a la ingesta de flúor para evitar la fluorosis dental en su hijo?, el 95.9% respondió que no y 4.1% sí. El 90.4% refirió que no está al corriente de cuáles son los efectos perjudiciales que puede causar la ingesta excesiva del flúor en su hijo y solo un 9.6% sí. Para los factores que pueden predisponer la fluorosis dental solo el 6.8% respondió que los conocía y el 93.2% lo desconocía. El 83.6% respondió que entiende cuál es la diferencia entre caries, fluorosis dental y/o defectos dentales, solo el 82.2% conocía los cuidados que debe tener su hijo para prevenir la fluorosis dental.

Para actitud se obtuvo un 38.4% de alto, 54.8% de medio y 6.8% de bajo. El 84.9% de la muestra supone que la decoloración de los dientes es algo que requiere tratamiento, cuanto a que en el entorno

social la pigmentación de los dientes es un aspecto normal en la estética de la comunidad se obtuvo un 43.8% y que no es normal un 56.2% siendo porcentajes muy cercanos. El 84.9% supone que la decoloración de los dientes es algo que requiere tratamiento, solo el 53.4% se preocupa por lo que piensan otras personas acerca de los dientes de su hijo, el 69.9% considera que la fluorosis dental es una enfermedad en la que influyen los padres, el 68.5% considera que la fluorosis dental afecta el desarrollo físico y mental de los niños y el 84.9% estaría dispuesto a recibir pláticas acerca de la fluorosis dental

En práctica fue 24.7% alto, 72.6% medio y 2.7%. El 82.2% de la muestra supervisa las prácticas de salud bucal de su hijo, el 69.9% no lleva a consulta dental con regularidad a su hijo, el 94.5% utiliza cepillo de dientes y pasta dental para cepillarse los dientes, el 89% no ha asistido a pláticas de prevención en relación con la fluorosis dental, el 72.6% de los niños realiza las mismas prácticas de higiene oral que usted y el 98.6% estaba dispuesto a modificar sus hábitos para mejorar su salud bucal y la de su hijo.

No hubo significancia estadística entre el conocimiento, práctica, actitud y el nivel socioeconómico según la prueba de chi-cuadrada.

8. Discusión.

Para los determinantes socioeconómicos Arheiam (2022) encontró que el 42% de las madres tenían una educación universitaria, porcentaje mayor al expuesto de 10.96% de nivel licenciatura y a Agudelo (2019) con un 27.3%. En grado secundaria fue de 47.9% más bajo al 55.3% de Etta (2020) en Camerún. Dentro de la muestra 72% eran mujeres, números menores al 48.9% de Etta (2020), el 51.4% de Arheiam (2022) y Agudelo (2019) con un 48.2%. En cuanto al conocimiento, Etta (2020) refiere que 90.2% desconoce la causa de la decoloración dental, similar con el 93.2% de los zacatecanos que señalaron no saber que es la fluorosis dental, este mismo obtuvo un 90.3% (Etta 2020) donde la población ve normal la decoloración en comparación con el 56.2% del presente estudio o Kalti (2018) con un 68%. En semejanza Etta (2020) encontró que el 41.3% piensa que la decoloración no se puede tratar, esto contrasta con el 84.9% que establece que la fluorosis dental debe tratarse. Para la actitud el nivel medio fue el más repetido con un 54.8%, menor al 51% de Pawar (2018) en India.

En cuanto a las prácticas, solo el 24.7% alcanzó un nivel alto, muy poco a diferencia de Pawar (2018) en India con el 51% expuesto. Gracias a este porcentaje se estableció que la población carecía del conocimiento básico de la enfermedad pese a ser una zona endémica. Lo que es de ayuda para el diseño de propuestas que vayan acorde al nivel y carencias que presenta la comunidad. En este

apartado no se encontró significancia estadística, pero entre las preguntas comparadas en el apartado de conocimiento, Etta (2020) encontró significancia estadística ($p=0.001$ y $p=0.053$).

