



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE – DOUTORADO

***SERIOUS GAME PARA QUALIFICAÇÃO DAS PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DE
SAÚDE NA ABORDAGEM À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER***

Luana Rodrigues de Almeida

João Pessoa/PB

2015

LUANA RODRIGUES DE ALMEIDA

***SERIOUS GAME PARA QUALIFICAÇÃO DAS PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DE
SAÚDE NA ABORDAGEM À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER***

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Modelos de Decisão e Saúde – Nível Doutorado, do Centro de Ciências Exatas e da Natureza da Universidade Federal da Paraíba, como requisito regulamentar para obtenção do título de doutor.

Linha de Pesquisa: Modelos de Decisão

Orientadores:

Profa. Dra. Liliane dos Santos Machado

Profa. Dra. Ana Tereza Medeiros C. da Silva

João Pessoa/PB

2015

A447s Almeida, Luana Rodrigues de.

Serious game para qualificação das práticas de profissionais de saúde na abordagem à violência contra a mulher / Luana Rodrigues de Almeida.- João Pessoa, 2015.

183f. : il.

Orientadores: Liliane dos Santos Machado, Ana Tereza Medeiros C. da Silva

Tese (Doutorado) - UFPB/CCEN

1. Violência contra a mulher. 2. *Serious game* - recurso pedagógico. 3. Profissionais de saúde.

UFPB/BC

CDU: 396(043)

LUANA RODRIGUES DE ALMEIDA

**SERIOUS GAME PARA QUALIFICAÇÃO DAS PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DE
SAÚDE NA ABORDAGEM À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER**

João Pessoa, 10 de fevereiro de 2015

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Liliane dos Santos Machado
Orientadora – UFPB

Profa. Dra. Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva
Orientadora – UFPB

Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna
Membro Interno – UFPB

Prof. Dr. Josemberg Moura de Andrade
Membro Interno – UFPB

Profª. Dra. Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira
Membro Externo – USP

*Dedico este trabalho a **José Ribamar** e a **Francineide**, meus pais. Por todo esforço e renúncia em prol da realização desse sonho, que começou em 1992, quando decidiram migrar para a capital em busca de melhores perspectivas para as suas filhas.*

*Dedico também a todas as **mulheres** que fazem da sua vida uma luta diária em busca de equidade de gênero, respeito e paz.*

AGRADECIMENTOS INSTITUCIONAIS

Ao CNPq e à CAPES, por proporcionarem recursos que contribuíram para o desenvolvimento dessa pesquisa.

À Universidade Federal da Paraíba, por todo aprendizado e experiência proporcionados na minha formação acadêmica.

Ao programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão em Saúde, pela grandiosa contribuição à minha capacitação profissional.

Ao Grupo LabTEVE, pela acolhida e por toda ajuda oferecida para o meu aprendizado em uma nova área do conhecimento.

Ao Grupo de Estudos em Políticas Públicas de Atenção à Saúde da Mulher e Gênero, pelas discussões motivadoras desenvolvidas naquele espaço, que me estimularam e ajudaram a alcançar os resultados deste trabalho.

À Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa, em especial aos Distritos Sanitários e as Unidades de Saúde visitadas, pelo acolhimento e recebimento dessa pesquisa, fundamental para a execução deste trabalho.

AGRADECIMENTOS PESSOAIS

A **Deus**, meu PAI. Gratidão pela Sua vontade soberana na minha vida, por velar meus passos, por fortalecer-me nas minhas fraquezas, pelas oportunidades e bênçãos recebidas. A Ti Senhor, toda honra e toda glória!

Ao meu companheiro, meu marido **Wagner**, pelo apoio, compreensão, paciência e dedicação. Por estar sempre presente e compartilhar momentos de anseios, alegrias e conquistas.

A **José Ribamar e Francineide**, meus pais amados, presentes de Deus em forma de bênçãos em minha vida. Meus primeiros professores que, da forma mais simples e profunda, ensinaram-me a importância da educação e dos estudos na vida.

A **Efigênia e Stênio**, irmã e cunhado tão amados, pela amizade, incentivo e torcida incansável pelo meu sucesso.

Às minhas Orientadoras **Ana Tereza e Liliane**, pela confiança depositada, pela amizade construída, pela escuta e pela orientação valiosa. Profissionais brilhantes, exemplos de mulheres que me inspiram e me ensinam com a convivência diária.

Aos professores **Rodrigo e Josemberg**, pela aceitação em contribuir com este trabalho. Por toda a orientação atenciosa desde a qualificação até o resultado final.

Ao professor **Ronei**, pela orientação segura e valiosa para implementação de uma das fases desse projeto. Agradeço por toda a atenção dispensada e pela disposição em ajudar sempre que requisitado

Aos professores **Ana Maria e Ulisses**, pela contribuição com este trabalho, ainda no pré-projeto, durante o Mestrado.

Aos professores **João Agnaldo e Hemílio**, pela ajuda valorosa no delineamento estatístico do estudo. Gratidão pelas orientações, pela disponibilidade e atenção a mim oferecida.

A **Roberto Gomes e a Igor de Tarso**, pela parceria nos trabalhos de criação das ilustrações e da trilha musical do jogo, respectivamente. O talento de vocês abrilhantou ainda mais esse trabalho.

Aos meus colegas de mestrado/doutorado, em especial a **Jackeline, Larycia, Anthoniany, Yana e Thaíse**. Pelo apoio, amizade fortalecida e construída nos últimos anos.

*Aos meus colegas do **LabTEVE/Leapig**: **Tháíse, Thiago, Paulo, Elaine, Edviges, Ives, Douglas, Eline, Marcílio, José, Rubens, Danielle, Laisa, Jodavid...** todos que estão ou passaram por essa “casa” nesses últimos quatro anos. Gratidão por todo apoio, incentivo, paciência e ajuda nesse percurso. Quem não acredita no trabalho em equipe, é porque não conhece a nossa!*

A todos vocês, minha eterna gratidão...

“E não vos conformei com este mundo, mas transformai-vos pela renovação do vosso entendimento, para que experimenteis qual seja a boa, agradável e perfeita vontade de Deus”.

Bíblia Sagrada - Romanos 12:2

RESUMO

Este estudo objetivou analisar as potencialidades dos *serious games* como uma ferramenta pedagógica na qualificação de profissionais de saúde na abordagem à violência doméstica contra a mulher. Reconhecida como um problema universal e de importante dimensão epidemiológica, a violência contra as mulheres é um fenômeno baseado no gênero e o seu enfrentamento requer intervenções multidisciplinares. Para desenvolver e avaliar o *serious game* apresentado nessa pesquisa, o trabalho comportou a adoção simultânea e complementar de duas abordagens metodológicas: a qualitativa e a quantitativa. O plano qualitativo foi utilizado para a definição da dimensão pedagógica do jogo, ou seja, para a identificação dos temas que conduziram a construção das categorias do Mapa Conceitual (MC). Tais categorias e temas subsidiaram a implementação do *game* orientando a definição e criação dos elementos do jogo: enredo, desafios, imagens/cenas e método de avaliação. A dimensão teórica do jogo e o seu caráter pedagógico fundamentam-se na perspectiva Construtivista com base na metodologia Freiriana de problematização da realidade. *Caixa de Pandora* trata de uma narrativa sobre a vida de uma mulher em situação de violência doméstica que recorre aos serviços públicos de saúde. O *design* gráfico do jogo e o método de avaliação foram projetados para trabalhar com concepções que orientam práticas profissionais por considerar que os saberes e as visões de mundo dos profissionais se constituem como instrumentos do processo de trabalho em saúde. Nesse enfoque, os elementos do jogo (ilustrações, diálogos reflexivos, trilhas musicais e o método de avaliação do jogador, que atua como a Inteligência do jogo) foram elaborados para despertar as motivações para a reflexão e a tomada de consciência do jogador. A partir da pesquisa quantitativa, o jogo foi validado por 85 profissionais de equipes de Saúde da Família. Os resultados dessa validação permitiram verificar a potencialidade do jogo para despertar as motivações no sentido da aprendizagem sobre o tema, mobilizando novos saberes e permitindo a produção de novos conceitos pelos jogadores. Os resultados evidenciaram também que o jogo se mostrou potente para orientar mudanças de concepções a respeito do problema. *Caixa de Pandora* foi bem aceito pelos profissionais de saúde como um recurso pedagógico e de treinamento, tendo avaliação positiva de mais de 90% dos jogadores. Dessa maneira, confirma-se o argumento defendido neste estudo de que os *serious games* são capazes de despertar motivações para o aprendizado e mudança de concepções sobre a violência doméstica cometida contra mulheres. Em especial, *Caixa de Pandora* apresenta potencialidades para trabalhar o tema da violência doméstica nos serviços públicos de saúde e contribuir para uma mudança paradigmática da assistência na saúde da mulher.

Palavras-chave: *Serious games*, Violência contra a mulher, Gênero, Profissionais de saúde.

ABSTRACT

This study aimed to analyzing the potential of serious games as a pedagogical tool in the qualification of health professionals in the approach to domestic violence against women. Recognized as a universal problem and important epidemiological dimension, violence against women is a phenomenon based on gender, and its confrontation requires multidisciplinary interventions. To develop and evaluate the serious *game* presented in this research, the work included simultaneous adoption and complement of two methodological approaches: the qualitative and quantitative. The quality plan was used for defining the pedagogical dimension of the game, i.e. to identifying the themes that led to construction of the conceptual map categories (MC). Such categories and themes subsidized game implementation guiding the definition and creation of game elements: plot, challenges, images/scenes and method of evaluation. The theoretical dimension of the game and its pedagogical character are based on the Constructivist perspective based on the Freiriana methodology of problematization of reality. *Pandora's box* is a narrative about the life of a woman in a situation of domestic violence using public health services. The graphic design of the game and the method of evaluation were designed to work with concepts that guide professional practice by considering the knowledge and worldviews of the professionals are constituted as instruments of the health working process. In this approach, the game elements (illustrations, reflective dialogues, musical tracks and the method of valuation of the player, which acts as the intelligence of the game) were designed to awaken the motivations for reflection and awareness of the player. From the quantitative research, the game has been validated on the 85 professionals from family health teams. The results of this validation enabled verify the capability of the game for deserting the motivations towards learning about the issue, mobilizing new knowledge and enabling the production of new concepts by the players. The results showed that the game also proved powerful to steer changes of conceptions regarding the problem. *Pandora's box* was well accepted by health professionals as a pedagogical resource and training, having positive evaluation of more than 90% of the players. That way, the argument championed in this study that the serious games are capable of arousing motivation for learning and changing conceptions of the domestic violence committed against women. In particular, *Pandora's box* has the potential to working the theme of domestic violence in public health services and to contributing to a change of paradigmatic assistance on women's health.

Descriptors: Serious games; Violence against women; Gender; Health Professionals.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Tela inicial do jogo Finding Zoe.....	35
Figura 2 -	Tela inicial do jogo <i>What It Is</i>	36
Figura 3 -	<i>Breakaway</i> em uma das discussões sobre preconceitos de gênero.....	37
Figura 4 -	Tela do <i>SayNo</i>	38
Figura 5 -	<i>Serious game</i> Honra em Jogo (LoKK).....	39
Figura 6 -	Organização dos serviços de saúde em João Pessoa por Distritos Sanitários.....	65
Figura 7 -	Atuação do Jogo de acordo com o nível da cognição, da Taxonomia de Bloom revisada (ANDERSON, et al., 2001).....	80
Figura 8 -	Atuação do jogo de acordo com o nível da afetividade, da Taxonomia de Bloom.....	81
Figura 9 -	Mapa Conceitual da Violência Doméstica contra a Mulher.....	90
Figura 10 -	Diagrama de Venn com a associação de conceitos nos níveis (1), (2) e (3)	96
Figura 11 -	Perfil dos jogadores quanto ao acesso de tecnologias digitais.....	98
Figura 12 -	Fluxo do jogo – Abertura e Menu.....	99
Figura 13 -	Estudo para definição das telas de Abertura.....	104
Figura 14 -	Funcionamento do jogo dentro do nível.....	106
Figura 15 -	Diagrama de Venn e os Graus de Importância.....	109
Figura 16 -	Escala com o valor das respostas e o que elas representam.....	110
Figura 17 -	Fórmula para se obter a pontuação.....	110
Figura 18 -	Exemplo de funcionamento do modelo de avaliação com base na soma dos pontos ponderados e categorização do jogador.....	111
Figura 19 -	Tela inicial e de entrada do jogo.....	117
Figura 20 -	Tela de apresentação do Menu.....	118
Figura 21 -	Apresentação do primeiro nível do jogo.....	118
Figura 22 -	Sequência de cenas de uma tarefa.....	119
Figura 23 -	Apresentação da pergunta e tratamento das respostas.....	120
Figura 24 -	Imagens de avaliação do jogador sobre o seu desempenho.....	121
Figura 25 -	Cenas de violência sofrida por Marta e os questionamentos dos profissionais de saúde ao terem conhecimento da sua situação.....	121
Figura 26 -	Cena do terceiro nível.....	122
Figura 27 -	Tela que informa ao jogador o fim do jogo, ao perder.....	123
Figura 28 -	Tela final do jogo, com a vitória do jogador.....	123
Figura 29 -	Teste do jogo <i>Caixa de Pandora</i> com profissionais de saúde.....	125
Figura 30 -	Comparação do desempenho de acordo com as notas dos dois momentos..	128
Figura 31 -	Gráfico de setores com o percentual das variações das notas globais no pós-jogo em relação ao pré.....	129

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Resultados da busca por palavras chave de acordo com as bases multidisciplinares.....	33
Quadro 2 -	Características dos jogos.....	34
Quadro 3 -	Dimensões e variáveis do Questionário A (QA).....	69
Quadro 4 -	Dimensões e variáveis do Questionário B(QB).....	70
Quadro 5 -	Distribuição da amostra por estrato, Distritos Sanitários.....	72
Quadro 6 -	Mecanismo de tomada de decisão e avaliação do jogador.....	115
Quadro 7 -	Distribuição da amostra por Distrito Sanitário.....	126
Quadro 8 -	Variáveis do QA por Blocos de resultados e por pontuação.....	127
Quadro 9 -	Resultados da análise do Teste de Wilcoxon.....	130

LISTA DE SIGLAS

Sigla	Acrônimo
3D	Tridimensional
AS	Agente de Saúde
ASB	Agente de Saúde Bucal
CCEN	Centro de Ciências Exatas e da Natureza
CCS	Centro de Ciências da Saúde
DH	Direitos Humanos
DEAM	Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIFA	Federação Internacional de Futebol
IA	Inteligência Artificial
JECRIMs	Juizados Especiais Criminais
LabTEVE	Laboratório de Tecnologias para o Ensino Virtual e Estatística
MC	Mapa Conceitual
METRAC	Comitê de Ação Metropolitana sobre Violência contra Mulheres e Crianças (Canadá)
NACE	Núcleo de Análise Criminal e Estatística
NESC	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
NC	Notificação Compulsória
NPC	<i>Non-player character</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNPM	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
PPGMDS	Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde
RPG	<i>Role Playing Games</i>
QA	Questionário A
QB	Questionário B
SEDS	Secretaria da Segurança e da Defesa Social
SIH	Sistema de Informação de Internação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação da Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
TAG	<i>Taken Action Games</i>
TCT	Teoria Clássica dos Testes
TRI	Teoria de Resposta ao Item
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
USF	Unidade de Saúde da Família
VDCM	Violência doméstica contra a mulher
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	19
1.1	RELEVÂNCIA E INEDITISMO.....	21
1.2	OBJETIVOS.....	23
1.3	CONTRIBUIÇÕES.....	24
1.4	TRABALHOS CORRELATOS NA INSTITUIÇÃO.....	25
2	REFERENCIAL TEÓRICO <i>SERIOUS GAME</i>.....	27
2.1	<i>SERIOUS GAMES</i>	28
2.2	<i>SERIOUS GAMES</i> SOBRE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.....	32
3	REFERENCIAL TEÓRICO: VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.....	43
3.1	A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA.....	43
3.2	A VIOLÊNCIA COMO VIOLAÇÃO AOS DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES: DOCUMENTOS, RELATÓRIOS, CONFERÊNCIAS E LEGISLAÇÃO.....	45
3.3	A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO CONTEXTO DE GÊNERO E DA SAÚDE.....	53
3.4	ATENÇÃO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: O PROBLEMA DA INVISIBILIDADE NOS SERVIÇOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE.....	56
4	PERCURSO METODOLÓGICO.....	63
4.1	PESQUISA QUALITATIVA PARA DEFINIÇÃO DO CONTEÚDO DO JOGO.....	63
4.1.1	Tipo do estudo.....	63
4.1.2	Cenário e amostra do estudo.....	64
4.1.3	Procedimento de coleta de dados.....	64
4.1.4	Análise do material empírico.....	66
4.1.5	Aspectos Éticos.....	67
4.2	PESQUISA QUANTITATIVA PARA AVALIAÇÃO DO JOGO.....	67
4.2.1	Tipo do estudo.....	67
4.2.2	Cenário de estudo.....	68
4.2.3	População do estudo.....	68
4.2.4	Instrumento de coleta de dados.....	69

4.2.5	Estudo piloto para cálculo amostral e calibração dos instrumentos de pesquisa.....	71
4.2.6	Procedimentos de coleta e análise dos dados.....	72
4.2.7	Aspectos Éticos da Pesquisa.....	74
5	DESENVOLVIMENTO DO <i>SERIOUS GAME</i>	76
5.1	A DIMENSÃO CONSTRUTIVISTA: ABORDAGEM PEDAGÓGICA EMPREGADA PARA O JOGO.....	77
5.2	IDENTIFICANDO A DIMENSÃO TEÓRIA DO JOGO.....	82
5.2.1	Validação da dimensão teórica: uma abordagem com profissionais de saúde	83
5.3	IMPLEMENTAÇÃO DO JOGO <i>CAIXA DE PANDORA</i>	91
5.3.1	Características Gerais do jogo	92
5.3.2	O fluxo do jogo	98
5.3.3	Níveis	100
5.4	DESENVOLVIMENTO GRÁFICO E DE PROGRAMAÇÃO.....	103
5.4.1	Idealização da parte gráfica (Ilustrações)	103
5.4.2	Criação das músicas e trilhas do jogo e programação	105
5.5	INTELIGÊNCIA DO JOGO.....	107
5.5.1	Psicometria	107
5.5.2	Ponderação dos itens e das respostas	108
5.5.3	Índices avaliativos e categorias de classificação	111
6	RESULTADOS: ANÁLISES E DISCUSSÃO	117
6.1	O JOGO <i>CAIXA DE PANDORA</i>	117
6.2	VALIDAÇÃO DO JOGO COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	124
6.2.1	Avaliação da efetividade pedagógica do jogo	126
6.2.2	Avaliação da aceitação do jogo Caixa de Pandora	134
	CONCLUSÕES	141
	PUBLICAÇÕES	147
	REFERÊNCIAS	148
	Apêndice A - Roteiro da oficina de validação do conteúdo teórico	157
	Apêndice B - Questionário A	158
	Apêndice C - Questionário B	164
	Apêndice D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	170
	Apêndice E - Resultado da pesquisa de validação da efetividade do jogo – Conhecimento sobre a rede de serviços de enfrentamento à violência	172

Apêndice F - Resultado da pesquisa de validação da efetividade do jogo – A percepção do profissional sobre a Notificação Compulsória (NC), nos dois momentos da pesquisa.....	172
Apêndice G - Resultado da pesquisa de validação da efetividade do jogo – A percepção do profissional sobre o seu preparo para atuar nos casos, nos dois momentos da pesquisa.....	173
Apêndice H - Resultado da pesquisa de validação da efetividade do jogo – Concepção dos profissionais quanto às possibilidades de enfrentamento do problema pela mulher.....	173
Apêndice I - Resultado da pesquisa de validação da efetividade do jogo – Concepção dos profissionais quanto às possibilidades de enfrentamento do problema pela mulher.....	174
Apêndice J - Importância ao relato da mulher, nos dois momentos.....	174
Apêndice K - Resultado da pesquisa de validação da efetividade do jogo – concordância com a não intervenção nos casos de violência contra a mulher.....	175
Apêndice L - Resultado da pesquisa de validação da efetividade do jogo – Concordância com a afirmação de que a mulher provoca a violência.....	175
Apêndice M - Resultado da pesquisa de validação da efetividade do jogo – Concordância com a naturalização da agressividade masculina.....	176
Apêndice N - Resultado da pesquisa de validação da aceitação do jogo – Perfil dos participantes da pesquisa.....	176
Apêndice O - Resultado da pesquisa de validação da aceitação do jogo – Avaliação da Aceitação da aplicação pelos participantes da pesquisa.....	177
Apêndice P - Resultado da pesquisa de validação da aceitação do jogo – Avaliação dos Componentes Formativos da Aprendizagem pelos participantes da pesquisa.....	178
Apêndice Q - Resultado da pesquisa de validação da aceitação do jogo – Avaliação da Interface pelos participantes da pesquisa.....	178
Apêndice R - Resultado da pesquisa de validação da aceitação do jogo – Avaliação da Jogabilidade pelos participantes da pesquisa.....	179
Anexo A - Parecer do Comitê de Ética.....	180
Anexo B - Declaração de solicitação de Registro do Jogo.....	182
Anexo C - CD com o Jogo Caixa de Pandora.....	183

*“E percebi
Que ninguém se importa
Mas o que importa
É que eu me importo.
E isto é o que importa.”*

(Ana Maria C. Bruni)



1 INTRODUÇÃO

O uso das mídias e interfaces digitais tem sido cada vez mais constante na vida das pessoas. Empregadas para facilitar as atividades diárias, no trabalho e em momentos de lazer, os recursos e as vantagens dessas tecnologias vêm sendo aproveitadas por diferentes ramos do mercado e por variadas áreas do conhecimento. Para Ferreira (2010), o avanço da informática trouxe significativas contribuições para o progresso cultural e científico, principalmente quando possibilita o suporte tecnológico para congregar e difundir conhecimentos.

Os jogos computacionais destacam-se dentre as novas tecnologias como aplicativos baseados em computação gráfica que atuam como ferramentas de entretenimento abordando diferentes conteúdos para as diversas faixas etárias. Na sua definição mais exata, os jogos eletrônicos constituem-se em uma atividade lúdica composta por uma série de ações e decisões do jogador, em que as regras e o universo do jogo limitam as jogadas, no sentido de conferir um caráter desafiador ao aplicativo. No jogo, o conjunto de ações e decisões do jogador visa um resultado ou uma condição final a ser alcançada (SCHUYTEMA, 2008).

Para Michael e Chen (2006), a evolução da indústria dos jogos impulsionou a necessidade de se ampliar os seus objetivos, com ênfase no desenvolvimento de jogos educacionais e de treinamento que utilizam o recurso lúdico e interativo dos jogos eletrônicos para obter resultados específicos como a assimilação de conteúdos e o desenvolvimento de habilidades. Nesse sentido, outras modalidades de jogos foram produzidos contrapondo-se à premissa comum de que jogos são apenas para o mero entretenimento. Essa ampliação de objetivos possibilitou o desenvolvimento de jogos com o propósito de apoiar o ensino e/ou o treinamento de habilidades e competências: os *serious games*.

Entretanto, reconhece-se que ensinar e/ou capacitar em alguma área do conhecimento consiste em uma tarefa complexa por exigir o uso de diferentes metodologias, técnicas e teorias pedagógicas para nortear e direcionar o processo no alcance do seu objetivo principal: proporcionar aptidões cognitivas, afetivas e/ou técnicas em determinado assunto. Nesse contexto, os *serious games*, em especial aqueles educativos, adicionam uma nova dimensão aos processos de aprendizagem, por associarem dois eixos fundamentais da educação: ação e emoção, estimulando zonas afetivas/emocionais do cérebro, além das áreas cognitivas de resolução de problemas, comumente desenvolvidas nos métodos tradicionais de ensino (MARFISI-SCHOTTMAN, *et al.*, 2009).

Por essa particularidade, esses jogos com propósitos especiais podem permitir o trabalho com os aspectos cognitivos, afetivos e psicomotores do processo de aprendizagem, (WOUTERS; OOSTENDORP, 2013). Dentro dessa perspectiva, tais jogos precisam promover experiências ao jogador além de apresentar conteúdos. Assim, uma vez que esses jogos ilustram algum conteúdo/experiência, eles oferecem ao jogador a possibilidade de desenvolver conhecimentos ou competências, dentro da perspectiva da aprendizagem construtivista (SQUIRE, 2006), em circunstâncias que os usuários possam vivenciar situações no jogo e, a partir delas, estruturar novas formas de pensar e agir sobre aquele problema.

Neste estudo compreendem-se os *serious games* como uma estratégia lúdico pedagógica potente para auxiliar e complementar abordagens tradicionais de formação e qualificação de profissionais, no caso, trabalhadores da área da saúde. Assim, concordamos com Magalhães (2007) ao defender que o uso de abordagens formativas baseadas no lúdico para profissionais de saúde são cada vez mais significativas e interessantes, visto que esses profissionais lidam com interações humanas, com emoções e com vidas. Portanto, utilizar estratégias que possam proporcionar-lhes uma formação mais humanizada e sensível se mostra bastante apropriado neste momento histórico de consolidação de um modelo de atenção em saúde que aspira mais humanização, equidade e integralidade da assistência (PINHEIRO, 2005).

Nesse sentido, esse trabalho associou as potencialidade e possibilidades do uso de *serious games*, como ferramenta tecnológica nos processos de formação e treinamento profissional, à necessidade de intervir e enfrentar um recorrente problema nos serviços públicos de saúde: a invisibilidade da violência contra a mulher nesses serviços, decorrente de multifatores, entre os quais à incompreensão do fenômeno e a consequente inadequada atenção dada pelos profissionais do serviço.

O presente estudo adota a definição de violência contra a mulher fundamentada durante a Convenção de Belém do Pará (1994, Art. 1º) que compreende o fenômeno como “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado”. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a violência contra a mulher é um grave problema de saúde pública em decorrência da sua alta incidência e consequências à vida e à saúde das mulheres, sendo que uma, em cada três mulheres no mundo já sofreu algum tipo de violência. Contudo, essa violência não é reconhecida pelos profissionais como uma necessidade de saúde, não sendo diagnosticada ou registrada nos prontuários (SHARAIBER, *et al.* 2007).

Mesmo quando acontece, a atenção a mulheres em situação de violência no setor saúde ainda é pouco resolutiva. Uma das explicações para o fenômeno pode ser atribuída ao fato de que, em muitos casos, a violência em si não é valorizada, sendo considerada em primeiro plano a lesão e o dano físico, caracterizando a assistência baseada no modelo “hegemônico biologicista e cartesiano, que favorece a invisibilidade da violência como um fenômeno social com interferência no processo saúde-doença” (GUEDES, 2006, p. 20).