Entre las preguntas que se realizaron se comparó el 89% encontrado con el 35% de Ostos (2018) en Lima, Perú donde estableció que la población no recibió charlas de prevención. A su vez, existió menor porcentaje en la supervisión del cepillado de un 82.2% con lo evidenciado por el mismo autor de un 54.3% y el 21.6% de Mohd (2021) en Malasia que no tenía supervisión. En cuanto a las visitas al dentista con regularidad fue de un 30.1%, poco en semejanza al 63.6% de Santos (2021) en Brasil, más al 15.5% de Okoye (2019) en Nigeria y al 72% donde los niños asistían menos de dos veces al año y al 15.7% que afirmó nunca haber asistido de Ruiz (2022) en México.

9. Contribución.

Plantea una perspectiva actual de la enfermedad que toma en cuenta el conocimiento, aptitud y práctica, lo que puede ayudar a generar nuevas propuestas e intervenciones tomando en cuenta el contexto socioeconómico que puede estar limitando dicha población. Como contribución a la población de estudio se llevo a cabo platicas acerca de la fluorosis dental, entrega de trípticos a los padres de familia, colocación de carteles en la primaria junto con la entrega de trípticos y cepillos dentales a estos.

Referencias

- Agualongo, D., Y Garcés, A. (2020). El nivel socioeconómico como factor de influencia en temas de salud y educación. *vínculos*, 5, 19-27.
- Agudelo, D, Gómez, P., Parra, A., Jiménez, L., Y Cristancho Santanilla, (2019). Factores asociados a la fluorosis dental en niños de 8 a 12 años en el municipio de Restrepo Meta. Universidad Cooperativa de Colombia.
- Arheiam, A., Aloshiby, A., Gaber, A., Y Fakron, S. (2022). Dental Fluorosis and Its Associated Factors Amongst Libyan Schoolchildren. *International Dental Journal*.
- Benítez, R., Bueno, G., Y Cabrera, G. (1984). *Demografía y Economía* (Vol. 59). México: El colegio de México.
- Cabrera, G., Tascón, J., & Lucumi, D. (2001). Creencias en Salud: Historia, constructos y aportes al modelo. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. p91–101.
- Delval, J. (1997). ¿Cómo se construye el conocimiento? *Revista Kikiriki Cooperación Educativa*, 14.
- Dirección General de Epidemiología, Y Secretaria de Salud. (2022). SIVEPAB Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Patologías Bucles | Secretaría de Salud | Gobierno | gov.mx. Dirección de

Información Epidemiológica. <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/sivepab-sistema-de-vigilancia-epidemiologica-de-patologias-bucales>

- Espinosa, R., Valencia, R., & Andrade, I. (2018). Fluorosis Dental, Etiología, Diagnóstico y Tratamiento (Vol. 2). Odontologia Books.
- Etta, B. (2020). Risk factors and knowledge of dental fluorosis in three communities in the far north region of Cameroon. University of the Western Cape.
- Gutiérrez, J., Rojas, A., Delgado, D., Y Díaz, R. (2013). Determinantes de la Salud de la fluorosis dental en Nayarit. *Oral*, 44(14). p 975–978.
- INEGI. (2021). México en cifras. INEGI. https://www.inegi.org.mx/contenidos/app/mexicocifras/datos_geograficos/32/32036.pdf
- Kakti, A. (2018). Knowledge, Attitude, and Practice of Parents about Dental Fluorosis in their Children. *International Journal of Oral Care and Research*, 6(1), 41–43. http://www.ijocrweb.com/pdf/2018/January-March/09_Ateet%20Kakti_RA.pdf
- López, R. (2021). Programa de Acción Específico de Prevención- Detección y Control de las Enfermedades Bucales 2020-2024. In Programa de Acción Específico
- Pozú, J., Castro, G. (2015). La teoría sociocultural y su implicancia en la enseñanza.
- Ramírez, M. de los Á., Suárez, S., Hernández, J. de la F., Shimada, H., Reyes, J., Acosta, L. (2015). Componentes culturales que influyen en la salud bucal. *Salud*. p 294–300.
- Secretaría de Salud, Subsecretaría de prevención y promoción de la salud, Dirección general de epidemiología. (2020). Resultados del sistema de vigilancia epidemiológica de patologías bucales SIVEPAB 2020.