Visando fomentar o enfrentamento da violência contra as mulheres, o Ministério da Saúde elaborou o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra Mulher (2007), instrumento político que reconhece a complexidade e a frequência da violência contra mulher como um problema de saúde pública e alerta para a necessidade de intervenções multidisciplinares não só para o combate, mas também para a prevenção, atenção, proteção e garantia dos direitos de mulheres em situação de violência e os direitos de seus familiares, com vistas a superar as desigualdades entre os sexos (BRASIL, 2007). Nessa perspectiva, os serviços de saúde e os profissionais que neles atuam encontram-se em posição estratégica para prover mecanismos de reorientação assistencial com foco na prevenção, identificação e intervenção resolutiva no problema. Entretanto, considerando a multiplicidade de fatores determinantes e as consequências do fenômeno, a capacitação profissional sobre o enfoque de gênero é uma estratégia relevante.

No sentido de contribuir para alterar a realidade dos serviços de saúde, no que se refere à atenção à saúde da mulher na perspectiva do enfoque de gênero, este trabalho recorre a novas formas de abordagem do problema da violência contra a mulher no interior dos serviços de saúde, a partir da introdução de novas técnicas e modalidades de ensino para a qualificação das práticas profissionais. Assim, argumenta-se sobre as potencialidades do uso dos *serious games* ao defendermos essas aplicações como ferramentas pedagógicas para promover treinamento e despertar motivações para a aprendizagem, contribuindo para que os sujeitos participantes mobilizem novos saberes e despertem novas competências para atuar efetivamente sobre os casos de violência doméstica contra a mulher.

1.1 RELEVÂNCIA E INEDISTIMO

Identificar, investigar, registrar e notificar a violência doméstica contra a mulher nos serviços de saúde constitui-se em um desafio para os profissionais da área que entendem o fenômeno como um problema que extrapola as suas expertises técnicas e as suas

intervenções. Diante dessa concepção, muitos deles apresentam sérias dificuldades para identificar mulheres em situação de risco ou vulnerabilidade à violência, mesmo aquelas reconhecidas pelos profissionais como “poliqueixosas” e que fazem uma “hiperutilização” do serviço. Kronbauber e Meneghel (2005, p.696) e Sugg e Inui (1992) e afirmam que muitos desses profissionais “criam barreiras para atender as mulheres por falta de tempo e de recurso, medo de ofender as mulheres, falta de treinamento” e “medo de abrir a '*Caixa de Pandora*' e frustração por perceber a não resposta de muitas usuárias aos conselhos que recebem”.

Em virtude da problemática apresentada, urge reconhecer a importância para qualificar as práticas dos trabalhadores da área da saúde quanto à identificação, à abordagem e à atenção a mulheres que sofrem com a violência doméstica, considerando as suas necessidades em saúde e não apenas as suas demandas físicas. Disso decorre a relevância do desenvolvimento de novas técnicas de treinamento e uso de diferentes dispositivos, como os *serious games* que são reconhecidos atualmente como estratégias inovadoras nos processos de aprendizado, representando uma motivadora possibilidade para reestruturar os processos de ensino com bases em novas tecnologias. Por razões como essas, os jogos apresentam a potencialidade de provocar a reflexão e a mudança transformadora de concepções e atitudes de profissionais de saúde, contribuindo para uma reorientação do processo de trabalho em saúde.

Na pesquisa realizada na literatura produzida sobre o tema, foram identificados poucos jogos que contemplam a temática da violência contra a mulher. Tais jogos existentes têm como público-alvo crianças e adolescentes e dão ênfase à prevenção, à identificação e ao manejo dos casos entre os jovens. Na perspectiva de trabalhar a mudança de concepções e consequentemente de comportamento, os jogos são voltados para um público que está em processo de definição da personalidade, na tentativa de romper estereótipos culturais de inferiorização e subalternação das mulheres e quebrar o silêncio acerca da violência, para que esta se torne um problema que possa ser reconhecido, evitado e enfrentado pelos jovens e pela sociedade. Ainda em relação à pesquisa sobre jogos, não foi encontrado nenhum aplicativo nem abordagem dirigida aos profissionais de saúde.

Assim, a relevância e inovação deste trabalho consiste na apresentação de um *serious games* para ser usado como uma ferramenta na qualificação de profissionais de saúde na abordagem à violência doméstica contra a mulher, contemplando as linhas de atuação para o enfrentamento do problema. Esse jogo faz uma abordagem do problema da violência contra a

mulher dentro do contexto de atuação do profissional na perspectiva da Educação Permanente em Saúde (EPS), uma estratégia de educação profissional com foco na problematização da realidade cultural, ambicionando uma mudança no processo de trabalho tradicional.

A transformação do processo de trabalho em saúde requer a mobilização de novos saberes e de técnicas capazes de orientar a mudança do objeto, da finalidade e dos instrumentos do processo de trabalho em saúde, os três elementos do processo de trabalho, segundo Marx (1996). Para isso, a formação e os meios de qualificação profissional são estratégicos para atender a tal interesse. Porém, o que se observa é a predominância de técnicas e de teorias baseadas em abordagens tradicionais e normativas que não conseguem formar/qualificar profissionais com competências para atender às necessidades das mulheres que sofrem violência doméstica.

Na perspectiva da mudança paradigmática, os trabalhos como este são relevantes por considerarem aspectos que vão além da mera instrumentalização do profissional. Na formação e qualificação do profissional de saúde o grande desafio atual consiste em formar profissionais mais críticos e reflexivos, fazendo com que o campo de recursos humanos em saúde acompanhe às mudanças requeridas com o Sistema Único de Saúde (SUS) e, com isso, contribuam para a transformação paradigmática do Modelo de Atenção em Saúde (SCHARAIBER; PEDUZZI, 1993; SILVA, 2003).

•Argumento de Tese

Este trabalho defende o argumento de que *serious games* podem contribuir para o enfrentamento do problema da violência doméstica contra a mulher dentro do serviço público de saúde, contribuindo para a mudança paradigmática da assistência à mulher em situação de violência doméstica. Assim, o *game* atua como uma ferramenta potente no processo de qualificação das práticas dos profissionais.

1.2 OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho ***é analisar as potencialidades dos serious games, como instrumento pedagógico na capacitação de profissionais de saúde da atenção básica que atendem mulheres em situação de violência doméstica.*** Para alcançar tal objetivo, recorreu-se aos seguintes objetivos específicos:

- Identificar as características e os elementos de *serious games* encontrados na literatura os quais abordam o tema da violência doméstica contra mulheres e meninas;
- Adequar a abordagem pedagógica para um jogo, com bases em correntes pedagógicas;
- Definir um modelo de tomada de decisão para avaliar concepções e atitudes dos jogadores e atuar como a inteligência no jogo;
- Desenvolver um *serious games* que possa ser empregado na qualificação de profissionais de saúde na atenção a mulheres em situação de violência doméstica;
- Avaliar o *serious game* implementado, quanto à sua aceitação e efetividade pedagógica, com profissionais de saúde de Unidades de Saúde da Família do município do João Pessoa.

1.3 CONTRIBUIÇÕES

Com este estudo espera-se contribuir para a qualificação de profissionais dos serviços públicos de saúde no sentido de favorecer o desenvolvimento de competências para assistir a mulher em situação de vulnerabilidade, bem como em processo de sofrimento em virtude de violência doméstica.

Nessa perspectiva, o jogo ora apresentado contribui também para discutir a articulação entre os diferentes temas que conferem complexidade ao fenômeno e que quando analisados sem o devido relacionamento não favorecem a emancipação dos sujeitos envolvidos, servindo apenas para a instrumentalização sem a crítica que liberta a reflexão dos sujeitos produtores de suas histórias.

Desse modo, o *serious game* em apreciação adéqua-se a proposta da Educação Permanente em Saúde (EPS) tanto porque: 1) apresenta a perspectiva de mudança transformadora no processo de trabalho tradicional quando desloca o eixo de um dos elementos do processo de trabalho: o saber sobre a violência de gênero contra a mulher – que constitui um dos instrumentos do trabalho – como porque 2) o novo saber sobre gênero é emancipatório para todos os sujeitos envolvidos: o cuidador (profissional de saúde) e o cuidado (a mulher em situação de violência doméstica). Assim, a práxis se realiza na perspectiva Freiriana com potencial para a transformação da realidade (Freire, 1989).

1.4 TRABALHOS CORRELATOS NA INSTITUIÇÃO

Este trabalho está inserido na linha de pesquisa *Jogos Sérios Aplicados à Educação e Treinamento*, desenvolvido no LabTEVE (Laboratório de Tecnologias para o Ensino Virtual e Estatística), no Centro de Ciências Exatas e da Natureza (CCEN), na UFPB, coordenado pela professora Liliane S. Machado, grupo do qual faz parte também a professora Ana Tereza Medeiros e a autora deste estudo. Essa linha de estudos é voltada para a pesquisa e o desenvolvimento de jogos baseados em aplicações computacionais e/ou realidade virtual para diferentes áreas do conhecimento visando à educação. Entre os trabalhos já desenvolvidos pelo grupo encontram-se os *serious games*: “Uma Aventura na Floresta da Dentolândia” (MORAES, 2011) – um jogo voltado para a educação de mães em saúde bucal de bebês; “MOtrilha” (SOUSA; VALENÇA; MACHADO, 2014) – desenvolvido para trabalhar os problemas da motricidade orofacial de crianças e o “TouchBrushGame” (RODRIGUES, 2013) um jogo que contempla a saúde bucal em adultos usando um dispositivo háptico para simulação da escovação dental; bem como os ambientes de realidade virtual “SITEG” (SANTOS, 2010) para treinamento médico em exame ginecológico, e o “SimCEG” ambiente virtual para treinamento de equipes cirúrgicas (PAIVA, 2014).

O estudo vincula-se também a outro grande projeto, igualmente financiado pelo CNPq: *O trabalho das práticas profissionais na atenção à mulher em situação de violência doméstica e sua relação com a emancipação da opressão de gênero*, ligado ao Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC), do Centro de Ciências da Saúde (CCS) também na UFPB, coordenado pela professora Ana Tereza Medeiros. O projeto contempla pesquisas desenvolvidas nos três níveis da academia: graduação (com iniciação científica), mestrado e doutorado, abordando os processos de trabalho dos profissionais e a sua relação com a emancipação de gênero é contemplada nos diferentes espaços de atenção à mulher em situação de violência doméstica: Unidades de Saúde da Família (USF), Hospitais, Centro de Referência da Mulher e Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM).

*“A viagem do descobrimento não consiste em
buscar novas paisagens, mas em ter novos olhos.”*
(Marcel Proust)



2 REFERENCIAL TEÓRICO: *SERIOUS GAMES*

Os *videogames*, jogos eletrônicos executados em máquinas eletromecânicas chamadas fliperamas, marcaram o primeiro contato do público com os *games* eletrônicos. Antes do advento das casas de fliperamas em parques de diversões, os jogos eletrônicos eram de uso exclusivo de pesquisadores, nos laboratórios de universidades, quando os *games* eram usados para testar as capacidades de processamento dos computadores recém-criados ou ainda para aprimorar as habilidades de programação dos alunos. Foi a partir da popularização dos fliperamas, na década de 1970, que os jogos eletrônicos tornaram-se mais acessíveis, com a evolução dos jogos mais sucedidos para uma nova plataforma, dando início à próspera indústria dos consoles doméstico de videogames que, apesar do declínio que sofreu na década de 1990, retomou o seu desenvolvimento na última década e é umas das plataformas de maior sucesso na atualidade (NOVAK, 2010).

Com o desenvolvimento dos computadores pessoais, a popularização do acesso à internet, a implementação da tecnologia móvel e a retomada da indústria dos consoles, com lançamentos mais tecnológicos e interativos, os jogos eletrônicos ampliaram as suas plataformas e o seu uso tomou novas dimensões, atingindo diferentes públicos nas várias faixas etárias. Segundo Karlsson (2005) os usuários atuais apresentam maiores expectativas em relação aos jogos e requerem aplicativos com mais qualidade e credibilidade nos ambientes virtuais e no comportamento dos personagens. Por esse motivo, os jogos envolvem elementos cada vez mais especializados, como a engenharia de *software*, a inteligência artificial (IA), os gráficos em 3D, os roteiros bem planejados com músicas e a dramatização, requerendo, portanto, equipes multiprofissionais envolvidas na criação e desenvolvimento dos mesmos (MORAIS, 2011).

Em relação à conceituação de um jogo computacional, dentre as inúmeras definições presentes na literatura, a maioria delas parte da premissa comum de que jogos computacionais são aplicações digitais com atividades lúdicas em um ambiente limitado por regras em que o jogador precisa tomar decisões que o levam a uma condição final. Para Schuytema (2008), tais decisões exigem do jogador habilidades, agilidade e/ou competências específicas para atingir um determinado objetivo, enquanto que as regras e o universo do jogo são controlados por programas digitais que servem para desafiar e se contrapor ao jogador, configurando a característica motivadora desses *games*.

Jogos eletrônicos são, portanto, atividades voluntárias em um ambiente digital, que podem ou não ter relação com a realidade e que mantêm a completa atenção do jogador (MICHAEL; CHEN, 2006). É válida a ressalva de que aquilo que determina o sucesso de um jogo não é a obtenção da condição final dele, mas sim o seu contexto, seus desafios e emoções que ele provoca, ou seja, o percurso (*gameplay*) que acontece entre o início e o final (SCHUYTEMA, 2008). Tal consideração desperta para o processo de construção de um jogo com propósito, em que todo o conteúdo e jogabilidade devem ser bem planejados para garantir que o jogo atinja o seu objetivo, mesmo nos casos em que o jogador não consiga chegar a essa condição final.

No que tange à classificação dos jogos computacionais, ela é ampla e ocorre, em geral, de acordo com os seus elementos, podendo ser classificados de acordo com o roteiro, a faixa etária do público-alvo, a proposta, o gênero (tipo), a interatividade e o objetivo (MORAIS; MACHADO; VALENÇA, 2010). Quando os jogos passaram a ter outras finalidades, além do entretenimento, a ampliação de objetivos gerou uma nova classificação de *games* quanto aos seus fins em: casuais, que enfocam a diversão do jogador e jogos com propósitos sejam eles, estimular o aprendizado, desenvolver e/ou divulgar um produto/marca, treinar habilidades, despertar motivações para a conscientização sobre problemas sociais/ambientais etc. Tais jogos com propósitos são abordados nesse estudo como *serious games*.

Nesse enfoque, esse capítulo versa sobre os *serious games* apresentando os resultados de uma busca à literatura a respeito de jogos/aplicativos com propósito de abordar o tema da violência cometida contra mulheres.

2.1 SERIOUS GAMES

Os *serious games*¹ são aplicações digitais concebidas com um propósito. De acordo com Michael e Chen (2006), eles são explícitos e cuidadosamente pensados para fins educativos, que não tem o entretenimento e a diversão como o seu primeiro e principal propósito. Esses jogos usam, em geral, os mesmos recursos dos jogos casuais no que se refere aos meios artísticos das aplicações de computação gráfica para passar uma mensagem, estimular o aprendizado ou prover uma experiência. Por esse motivo, eles incluem conteúdos que estimulam o processo formativo da aprendizagem, divulgação de marca/conceito e a

¹A tradução literal do inglês, “jogos sérios”, não remete ao significado da expressão, mais adequadamente traduzida para o português como “jogos com propósito”.

mudança de comportamento, sendo, cada vez, mais usados para a educação, a saúde e com enfoque na mudança social, como afirmam Peng, Lee e Heeter (2010).

O uso desses jogos justifica-se, segundo Ratan e Ritterfeld (2009), pelo fato de tais jogos serem potencializadores do processo de aprendizagem, uma vez que jogos interativos podem produzir efeitos positivos na aprendizagem complementando outras tecnologias educacionais e a pedagogia tradicional. Para Gee (2005), o grande potencial pedagógico dos jogos digitais está na possibilidade deles estimularem a aprendizagem dentro de um ambiente estruturado com a ajuda contextual sobre a procura e reforço positivo para o sucesso. Do mesmo modo, Freitas (2011) defende que os jogos com propósito, oferecem canais com potencial para mudança de comportamento através de modelo de incorporação de conhecimentos funcionais e de procedimentos de mudança, como a fixação de metas e as atividades de desenvolvimento de habilidades.

Dentro da teoria comportamental, que defende que “bons” jogos orientam comportamentos positivos, os *serious games* ganham o interesse de estudiosos que buscam estratégias inovadoras para provocar alguma mudança no cotidiano de seus usuários. Na atualidade, esses jogos tornaram-se importantes e são considerados modernas ferramentas de apoio às políticas públicas, no âmbito da educação, saúde, enfoque social e implementação de uma variedade de iniciativas (FORESIGHT AND GOVERNANCE PROJECT, 2002).

Nessa perspectiva, os jogos estão sendo produzidos, para estimular o processo de aprendizagem e ilustrar conceitos e informações, daí a possibilidade do usuário elaborar conhecimentos e/ou desenvolver competências. No que concerne ao treinamento de profissionais, de acordo Freitas (2011), o uso dos jogos com propósito tem se mostrado interessante pelas virtudes motivacionais que eles apresentam, porém é importante ir mais além do que usar recursos lúdicos para envolver os usuários, é preciso que o jogo tenha um papel que ultrapasse o mero entretenimento e seja capaz de proporcionar o desenvolvimento de práticas, habilidades e capacidades. No âmbito da formação em saúde, concorda-se com Pires, Guilhem e Göttems (2012) ao defenderem que as tecnologias educativas baseadas no lúdico podem proporcionar ambientes de descontração e espontaneidade favorecendo a formação crítica e reflexiva dos profissionais de saúde.

Dessa maneira, o uso de jogos digitais como ferramentas e tecnologias educativas justifica-se pela necessidade de atender às novas demandas nos processos de aprendizagem e contribuir como uma formação que complemente as técnicas tradicionais e atendam a proposta de uma educação construtivista, centrada no aluno e na sua autonomia para elaborar

conhecimentos à medida que interage e ressignifica conceitos, reconstruindo a sua realidade. Considera-se neste trabalho que os jogos digitais são importantes para a educação e capacitação profissional pela potencialidade em despertar as motivações para a reflexão e a mudança de práticas, na perspectiva construtivista interacionista, em circunstâncias que os usuários possam vivenciar situações no jogo e, a partir delas, estruturar novas formas de pensar e agir sobre aquele problema.

Essas capacidades têm tornado os *serious games* cada vez mais importantes nas diferentes áreas do conhecimento e, diante disso, Ratan e Ritterfeld (2009) criaram um sistema de classificação com base em 612 jogos, produzidos nos Estados Unidos, Ásia e Europa entre 1997 e 2007, com o objetivo de visualizar o desenvolvimento desses *games* nessas diferentes áreas de aplicação. A pesquisa foi feita com os principais desenvolvedores de jogos, em *Websites* destinados a desenvolvimento de *serious games* e com pesquisa simples na internet. Os resultados demonstraram um perfil dos jogos produzidos quanto ao principal conteúdo educacional abordado, principais métodos para a aprendizagem e faixa etária do público alvo.

De acordo com pesquisa de Ratan e Ritterfeld (2009), com o conteúdo educacional 63% dos jogos com propósito são produzidos para a academia, contemplando disciplinas curriculares como Álgebra, Biologia ou até extracurriculares, como nanotecnologia e Religião. Em segundo plano, 14% são jogos para a mudança social, contendo um conteúdo político, com enfoque nas desigualdades sociais provocadas por conflitos políticos. Em terceiro lugar, com 9%, aparecem os jogos ocupacionais os quais desenvolvem conhecimentos e habilidades específicas, como os jogos de treinamento. Com 8% dos jogos, têm-se aqueles para a saúde que desenvolvem conhecimentos e hábitos sobre uma vida saudável e redução de riscos. A maioria desses jogos enfoca a saúde física, abordando doenças como o câncer, outras patologias crônicas e DST, enquanto que na saúde mental tratam principalmente de problemas como a depressão. Ainda temos 5% dos jogos que são produzidos para os militares, com foco nos conhecimentos e habilidades das práticas e atividades militares (simuladores) e por fim, com menos de 1% aparecem os jogos para o marketing, com a promoção de algumas marcas comerciais.

Em relação aos principais métodos de aprendizado, o sistema de classificação identificou que 48% dos jogos produzidos usam o recurso da repetição para praticar e desenvolver habilidades. Em seguida, têm-se, com 24%, aqueles que buscam atingir seus objetivos através da resolução de problemas cognitivos, estimulando o raciocínio e a

criatividade à medida que soluciona problemas e tarefas. Do total, 21% dos *serious games* pesquisados enfocam a aquisição de conhecimento através da exploração de um assunto (como fatos históricos, biologia). Diferente dos jogos de repetição para desenvolver habilidades, esses jogos enfocam a exploração de uma ampla gama de informações com pouca repetição. Por fim, temos com 7%, jogos que tem como principal princípio de aprendizagem a resolução de conflitos sociais. Os jogadores resolvem problemas sociais por interação com temas, colaboração ou assumindo responsabilidades como membros da sociedade. Sobre o uso de abordagens pedagógicas uma pesquisa realizada por WU *et al.* (2012), com mais de 500 *serious games* investigados, informou que apenas 91 jogos utilizaram um embasamento de uma teoria da aprendizagem.

Em relação à faixa etária do público alvo, a pesquisa de Ratan e Ritterfeld (2009) evidenciou que 5% dos jogos são voltados para crianças na fase pré-escolar ou anterior, 39% dos jogos foram produzidos para um público que está no nível escolar fundamental e médio, e 16% são voltados para adultos e idosos. A esse respeito, em 2006 a ESA (*Entertainment Software Association*) divulgou uma pesquisa que constatou que 69% dos jogadores adultos começaram a utilizar jogos eletrônicos regularmente, ocasionando um aumento do número de jogadores nessa faixa etária. Antes disso, em 2003, a ESA divulgou que as mulheres adultas constituíam uma porcentagem maior dos jogadores do que os adolescentes do sexo masculino na faixa etária de 6 a 17 anos, contrapondo aos estereótipos tradicionais de que os jogos eletrônicos são feitos predominantemente para meninos. Mulheres de todas as idades, atualmente, constituem quase 40% da população de usuários de jogos segundo Novak (2010). Isso mostra um novo segmento do mercado de jogos casuais que os *serious games* precisam considerar: apesar da predominância por um público infantil, jogadores adultos são um público cada vez mais crescente, e as suas necessidades precisam ser contempladas nos jogos com propósito.

Para atingir os resultados esperados, o processo de planejamento e elaboração de um *serious games* consiste em um trabalho complexo e minucioso, visto que é necessário determinar etapas específicas, para desenvolver um jogo com propósito de associar um conteúdo educativo/pedagógico e aos recursos lúdicos e de entretenimento, característicos dos jogos regulares. Diante dessa especificidade que permeia os *serious games*, o trabalho de uma equipe multiprofissional se faz relevante para a sua construção, como afirmam Machado, Moraes e Nunes (2009) ao defenderem que diversas áreas do conhecimento trabalham de forma interdisciplinar com a indústria dos jogos com propósito.

2.2 *SERIOUS GAMES* SOBRE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Com o propósito de estudar os *serious games* e atender ao primeiro objetivo específico proposto neste trabalho, foi realizada uma pesquisa bibliográfica na literatura que consistiu em um levantamento nos repositórios, editoras científicas e *websites*. Buscou-se material publicado e produzido sobre a temática, para se conhecer o estado da arte desses jogos, bem como garantir o posicionamento de forma segura, sem especulações ou informações vagas acerca do objeto de estudo dessa pesquisa.

O objetivo da pesquisa bibliográfica foi conhecer trabalhos que poderiam servir de modelo, ou que apresentassem relação com o projeto desenvolvido, buscando identificar os aplicativos que abordassem a violência contra a mulher.

Essa pesquisa ocorreu entre os meses de abril de 2011 e abril de 2012 e foi feita em dois momentos. Inicialmente foram identificados periódicos nacionais e internacionais do portal CAPES. Na opção “Metabusca”, foram inseridas as palavras-chave, descritas no Quadro 1, nas bases Multidisciplinares, pré-selecionadas pelo próprio Portal Periódicos CAPES: *Academic S. premier, Cambridge, Oxforde J., Wiley Online Library, Sringer Link, Nature Science, Science Direct e Highwire Presse IEEE*. Além dessas, foram realizadas buscas na base de dados Scielo para verificar a produção nacional e na América Latina sobre o tema.

Como critérios de inclusão da pesquisa foram considerados resultados publicados a partir do ano de 2001, em artigos, relatórios de conferências, teses e dissertações (texto completo), idioma livre e que contivessem as palavras-chave no título e/ou no resumo, para aumentar a especificidade. Os resultados deviam atender a seguinte questão: *Os trabalhos apresentam jogos com propósito (serious games) com enfoque na violência contra a mulher?* Com os resultados, verificava-se a relevância e o atendimento aos critérios de inclusão e à questão para posterior análise dos textos, excluindo da pesquisa aqueles que não estavam disponíveis em texto completo.

A seleção por relevância teve seguimento com a leitura dos resumos e do documento na íntegra. As palavras-chave, as bases pesquisadas e o quantitativo dos resultados iniciais encontram-se no quadro 1.

No segundo momento, a pesquisa bibliográfica ocorreu nos *websites* de desenvolvedores de *Serious Games* e no *Google.com*, com o objetivo de identificar aplicativos que abordam a violência contra a mulher, produzidos por Organizações

governamentais ou não. Buscaram-se jogos nos *websites* das seguintes organizações: *Taken Action Games*, *Serious Games Institute*, *Games for Change* e *Serious Games Interactive*. Para facilitar a categorização dos jogos selecionados eles foram agrupados de acordo com o seu público alvo, acesso, área/tema e o tipo de visualização, conforme quadro 2.

Em relação aos jogos identificados na pesquisa, apesar de ser um tema amplamente discutido por diferentes áreas, os jogos que abordam o problema da violência contra a mulher ainda são escassos diante da complexidade de abordar um assunto considerado delicado, complexo e individual, no âmbito da personalidade. Alguns desenvolvedores expressam o grande desafio que consiste em discutir publicamente um tema historicamente de caráter privado e tratá-lo de forma sutil capaz de romper preconceitos, estereótipos, despertar motivação para a conscientização e estimular a mudança de comportamentos.

Quadro 1 - Resultados da busca por palavras-chave de acordo com as bases multidisciplinares

	Resultados por Bases									
Palavras-chave	Academic S. premier	Cambridge	Oxforde J.	Wiley Online Library	Springer Link	Nature	Science	Science Direct	Highwire Press	IEEE
<i>games video + women</i>	30	30	30	29	30	30	29	30	0	—
<i>games video + violence women</i>	30	30	30	29	30	14	12	30	0	—
<i>serious games + health women</i>	05	0	28	30	30	28	30	30	30	34
<i>genre + video game</i>	30	30	30	30	30	14	04	30	0	—
<i>aplicattion + violence women</i>	0	30	0	0	30	0	0	0	30	—
<i>videogames+violence women</i>	30	30	30	30	30	14	12	30	30	—
jogos + saúde mulher	Scielo									
	35									

Fonte: Elaborado pela autora

Quanto ao público-alvo, evidencia-se a preferência por um público jovem (crianças e adolescentes) por se tratar de jogos com enfoque social, em que a motivação é voltada para a

educação e despertar motivações para a conscientização desses futuros cidadãos. Nessa perspectiva, há um enfoque voltado, sobretudo, para a prevenção do problema.

Apenas um dos jogos encontrados na pesquisa, o jogo brasileiro “Na onda da Lei Maria da Penha” não permite acesso livre à aplicação. O jogo foi produzido para uma campanha de prevenção à violência contra a mulher pelo Centro de Referência Contra a Mulher de Marés, Rio de Janeiro-RJ. Os demais jogos têm acesso livre pela *internet*, e todos apresentam visualização bidimensional.

Quadro 2 - Características dos jogos

Nome	Público alvo	Acesso	Área/Tema	Visualização
<i>Breakaway</i>	Meninos (8-15 anos)	<i>Online</i>	Educativo/Violência doméstica contra as mulheres.	2D
<i>What it is</i>	Jovens (12-25 anos)	Online	Educativo/social: violência sexual	2D
<i>Finding Zoe</i>	Jovens (8-14 anos)	<i>Online</i>	Educativo/social: Prevenção à violência contra mulheres e meninas.	2D
<i>Say No – Unite to end violence against women</i>	Livre (todas as idades)	<i>Online</i>	Educativo/social: Violência contra mulheres e meninas	2D
Na onda da Lei Maria da Penha	Livre (todas as idades)	<i>Sem acesso</i>	Educativo: Violência contra as mulheres	2D
<i>Lokk-Honra em Jogo</i>	Adultos/profissionais (professores, estagiários, terapeutas, assistentes sociais, policiais).	<i>Online (combate)</i>	Educação/Treinamento: Conflitos relacionados à honra (violência contra mulheres)	2D

Fonte: Elaborado pela autora

Ainda sobre os seis jogos encontrados na pesquisa, dois deles, *What it is* (2010) e *Finding Zoe* (2009), foram produzidos por uma organização Canadense de base comunitária, o Comitê de Ação Metropolitana sobre Violência Contra Mulheres e Crianças (METRAC), fundada em 1984, que trabalha para prevenir e combater a violência contra as mulheres. A METRAC tem três áreas principais de ação: Segurança Comunitária, Justiça Comunitária e

Alcance Comunitário e Educação. No eixo da Educação, o comitê produziu, em 2007, o seu primeiro jogo chamado de *Finding Zoe*².

Finding Zoe, cuja tela inicial encontra-se apresentada na figura 1, trata-se de um aplicativo destinado a crianças de 8 a 14 anos e foi projetado para despertar as motivações a respeito da tomada de consciência sobre os estereótipos de Gênero. Sua narrativa e jogabilidade discutem acerca da manutenção de relacionamentos saudáveis, da diversidade e da prevenção de violência contra meninas e mulheres. Compreende de uma narrativa sobre um grupo de crianças a procura da amiga Zoe, que suspeitam estar sofrendo com um relacionamento abusivo e violento por parte do namorado. O jogador deve refazer o caminho da sua amiga perdida, em diferentes locais na cidade, para encontrar pistas sobre seu paradeiro. No caminho, o usuário do jogo é confrontado com inúmeras opções de respostas a rumores sobre a localização de Zoe e, dependendo do que ele responder, ele será capaz de reunir mais amigos para acompanhá-lo na busca à amiga. O jogador é avaliado quanto às decisões tomadas diante das situações apresentadas no jogo. Tal decisão pode representar concepções machistas e preconceituosas ou não, definindo a vitória ou derrota do jogador.

Os autores de *Finding Zoe* consideram que fazer escolhas é a questão do jogo, em que o jogador precisa escolher entre fazer a coisa certa ou não, para que ele possa continuar jogando, o que acaba por ser uma forma divertida de promover atitudes e habilidades entre meninas e meninos em criar relações interpessoais saudáveis e igualitária, abordando questões de Gênero.

Figura 1 - Tela inicial do jogo Finding Zoe



Fonte: Finding Zoe, 2007. Disponível em: metrac.org

² Fonte: <http://www.metrac.org/resources/replay-finding-zoerejouer-ou-est-zoe-digital-game/>

Outro jogo produzido pela mesma organização tem como tema a violência sexual. *What it is*³ é voltado para jovens mulheres e homens com idades entre 12 e 25 anos. Seu objetivo é desvelar a violência sexual quebrando os silêncios e os mitos que envolvem esse assunto, abordando questões como: o que é agressão sexual, o abuso sexual e o consentimento; "mitos e realidades" sobre a violência sexual; necessidades, direitos e preocupações comuns das vítimas de violência sexual; relacionamentos saudáveis e não saudáveis; como os jovens podem apoiar os seus colegas que estão passando por violência sexual; recursos, serviços comunitários e de apoio disponíveis para as vítimas de violência sexual da juventude. *What It is* foi lançado em 2010 com a pretensão de aumentar a abordagem ao problema da violência sexual e ajudar no acesso dos jovens a medicamentos essenciais e informações sobre os serviços e recursos da comunidade. Desta maneira, o jogador é avaliado em relação aos seus conhecimentos sobre o tema, bem como suas concepções pessoais, a partir das suas respostas aos questionamentos. A tela de apresentação do jogo encontra-se ilustrada na figura 2.

Figura 2 – Tela inicial do jogo *What It Is*



Fonte: What It Is, 2011. Disponível em: metrac.org

O terceiro jogo que aborda o tema da violência contra mulher é o *Breakaway*(2010)⁴. Para abordar a questão da Violência Contra a Mulher, os alunos do Centro de Mídia Emergente em *Champlain College*, junto com o *Population Media Center* e o apoio das Nações Unidas em sua campanha “Unidos pelo Fim da Violência contra a Mulher” e da Federação Internacional de Futebol, a FIFA, lançaram um projeto que teve como objetivo engajar, educar e mudar as atitudes de meninos com idades entre 8 e 15 anos para ajudar a pôr fim à violência contra meninas e mulheres. A experiência busca associar o uso de ferramentas de entretenimento-educação com estratégias para a mudança de comportamento. Em

³ Fonte: <http://www.metrac.org/resources/what-it-is-digital-game/>

⁴ Fonte: www.emergentmediacenter.com/unvaw/involved.

Breakaway, o jogador encontra situações da vida real que ressoam com a experiência de um adolescente, tais como a pressão dos colegas, a concorrência, colaboração, trabalho em equipe, *bullying* e os estereótipos de gênero. A figura 3 ilustra uma tela do jogo.

Figura 3 -*Breakaway* em uma das discussões sobre preconceitos de gênero



Fonte: Breakaway, 2010.

Breakaway, segundo os seus idealizadores, oferece aos jogadores escolhas que lhes permitam tomar decisões, enfrentar as consequências, refletir e praticar comportamentos em um formato de jogo e história. A narrativa concentra-se nas questões de Gênero, considerando-as como crenças profundamente incorporadas buscando a reflexão e a mudança de estereótipos e atitudes.

O quarto jogo apresentado no quadro 2 o qual aborda a violência contra a mulher, é o *SayNo – Unite to end violence against women* (Diga Não – Unidos pelo fim da violência contra mulheres), criado pelo *Taken Action Games* como uma das ações da plataforma de mobilização social, promovida pela ONU, de combate à violência contra a mulher. O Diga NÃO é uma campanha de ação global que simboliza a dinâmica crescente de ações tomadas por organizações e indivíduos em todo o mundo para acabar com a violência contra mulheres e meninas.

Dentre as diferentes estratégias de divulgação da campanha, o enredo do jogo Diga NÃO baseia-se em um questionário *on-line* que testa os conhecimentos do usuário sobre as questões relevantes relacionadas à violência contra a mulher e o convida a compartilhar com seus amigos, em redes sociais, a fim de difundir informações sobre o problema. De acordo com o desenvolvedor do jogo, o estúdio *Taken Action Games* (TAG), cada ponto que você marca enquanto joga gera uma contagem de ações globais. Os numerosos relatórios das Nações Unidas são as fontes primárias para o conteúdo do questionário, que são citados e

acessíveis. Com o avançar do jogo, o ritmo cresce e homens e mulheres ao redor do mundo, simbolicamente, caminham unidos em direção às metas e ações compartilhadas. Fundamentalmente, uma interface amigável permite a personalização do conteúdo, expresso na figura 4 (TAG, 2012).

Figura 4 – Tela do Say No



Fonte: Taken Action Games, 2011. Disponível em: http://takeactiongames.com/TAG/UN_WOMEN.html

O outro jogo encontrado na pesquisa é o jogo brasileiro: “Na onda da Lei Maria da Penha”. Este aplicativo foi desenvolvido para ser usado pelo Centro de Referência Contra a Mulher de Marés, Rio de Janeiro. Apesar de não estar disponível para acesso, o projeto surgiu da necessidade de trabalhar com jovens e demais faixas etárias as diferenças de gênero, a partir de um método divertido e informativo. Essa ideia também se efetivou na forma de quadrinhos que buscava mostrar de forma sutil a funcionalidade da Lei Maria da Penha, esclarecer os direitos das mulheres e também provocar conscientização sobre o problema (FUZIMOTO, MOURA, 2009).

Um outro aplicativo sobre o mesmo tema foi produzido pela LOKK⁵, uma organização não governamental da Dinamarca, e desenvolvido por *Serious Games Interactive*, que tem como principal objetivo destacar e fortalecer os centros que trabalham com crise e conflitos individuais para evitar a violência física e psicológica contra as mulheres e seus filhos

O jogo "Honra em jogo", ilustrado na figura 5, consiste em um guia pedagógico com capacidade de fornecer informações adicionais, à medida que leva o jogador a vivenciar os dilemas dos personagens fictícios Amira e Bilal. O jogo busca abrir um debate sobre os problemas especiais que surgem em famílias em que questões relacionadas à honra que têm

⁵ Fonte: <http://www.seriousgames.dk/lokkaerepaaspil>

papel fundamental na vida dos jovens. O público-alvo, agentes da organização LOKK, podem trabalhar em pares ou grupos, a fim de discutir e resolver os problemas apresentados no jogo.

Figura 5 – *Serious game* Honra em Jogo (LoKK)



Fonte: Serious Game Interactive, 2012.

A grande motivação para a criação desse jogo foi o fato da organização idealizadora sentir falta de materiais pedagógicos, para capacitar seus agentes (estagiários, professores, assistentes sociais e policiais) no manejo de casos decorrentes de conflitos relacionados à honra/violência contra a mulher. A organização parte do pressuposto que os seus agentes precisam compreender os conflitos relacionados à honra, como casamento forçado, controle social, diferenças culturais, para que possam atuar de forma mais concreta quando eles se depararem com alguma situação em que precisará orientar e mediar tais conflitos. O jogo é de acesso livre, podendo ser jogado na *web*.

Síntese do capítulo

Este capítulo apresentou definições e classificações dos jogos com propósitos, além de evidenciar os resultados de uma pesquisa feita na literatura a respeito dos *serious games* que abordam a violência contra mulheres.

A análise dos jogos encontrados nesta pesquisa revelou uma predominância de ações de cunho preventivo, em que a violência contra a mulher é tratada de forma sutil a partir da abordagem de suas determinações: questões culturais e sociais de desigualdades entre meninos e meninas. Porém, identifica-se, com esses resultados, a necessidade de trabalhar no

enfrentamento do problema de forma mais efetiva e ampla, atuando, além da prevenção, no combate, na garantia dos direitos humanos e na assistência às mulheres nessa situação.

Neste trabalho, entende-se por enfrentamento da violência contra a mulher o mesmo conceito adotado pela Política Nacional de Enfrentamento da Violência Contra a Mulher (BRASIL, 2007). De acordo com essa política, a noção de enfrentamento não se restringe apenas às ações de combate, mas compreende também as dimensões da prevenção, assistência e garantia dos direitos das mulheres.

Nesse enfoque, no âmbito da prevenção, as ações precisam trabalhar para desconstrução de estereótipos de gênero que modifiquem os padrões sexistas e combatam a perpetuação das desigualdades entre os sexos e da violência contra a mulher. Dessa maneira, prevenir envolve ações educativas e de construção de relações igualitárias e justas entre os homens e mulheres (equidade), com foco na mudança de valores e mudança da cultura de naturalização do problema (BRASIL, 2007). A mesma política citada entende que o combate consiste no estabelecimento das normas penais que garantam a punição aos agressores. Isso envolve medidas para efetivação e implementação da Lei Maria da Penha e dos seus aspectos processuais. Em relação à garantia dos Direitos Humanos das mulheres, a política nacional de enfrentamento da violência contra a mulher, prevê ações que promovam o empoderamento das mulheres, o acesso à justiça e o resgate das mulheres como sujeito de direitos. Por fim, a dimensão da assistência é apresentada como a garantia da assistência humanizada da mulher em situação de violência a partir da formação e capacitação dos agentes públicos, fortalecimento da rede de serviços, bem como a criação de novos serviços de apoio que integrem essa rede.

Nesse enfoque, mediante a complexidade do problema em questão percebe-se a importância de ampliar o nível de atuação e ir além da dimensão preventiva. Estudos defendem que prevenir o problema encontra-se em posição estratégica para romper o ciclo da violência e contribuir para uma sociedade mais justa e igualitária (BUTCHART; GARCIA-MORENO; MIKTON, 2012). Porém, o enfrentamento ao problema só acontecerá quando as ações desenvolvidas perpassarem pelos diferentes níveis, como defende a Política Nacional de Enfrentamento da Violência Contra a Mulher (BRASIL, 2007, pág. 11), no sentido de atingir aos seguintes objetivos: 1) Desconstruir as desigualdades; 2) combater às discriminações de gênero e a violência contra as mulheres; 3) intervir nos padrões sexistas/machistas ainda presentes na sociedade brasileira; 4) promover o empoderamento das mulheres; e 5) garantir um atendimento qualificado e humanizado às mulheres em situação de violência.

É nesse enfoque que o presente trabalho se respalda: a necessidade em desenvolver ferramentas que abordem aspectos em todas as dimensões do enfrentamento ao problema da violência contra a mulher, saindo do plano exclusivamente preventivo e buscando complementar com outras intervenções.

“Não se nasce mulher: torna-se.”

(Simone de Beauvoir)



3 REFERENCIAL TEÓRICO: VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Este capítulo versa sobre a problemática da violência contra a mulher apresentando-a como uma questão complexa, porque intersecta diferentes áreas do conhecimento humano (como a Saúde e os Direitos Humanos). Por afetar a vida e por seu impacto na saúde de mulheres, esse tipo de violência assume o caráter de tema importante de saúde pública, entre outras razões, pela sua dimensão epidemiológica uma vez que é a segunda causa de mortalidade e a sexta causa de internação hospitalar, de acordo com estudos de Minayo e Souza (2003). Assim, a violência contra a mulher, apesar de ser um fenômeno vivido no cotidiano, em todos os contextos e momentos históricos, apresentou-se historicamente invisibilizada no âmbito público e desconsiderada no âmbito das políticas públicas até a contemporaneidade. A partir década de 1970 passou a ser denunciada como um fenômeno que expressa um conflito social e segundo Arandnt (1994, p. 57) tem servido para “dramatizar as causas e trazê-las à atenção pública”.

3.1 A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A violência é um problema social da humanidade com interfaces em vários aspectos da vida do indivíduo, interferindo na forma de viver e de adoecer das pessoas. Sua prática configura-se como uma violação e uma transgressão de direitos, por representar a tentativa de dominação e opressão entre os sujeitos envolvidos (CHAUI, 1992). Apesar de não ser um fenômeno novo, a violência foi historicamente relacionada como assunto exclusivo da área judicial e policial, pela configuração de um crime. Entretanto, por volta dos anos de 1990, ela se tornou alvo de discussão e debate em novas áreas, como os campos dos Direitos Humanos e do Desenvolvimento Social e da Saúde, no qual o problema foi oficialmente reconhecido diante da nova concepção ampliada de saúde e da consideração dos seus determinantes sociais (MINAYO; SOUZA, 1999).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) foi pioneira em analisar a relação violência-saúde e afirmou: “a violência, pelo número de vítimas e a magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em vários países” (OPAS, 1993, p. 01). Naquele ano, a Assembleia

Geral das Nações Unidas adotou a Declaração para Eliminação da Violência contra as Mulheres e em 1996 a 49ª Assembleia das Nações Unidas declarou que a violência é um grande e crescente problema de saúde pública mundial, tendo consequências de curto e longo prazo para indivíduos, famílias, comunidades e países (LIMA; BLÜCHELE; CLÍMACO, 2008).

Fazendo semelhante menção, a Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborou em 2002 o Primeiro Relatório Mundial sobre Violência e Saúde que define a violência como o uso da força de maneira intencional, contra pessoa, grupo ou comunidade, seja ela real ou ameaça, resultando em agravos que vão desde a lesão física ou psicológica, privação de liberdade, deficiência ou até mesmo a morte. Tal relatório divulgou ainda uma pesquisa da Sociedade Mundial de Vitimologia da Holanda sobre violência doméstica contra a mulher envolvendo 54 países e 138 mil mulheres com os seguintes dados referentes ao Brasil: 23% das mulheres brasileiras estavam sujeitas à violência doméstica; sendo uma mulher agredida a cada minuto em seu próprio lar por uma pessoa com quem mantém relação de afeto; as estatísticas disponíveis e os registros nas delegacias especializadas de crimes contra a mulher demonstram que 70% dos casos acontecem dentro de casa e que o agressor é o próprio marido ou companheiro (OMS, 2002).

Outros dados divulgados pela OMS e pela OPAS evidenciam não existir nenhum país, cidade ou comunidade imune à violência. Das violências interpessoais, a cometida pelo homem contra a mulher é considerada, por esses órgãos, como um dos maiores problemas mundiais atuais, chegando a valores entre 10 e 69% de incidência, ocorrendo, costumeiramente, no ambiente doméstico (BARRETO *et al*, 2009). Esse tipo de violência, a praticada contra a mulher, assume um enfoque diferenciado uma vez que é praticada por um agressor que compartilha com a vítima relações íntimas e afetuosas. A aplicação da força física e/ou constrangimento psicológico que se impõe a alguma mulher contra seus interesses, vontades e desejos, resulta em danos à saúde física e mental pela violação da dignidade humana em sua integridade (SILVA, 2009).

A magnitude da violência contra a mulher pode ser visualizada a partir de dados mundiais que mostram que quase metade das mulheres assassinadas são mortas pelo marido ou namorado, atual ou ex. A violência responde por aproximadamente 7% de todas as mortes de mulheres entre 15 a 44 anos no mundo todo. Em alguns países, até 69% das mulheres relatam terem sido agredidas fisicamente e até 47% declaram que sua primeira relação sexual foi forçada (OMS, 2002).

No Brasil, a violência contra a mulher é um dos maiores problemas de saúde pública, atingindo um quarto da população, excetuando-se os casos não notificados e a violência psicológica, que de tão incidente deixou de ser percebida como agressão por não causar danos físicos severos (SAFFIOTI, 2011). De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), uma pesquisa realizada também pela OMS no ano de 2002, oito países, inclusive o Brasil em dois estados (São Paulo e Pernambuco), reconhecem que a morbidade provocada pela violência doméstica e sexual atinge prioritariamente a população feminina, na faixa etária de 15-49 anos. Em Pernambuco, 34% das mulheres entrevistadas relataram ter sofrido violência física e/ou sexual por parte do parceiro e apresentaram problemas de saúde decorrente do episódio como: dores, desconforto severo, problemas de concentração e tontura, tentativas de suicídio e uso frequente de álcool, configurando a violência como uma questão de saúde física e mental. O documento afirma ainda que, dessas mulheres, apenas 11% procuraram os serviços de saúde.

Quanto ao Estado da Paraíba, este ocupou, em 2013, a posição de oitavo estado brasileiro com maior incidência de mortes de mulheres segundo pesquisa do Instituto de Pesquisa e Economia Aplicada (IPEA). Essa mesma pesquisa apontou ainda que 29% dessas mortes aconteceram em domicílio. Dados do Núcleo de Análise Criminal e Estatística (NACE) da Secretaria da Segurança e da Defesa Social (SEDS) mostram que nesse mesmo ano foram contabilizados 118 casos de homicídios femininos (PARAÍBA, 2104). De acordo com o Centro da Mulher 8 de Março, desses 118 homicídios, 35 deles foram motivados pela violência doméstica. Os números são elevados principalmente se consideramos a subnotificação dos casos e que os óbitos expressam apenas a ponta de um *iceberg* visto que o problema da violência doméstica contra a mulher envolve atos e situações que nem sempre culminam em morte, mas que podem representar para as mulheres envolvidas perdas potenciais no campo do desenvolvimento pessoal, social, afetivo e econômico.

3.2 A VIOLÊNCIA COMO VIOLAÇÃO AOS DIREITOS HUMANOS DAS MULHERES: DOCUMENTOS, RELATÓRIOS, CONFERÊNCIAS E LEGISLAÇÃO

A luta em defesa dos direitos das mulheres, historicamente, teve duas vertentes no Brasil: a da violência e a da saúde das mulheres (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999). Orientados por essas duas bandeiras, os movimentos de mulheres discutiram, problematizaram e contribuíram para a criação de leis e políticas públicas com ênfase na

garantia dos Direitos Humanos femininos.

A questão de Direitos Humanos (DH) tem como seu marco a Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948. Essa declaração constitui o primeiro instrumento internacional para garantir os direitos e liberdades das pessoas. A Declaração versa, nos seus 30 artigos, sobre os direitos individuais, civis, políticos e econômicos, advogando por direitos iguais sem distinção de raça, sexo e etnia (CEDAW, 2003).

De acordo com o documento da Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Violência e Discriminação contra as Mulheres (CEDAW, 2003), depois do lançamento da Declaração dos DH, a ONU trabalhou na criação de outros tratados e pactos para contemplar os direitos específicos de grupos considerados vulneráveis. Porém, apesar da Declaração de DH e da criação dos demais tratados subsequentes, estes se mostraram insuficientes na luta pela defesa dos direitos e liberdades das mulheres. Por isso, em 1967 a comunidade internacional adotou a Declaração sobre a Eliminação de Discriminação contra as Mulheres, que expressou a preocupação com a discriminação contra as mulheres que, apesar dos progressos obtidos no que versa aos direitos humanos, continuava a existir de forma expressiva.

A iniciativa para a confirmação da Declaração sobre a Eliminação de Discriminação contra as Mulheres efetivou-se quando a Comissão das Nações Unidas sobre o *Status* da Mulher considerou a possibilidade de criar um tratado que daria força obrigatória à Declaração. Em 1979, a Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Violência e Discriminação contra as Mulheres condensou em um único documento, “disposições que exijam a eliminação da discriminação em função do sexo no gozo dos direitos civis, políticos, direitos econômicos, sociais e culturais”, no intuito de proteger mulheres e meninas (CEDAW, 2003, p. 08). Na década que ficou historicamente reconhecida como a Década das Nações Unidas para as mulheres (1976-1985), sessenta e quatro países assinaram a convenção, chegando a 171 países em 2003. De acordo com a Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Violência e Discriminação contra as Mulheres, os países signatários são obrigados a:

Eliminar a discriminação contra as mulheres através de leis, políticas e medidas programáticas. A obrigação aplica-se a todas as esferas da vida, bem como as questões relativas ao casamento e as relações familiares, e inclui obrigações para tomar todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher praticada por qualquer pessoa, organização ou empresa (CEDAW, 2003, p. 10).

Para alcançar os resultados pretendidos na Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Violência e Discriminação contra as Mulheres, os Estados deveriam desenvolver ações nos diversos âmbitos (social, econômico, político, cultural e educativo). Dentro desse contexto, no Brasil, a década de 1980 representou um momento de luta dos movimentos de mulheres pela redemocratização do país, pela obtenção de políticas públicas para as mulheres e pelo fim da impunidade da violência contra as mulheres, sobretudo aquela que acontecia no âmbito familiar e doméstico. Tais movimentos possibilitaram revisões críticas das noções culturais e familiares, questionando a autoridade masculina e a subalternidade feminina no âmbito privado, que resultava em uma série de violação aos Direitos Humanos básicos das mulheres e que era sustentado por leis e códigos civis que legitimavam a violência com a alegação da defesa da honra masculina. As “reivindicações feministas por uma intervenção legal e social sobre a ordem patriarcal da família representou um passo fundamental para a construção do conceito de violência de gênero” (MORAES, SORJ, 2009, p. 07). O conceito considera as relações iníquas entre os sexos, nas quais o homem, predominantemente, detém o poder, e a mulher é subjugada às suas vontades e força física.

Nesse contexto, a discussão sobre a categoria Gênero ampliava-se entre acadêmicas e feministas e os debates a respeito embasavam a luta pela defesa dos direitos das mulheres com suporte nas desigualdades sociais entre os homens e mulheres, desigualdades essas que por serem consideradas injustas e evitáveis assumem a condição de iniquidades (FONSECA, 2005).

Impulsionados pelos movimentos de mulheres, data desta década de 1980 algumas conquistas importantes como a implantação do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher, PAISM, em 1984, criado pelo Ministério da Saúde e que contemplava o planejamento familiar, a sexualidade e o aborto em casos de estupro ou risco de morte da mulher. Atualmente, o PAISM assumiu a abrangência de Política, com a criação, em 2004, da Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher (PNAISM).

Ainda na década de 1980, foram criadas as Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM), em São Paulo, como também o Conselho Nacional de Direitos das Mulheres. A criação da DEAM foi resultado da articulação de movimentos de mulheres que começou a denunciar amplamente os casos de impunidades aos agressores de homicídios de mulheres no país, com alegação de legítima defesa da honra e/ou passionalidade. A forte e politizada articulação desses movimentos culminou com a criação dessas delegacias, pelo Conselho Estadual da Condição Feminina em 1985, na cidade de São Paulo. Até o ano de

2009, existiam mais de 350 delegacias deste tipo, porém com abrangência de apenas 10% dos municípios brasileiros (MORAES, SORJ, 2009).

A DEAM representou um importante recurso de enfrentamento da violência contra a mulher à medida que criminalizou esse tipo de prática (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999). Esse instrumento legal foi considerado “a mais importante inovação institucional nacional na área da violência”, com importante repercussão em outros países da América Latina, segundo Moraes e Sorj (2009, p. 14). Outro aspecto relevante identificado com as criações das DEAM corresponde ao fato de que, com a delegacia, a violência doméstica contra a mulher ganhou visibilidade no espaço público, sendo introduzida no âmbito da justiça e da lei um assunto historicamente relacionado à intimidade do casal. Entretanto, na contra mão do que se propôs com a sua criação, o que foi possível identificar nas pesquisas nas DEAM foi um verdadeiro paradoxo no comportamento padrão das “vítimas”. Ao invés de criminalizar a violência contra mulher e processar os agressores, as delegacias e a polícia assumiram um papel de mediadora das relações conjugais, visto que em grande parte das denúncias não havia o interesse pela representação legal do agressor, mas o que as mulheres esperavam com sua queixa eram usar o poder da polícia para mediar uma negociação das relações desiguais entre o casal. Nessa situação, o agressor é punido com “broncas e conselhos” caso continue com comportamento violento (MORAES, SORJ, 2009).

Uma pesquisa realizada entre os anos 2007 e 2010 em cinco DEAM do estado da Paraíba ratificou essa realidade supracitada diante do elevado número de desistências quanto ao prosseguimento do processo e pelo fato de grande parte das denunciante não pretenderem processar criminalmente os seus agressores, sendo a denúncia apenas para fins de registro (ALMEIDA; SILVA, 2010). Isso evidencia que muitas das mulheres procuram a delegacia na tentativa de utilizar a intimidação da autoridade civil, para mediar a relação entre o casal e reordenar as relações de poder no âmbito privado. Portanto, o que pretendem com a denúncia parece ser provocar a conscientização de seus parceiros e obter o fim da violência para que o casal possa viver em harmonia. Esse fato demonstra a dificuldade de enfrentamento desse fenômeno por parte das mulheres. Algumas delas reagem à agressão que sofrem, denunciam seus agressores e buscam ajuda, para sair da relação abusiva em que vivem. Outras se submetem passivamente e vivem anos e anos sob a situação de violência, na esperança de que um dia o companheiro mude e cessem as agressões. A problemática é que, paulatinamente, a violência se naturaliza e o problema torna-se, cada vez mais difícil de ser enfrentado e resolvido, pois a exposição continuada à situação de violência afeta a autoestima e a

capacidade de pensar e reagir, e a esperança de mudança vai dando lugar ao conformismo (ARAÚJO, 2008). Outro efeito oriundo desse comportamento de aceitação e desistência por parte da mulher reflete-se no desestímulo dos operadores e agentes policiais e/ou do cuidado que diante do fato tendem a enfrentar o problema sem perspectiva de resolução, contribuindo para a banalização dos casos e muitas vezes revitimização da mulher no espaço público que deveria ser de ajuda e acolhimento.

Na década de 90, o olhar sobre a violência contra a mulher foi aprofundado, quando foi ela reconhecida como um grave problema social e de Saúde Pública. Como potencializadora para esse reconhecimento, a Constituição Federal Brasileira de 1988 representou um marco político, institucional e jurídico, pois consagrou o preceito da equidade entre homens e mulheres e consolidou a questão de saúde como dever do Estado e direitos de todos.

No âmbito mundial, diversas conferências ressaltaram a questão dos Direitos Humanos femininos e da violência contra a mulher, apresentando discussões relevantes para nortear a elaboração de políticas públicas para as mulheres, com repercussão no Brasil. Dentre essas conferências destaca-se, pela abordagem da violência de gênero, a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção Belém do Pará) que aconteceu no Brasil em 1994. Essa Convenção estabeleceu que a violência contra as mulheres constitui-se uma violação dos Direitos Humanos e liberdades fundamentais das mulheres e apresentou a definição da violência contra a mulher com suporte na abordagem de gênero. O enfoque adquire o significado de uma conduta discriminatória e desigual contra o gênero feminino. Quando essa violência ocorre no ambiente privado, na unidade doméstica, ou é praticada em qualquer lugar por um agressor que compartilhe ou tenha compartilhado com a vítima a mesma residência, ou relações sociais familiares, entende-se essa violência como violência doméstica (CONVENÇÃO INTERAMERICANA PARA PREVENIR, PUNIR, E ERRADICAR A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER, 2004).

Apesar das conquistas políticas, o enfrentamento da violência praticada contra as mulheres no âmbito legal e jurídico ainda era considerado discreto. Principalmente depois da Lei Federal 9.099 que implantou, em 1995, os Juizados Especiais Criminais (JECRIMs) que despenalizavam os crimes de violência conjugal. De acordo com a descrição de Moraes e Sorj (2009), com a criação desses juizados, houve uma reorientação das demandas da violência conjugal da delegacia para o judiciário. Os Juizados, baseados em princípios de oralidade, simplicidade, economia processual e conciliação, mediavam os conflitos interpessoais entre as

partes, facilitando acordos entre vítima e agressor. Com isso, a violência conjugal foi considerada um crime de menor gravidade e potencial ofensivo, no qual os agressores eram punidos com o fornecimento de cestas básicas, serviços prestados à comunidade, e participação em grupos terapêuticos.

À medida que foi considerada como um retrocesso para as feministas, para os operadores do judiciário essa lei representou a possibilidade de dar visibilidade à violência de gênero na justiça, bem como representou “a possibilidade de se efetivar mecanismos Jurídicos mais afinados com a perspectiva dos Direitos Humanos, como, por exemplo, a celeridade nos casos julgados e a aplicação de penas alternativas” (MORAES, SORJ 2009, p. 53).

Concorda-se com Moraes e Sorj (2009) ao defender que o que ocorreu, no Brasil, foi uma divergência de interesses entre feministas e mulheres vitimizadas, representado um grande paradoxo na luta para assegurar os Direitos Humanos das mulheres. Neste panorama, os JECRIM surgem para “atender as necessidades das vítimas”, porém não consideram a violência como crime. É o conflito entre a manutenção dos direitos universais das mulheres *versus* o direito de autonomia daquelas em situação de violência que não querem criminalizar os seus agressores por nutrirem sentimentos contraditórios que justificam esse comportamento, seja afeto, medo de mais violência, receio por parte da interpretação dos filhos ou da sociedade, e dependência econômica.

No ano de 2000, a Declaração do Milênio das Nações Unidas estabeleceu oito Objetivos de Desenvolvimento, incluindo a promoção da equidade entre os sexos e autonomia das mulheres, com metas a serem alcançadas até 2015. Em 2004, a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres resultou na construção democrática do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM). Em 2007, a II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres teve como temas de debate: análise da realidade brasileira - social, econômica, política, cultural e os desafios para a construção da equidade na perspectiva da implementação do PNPM; avaliação das ações e políticas propostas no PNPM, sua execução e impacto; e participação das mulheres nos espaços de poder.

No que concerne a legislação brasileira, a década de 2000 também trouxe avanços significativos. Em 2002, foi publicada a lei 10.455 que determinou o afastamento do agressor do domicílio caso tenha praticado violência doméstica. Em 2004, a lei 10.886 aumentou a pena mínima de três para seis meses de detenção (OLIVEIRA, 2007). Apesar dessas leis, enquadrar a violência contra a mulher no setor jurídico continuava a ser uma questão delicada. Para Scharaiber e D'Oliveira (1999), os crimes cometidos por pessoas muito próximas tem

uma configuração e características diferentes e por isso pedem uma legislação diferenciada e específica. As autoras defendem também que as especificidades da violência contra a mulher, com suporte em gênero, não são contempladas pela legislação geral que trata todos pelo princípio da igualdade enquanto que na abordagem à violência contra a mulher o caráter desigual entre os gêneros deveria ser considerado.

Nesse contexto, urgia para o enfrentamento do problema no âmbito jurídico a criação de uma legislação própria para a violência, que tratasse das especificidades desse fenômeno, no contexto de desigualdade de poder e de oportunidades entre homens e mulheres. Essa concepção de direitos desiguais aos socialmente desiguais trata-se do princípio Aristotélico defendido por Boaventura ao afirmar que “temos o direito a ser iguais sempre que a diferença nos inferioriza; temos o direito de ser diferentes sempre que a igualdade nos descaracteriza” (SANTOS, 1999, p. 44). Nesse enfoque, justificava-se a premência de uma legislação particular para grupos em condições de desigualdade e vulnerabilidade, como as mulheres.

Assim, os movimentos de mulheres, organizados em Organizações não governamentais, por meio de discussões em grupos de trabalhos interministerial sob coordenação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres formulam um texto que culmina na promulgação da Lei 11.340 em agosto de 2006 (BRASIL, 2006). Reconhecida como Lei Maria da Penha, a nova lei homenageia a bióloga Maria da Penha que, depois de sobreviver a duas tentativas de homicídio por parte do marido e viver com sequelas graves dos episódios de violência, entre elas uma paraplegia, lutou dezenove anos pela punição do seu agressor, tornando-se uma referência de luta e enfrentamento da violência de gênero (OLIVEIRA, 2007).

A nova lei tem, no seu texto, a base dos documentos já citados, entre eles a Constituição Federal, a Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher. Essa lei dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal, descaracteriza a “violência conjugal” como crime de menor potencial ofensivo e determina a retirada desses casos da esfera dos Juizados especiais (OLIVEIRA, 2007; ROMEIRO, 2009).

Na lei, a violência doméstica e familiar é definida e tipificada, em seu artigo 5º da seguinte maneira:

Art. 5º- Para os efeitos desta Lei, configura violência doméstica e familiar contra a mulher, qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial:

I- no âmbito da unidade doméstica, compreendida como o espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas:

II- no âmbito da família, compreendida como a comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa:

III- em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação (BRASI, Art. 5º, 2006)

Por essas definições, percebe-se que o texto da Lei Maria da Penha, apesar de definir no Art. 5º o espaço social onde ocorre a violência, ele reorienta a condição determinante para enquadramento de casos do *locus* da agressão para presença de relações desiguais entre os gêneros. Isso amplia a concepção do problema e abrangência da lei para qualquer caso praticado em qualquer espaço, seja ele público ou privado, porém com a predominância de uma relação desigual de poder entre os gêneros. No Art. 7º o texto legal expande a compreensão da violência para além dos danos físicos, incluindo como violência doméstica e familiar contra a mulher, os casos de violência simbólica (psicológica e moral) onde não se tem provas físicas dos agravos (ROMEIRO, 2009).

Além dessas questões conceituais, Romeiro (2009) destaca que a Lei Maria da Penha também trouxe mudanças operacionais quanto aos registros dos casos. A primeira trata do fim da possibilidade de se retirar a queixa na delegacia. Uma vez feita a denúncia a mulher só pode desistir do processo perante o Juiz. A segunda mudança refere-se à instauração do inquérito policial que poderá ser feito pelo Ministério Público mediante denúncia ou flagrante, não precisando mais da representação da vítima, fazendo com que o processo de penalização siga mesmo contra a vontade da mulher. Essa mudança representou debates entre operadores jurídicos e feminista no tocante a garantia do direito da autonomia das mulheres, porém as feministas defendem que essa medida é importante para a punição do agressor e para a compreensão da violência contra mulheres como um assunto público e, portanto de intervenção social.

Entre os avanços, podemos afirmar que a Lei possibilita a determinação judicial sobre o comparecimento obrigatório do agressor a programas de recuperação e reeducação. Ainda prevê a promoção de campanhas e programas educativos, voltados para a sociedade em geral, enfatizando-se os direitos humanos, os valores éticos e o problema da violência contra a

mulher no ambiente doméstico. A Lei determina ainda a integração operacional dos órgãos do Poder Judiciário e das áreas de segurança pública, assistência social, saúde, educação, trabalho e habitação e a constante capacitação de seus agentes nas questões de gênero e raça.

Por esse motivo, a intervenção penal e jurídica deve ser acompanhada de um processo de consolidação de uma política de prevenção e combate à violência doméstica, através da promoção de uma cultura para a cidadania e para a equidade, do reforço de campanhas de informação e de formação, de apoio e acolhimento das mulheres numa lógica de reinserção e autonomia, para a eficaz ação para o enfrentamento da violência.

3.3 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NO CONTEXTO DE GÊNERO E DA SAÚDE

A violência contra a mulher vem sendo referida, nos documentos oficiais, de maneiras diferentes desde os anos de 1950, considerando o agressor e o *lôcus* em que ocorre além da causa que lhe é atribuída. Na metade do século XX esse fenômeno é designado como violência intrafamiliar, na qual se considera um amplo leque de possíveis agressores, ligados por vínculos familiares. Vinte anos depois passa a ser referida como violência contra a mulher, que considera as situações de violência física, sexual e psicológica praticada por parceiros íntimos. Nos anos de 1980, o fenômeno é denominado como violência doméstica, trazendo para o domicílio e para a vida social toda a trama de eventos violentos, sendo percebida muitas vezes como algo natural. E, por fim, na década de 1990, os estudos passam a tratar as relações de poder entre os sexos em que a mulher, em qualquer faixa etária, é submetida e subjugada, passando assim a usar o termo violência de gênero (BRASIL, 2010).

Esse trabalho considera o conceito fundamentado durante a Convenção de Belém do Pará, em 1994, segundo a qual a violência contra a mulher é definida no seu Artigo 1º como “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado”. Esse conceito é amplo, portanto, abrange diferentes formas de violência, tais como as citadas no documento da Política Nacional de Enfrentamento da Violência Contra a Mulher (Brasil, 2007, pág. 07):

- 1) A violência doméstica ou em qualquer outra relação interpessoal, em que o agressor conviva ou haja convivido no mesmo domicílio que a mulher e que compreende, entre outras, as violências: física, psicológica, sexual, moral e patrimonial (Lei 11.340/2006);
- 2) A violência ocorrida na comunidade e seja perpetrada por qualquer pessoa e que compreende, entre outros, violação, abuso sexual, tortura, tráfico de

mulheres, prostituição forçada, sequestro e assédio sexual no lugar de trabalho, bem como em instituições educacionais, estabelecimentos de saúde ou qualquer outro lugar;

3) A violência perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra (violência institucional).

De modo que se considera como objeto deste estudo, a violência doméstica praticada por parceiro íntimo, atual ou ex, abordagem que requer a consideração da dimensão de gênero no sentido de compreender as construções sociais, políticas e culturais do ser masculino e do ser feminino que norteiam as relações entre os sexos.

Desde os anos de 1970 e 1980 o conceito de Gênero começou a se consolidar teoricamente, a partir de estudos feministas, nos Estados Unidos e na Europa. A categoria Gênero foi teoricamente reformulada pela historiadora norte-americana Joan Scott. Para Scott (1991), Gênero é um termo que se refere aos domínios estruturais e ideológicos existentes nas relações de poder entre os sexos, denunciados com veemência pelo movimento feminista, que enfatiza o caráter social das distinções baseadas no sexo. Nesse enfoque, o termo Gênero enquanto categoria sociológica de análise indica rejeição ao determinismo biológico e valoriza o aspecto relacional da reciprocidade para a compreensão de homens e mulheres. No Brasil, a categoria Gênero começa a ser utilizada na década de 1980 para compreender as relações estabelecidas entre mulheres e homens referindo-se ao sexo social e historicamente construído (FONSECA, 2005; OLIVEIRA; FONSECA, 2007).

Na concepção de Gênero, entende-se que o ser masculino e o ser feminino são frutos do constructo social, excluindo-se a interferência biológica no comportamento humano, muitas vezes atribuído a características sexuais que conferiam ao homem a força, o poder, o domínio, enquanto que reservava à mulher a submissão e a vitimização “natural”. Esse pensamento biológico foi historicamente usado, para justificar e legitimar a violência sofrida pelas mulheres e praticada pelos homens, naturalizando a opressão feminina ao jugo masculino. Entretanto, a violência contra a mulher tem suas raízes nas iniquidades entre homens e mulheres, por esse motivo sua compreensão exige a análise das relações, histórica e culturalmente construídas, entre os sexos. Nesse sentido Guedes (2006) afirma ser fundamental para a compreensão da violência contra a mulher, apoiar-se no enfoque de gênero. Para essa autora, entender o problema com suporte na abordagem de Gênero significa reconhecer a hierarquia de poderes na sociedade, em que a mulher sempre esteve em posição inferior, posição essa aceita e legitimada por desigualdades construídas e naturalizadas ao longo da história.

Nesse entendimento, a violência contra a mulher é hoje reconhecida quase como sinônimo de violência de gênero. Entretanto, Saffioti (2011) defende que a violência de gênero engloba tanto a violência do homem contra a mulher como o contrário, uma vez que o conceito de gênero é aberto. Apesar disso, a premissa comum é de que o termo Gênero exprime a relação de poder, dominação-exploração, e esse polo explorado é quase predominantemente ocupado pelo ser feminino.

Nessa abordagem de Gênero, as desigualdades naturalizadas e culturalmente validadas representam uma das grandes contradições da sociedade, além das questões referentes à classe e à raça/etnia, segundo Fonseca (2005). Tais desigualdades se mantêm ao longo da história da civilização e tem colocado as mulheres em um lugar social de subordinação, além dos inúmeros prejuízos à sua saúde física e psicológica decorrente da manifestação mais aguda dessa desigualdade: a violência.

A partir da década de 1980, com a instituição do SUS, o contexto da integralidade da assistência passa a ser considerado na formulação das políticas de saúde, deslocando-se o eixo orientador das práticas de saúde para o cuidado e não apenas para o tratamento. Nessa nova perspectiva de atenção fundamentada na prevenção e promoção da saúde e focalizada na qualidade de vida da família e da comunidade, a categoria Gênero começa a ser incorporada associada a uma nova abordagem: as mulheres são reconhecidas como sujeitos sociais nas investigações em saúde visto que, ao longo dos anos, a atenção à saúde das mulheres sempre esteve restrita ao seu potencial reprodutivo.

Com o propósito de associar as políticas de saúde e promover uma atenção integral à saúde da mulher em todos seus segmentos, os movimentos de mulheres em conjunto com pesquisadores e profissionais da Saúde, propuseram em 1984, o PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (SCHRAIBER; PORTELLA; MENICUCCI, 2009). Para as autoras em análise, o PAISM, porém, não tratou de imediato da violência, mas da reprodução humana, não representando avanço no reconhecimento da mulher como uma alteridade. Esse programa formulou uma perspectiva de saúde reprodutiva abordando a “mulher apenas em sua condição maternal, medicalizando o corpo feminino.” (SCHRAIBER; PORTELLA; MENICUCCI, 2009, p. 1022)

No que se refere à violência contra a mulher, a primeira experiência de serviços de assistência na área da saúde no Brasil foi entre 1989 e 1990, com a implantação de um serviço de saúde que realizava o aborto, nas situações previstas na Constituição brasileira (estupro e risco de vida para a mãe). Assim, esse serviço conseguia associar a violência à saúde, porém

restringia-se ao aborto e não ao enfrentamento da violência como problema (D'OLIVEIRA *et al.*, 2009).

Para Villela, Monteiro e Vargas (2009), as iniciativas de revelar os modos como as práticas de saúde produziam uma concepção de mulher na qual toda a sua subjetividade estava subordinada à sua capacidade reprodutiva é acompanhada de estudos que buscam mostrar a relação entre os problemas de saúde das mulheres e a sua condição de desigualdade frente aos homens. Do mesmo modo, começam a ganhar importância os estudos que abordam a saúde das mulheres não apenas na dimensão reprodutiva ou como uma parcela inespecífica da população, mas também como trabalhadoras e como sujeitos que têm necessidades de saúde além das reprodutivas.

3.4 ATENÇÃO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: O PROBLEMA DA INVISIBILIDADE NOS SERVIÇOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE

Decorridos mais de dez anos do relatório da OMS, o qual associa os temas violência e saúde, o impacto da violência na saúde de mulheres vitimizadas já é do conhecimento dos profissionais de saúde, pela magnitude e relevância do problema, como defendem D'Oliveira *et al.* (2009), entretanto ainda há dificuldades em identificar e cuidar das “vítimas” dessa experiência. A violência impacta significativamente corpo e mente de mulheres. Participantes de estudos em diferentes partes do mundo referem variada sintomatologia como consequência direta da violência em sua saúde: problemas como hipertensão arterial, doenças cardíacas, transtornos da ansiedade, distúrbios do sono e alimentação, depressão, stress, acidente vascular encefálico, paralisia facial, sangramentos vaginais e comprometimentos da sexualidade, maior tendência ao suicídio (MORENO, *et al.*, 2005). A vida social de algumas participantes também é fortemente comprometida pelos traumas gerados pela violência.

D'Oliveira *et al.* (2009) e Schraiber *et al.* (2005) provaram em pesquisa que mulheres em situação de violência recorrem aos serviços públicos de saúde com maior frequência do que outras que não passam por essa experiência. Suas principais queixas referem-se a distúrbios e patologias físicas e mentais e, quando utilizam os serviços de atenção primária, fazem-no em decorrência de doenças crônicas, agravos à saúde reprodutiva e sexual ou transtornos mentais. Contraditoriamente, essas mulheres recorrem em menor intensidade a ações preventivas no serviço primário. Semelhantemente, Porto (2006) afirma que as mulheres que sofrem violência procuram mais os serviços de saúde, entretanto a busca pelos

serviços da Atenção Básica ainda é pouco resolutiva, pois os profissionais ainda não identificam e/ou registram a violência nos prontuários como parte da rotina do atendimento, realizando encaminhamentos automáticos e não efetivos o que demonstra a falta de habilidade e competência para lidar com a situação.

De acordo com estudos de investigação nos serviços de saúde, feitos por Kronbauber e Meneghel (2005), há altas prevalências anuais de casos de violência perpetrada contra as mulheres por seus parceiros íntimos. Os estudos revelam que a prevalência varia de 4 a 39%, com uma prevalência de 55% de violência psicológica, 38% de física e 8% sexual. Os pesquisadores concluíram que as mulheres nessas condições têm expectativas de serem ouvidas e acolhidas, entretanto isso dificilmente se efetiva na atenção. Sugg e Inui (1992, p.3159) afirmam que são criadas barreiras no atendimento às mulheres, pelos profissionais, por falta de tempo e de recurso, medo de ofender as mulheres, falta de treinamento, “medo de abrir a *Caixa de Pandora*” e frustração por perceber a não resposta de muitas usuárias aos conselhos que recebem.

No que se refere ao registro da violência nos prontuários, Schraiber e D'Oliveira (1999), realizaram um estudo em São Paulo, em um serviço de atenção primária, revelando que 57% das mulheres atendidas relataram algum episódio de violência física na vida, porém apenas 10% dos casos estavam registrados em prontuário. Para Garbin *et al.* (2006), os profissionais de saúde muitas vezes suspeitam mas não investigam os casos de violência, desconsiderando a Lei de nº 10.778 de 2003 que estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados (BRASIL, 2003).

Foi considerando essa lei que o Ministério da Saúde implantou em 2006 o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), com a finalidade de viabilizar a obtenção de dados e divulgação de informações sobre violências e acidentes, o que possibilitaria conhecer a magnitude desses graves problemas de saúde pública. A implantação desse sistema de informação em violência atuaria como um reforço aos dados obtidos no Sistema de Informação de Mortalidade e o de Internação Hospitalar (SIM e SIH), nos quais os casos de violência só são expressos quando culminam em morte ou internação hospitalar. Entretanto, tais mecanismos ainda apresentam falhas e o real dimensionamento da violência contra a mulher, pelo setor saúde, ainda não pode ser obtido.

As deficiências quantitativas e qualitativas dos nossos Sistemas de Informação se agregam ao maior entrave para a visibilidade da violência doméstica contra a mulher para a

gestão: a baixa notificação de casos que ocorre nos serviços, expressando a real dificuldade para o profissional em reconhecer esse problema como uma questão de saúde que requer a sua intervenção efetiva.

Lettiere, Nakano e Rodrigues, (2008), Pedrosa e Spink (2011), Almeida *et al.* (2011) e Almeida, Silva e Machado (2014) apontam os principais problemas que contribuem para a invisibilidade desse tipo de violência no serviço: além da redução do problema ao plano biológico, a violência de gênero, raça/etnia e classe social não é contemplada nos currículos da academia. Garbin *et al.* (2006) afirmam que a maioria das disciplinas de saúde, medicina, odontologia e enfermagem, entre outros, não contemplam em seus currículos nem em seus programas de educação permanente, formação nos aspectos relacionados com a violência doméstica, e, por isso, tais profissionais não se encontram preparados para oferecer uma atenção efetiva na saúde da mulher maltratada. A complexidade em abordar o problema diante da não confissão da mulher também se constitui um grande entrave, além da desresponsabilização dos profissionais pelo problema, o que gera encaminhamentos aos serviços especializados e a profissionais que são referenciados, como aqueles que decidiram lidar com o fenômeno (psicólogos e assistentes sociais); pesa também a insegurança pela falta de protocolos que orientem a atuação profissional e falta de conhecimento da rede de serviços. Em geral, Vicente e Vieira (2011) destacam que há limites na capacidade do profissional médico em reconhecer e lidar com o problema, isso porque, além dos “preconceitos” que cada pessoa carrega em relação à mulher que “permanece” em condição de violência, esse problema traz situações com as quais os médicos não foram capacitados para diagnosticar e manejar.

O reconhecimento da violência nos serviços de saúde é ainda menor, quando nos referimos à violência psicológica. Para Saffioti (2011, p. 70) as agressões psicológicas (manipulações verbal e comportamental, insultos, chantagem e isolamento) são raramente percebidas como violência por não serem atos imoderados e/ou cruéis que deixam danos físicos severos. Diz a autora: “O que ocorre, no Brasil, é que a violência psicológica contra a mulher se tornou tão corriqueira que deixou de ser percebida como agressão.” Isso implica dizer que os serviços de atenção primária já assistem, em grande medida, casos de violência doméstica cometida contra mulheres, porém não os reconhecem como tal, muito menos registram nos seus prontuários, gerando a pouca resolutividade, como já foi referido. Para Schraiber e D'Oliveira (2008), a invisibilidade da violência no campo da saúde decorre também do que as autoras chamam de “recusa tecnológica”:

A violência nas representações e concepções dos profissionais do campo, ou não possui tecnologia na saúde, ou quando há propostas nessa direção, como o são as recomendações de escuta e orientação para a tomada de decisões compartilhadas com as mulheres sobre as rotas para lidarem com a violência, tal assistência não lhes parece da Saúde: nem tão boa, nem tão competente como as demais intervenções desse campo (SCHARAIBER; D'OLIVEIRA, 2008, p. 231).

Além da predominância de uma assistência tradicional, fragmentada e estritamente biologicista, e da “recusa tecnológica” por parte de muitos profissionais, outro fator que contribui para a não prestação de uma assistência integral e efetiva, segundo Guedes, Silva e Fonseca (2009, p. 626), seria “a influência das identidades de gênero, impregnadas de estereótipos que designam, para as mulheres, a submissão”. Essas identidades podem ser percebidas não apenas nas suas “vítimas”, que não assumem a violência sofrida, mas também nos profissionais do serviço que negligenciam a situação pela naturalização da opressão feminina na sociedade, da qual muitas vezes eles são também vítimas.

Para essas mesmas autoras, o saber instrumental que orienta as práticas profissionais está voltado para tratar, sobretudo, os danos físicos excluindo sentimentos e a subjetividade que afetam a saúde mental dessas mulheres e a sua capacidade de enfrentamento do problema, constituindo, nesse enfoque, um saber conservador da opressão de gênero (GUEDES; SILVA; FONSECA, 2009). Desse modo, a inadequação do saber instrumental constitui um obstáculo para o desenvolvimento de um processo de trabalho em saúde que seja transformador da realidade.

Nesse sentido, D'Oliveira *et al.* (2009, p. 1039) defendem que o modo de compreender e delimitar o problema a ser trabalhado é essencial para orientar uma dada intervenção, uma vez que “para cada definição do que venha a ser violência e qual a sua relação com a saúde, uma determinada intervenção é proposta e realizada, respondendo a finalidades sociais diversas”. A reorientação da assistência a essas mulheres na atenção básica depende de uma reformulação dos objetivos e do papel desse serviço, reorientando-os para um cuidado integral a essas mulheres aliando essas ações a outras atuações sociais, buscando a intersetorialidade, como assim afirma o Ministério da Saúde:

Por meio da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a Área Técnica de Saúde da Mulher tem como objetivo aumentar o número de serviços de atenção à violência em Estados e Municípios, apoiando-se na organização de redes integradas, que devem se constituir em ações voltadas à população. Essa demanda pleiteada por estados e municípios reforça a necessidade de construção de estratégias de organização da gestão de redes e

serviços, no sentido de ofertar ações eficientes de acordo com as necessidades apresentadas. (BRASIL, 2010).

O uso efetivo dessa ampla rede intersetorial (Casas-Abrigos, Centros de Referência e Reabilitação, Defensorias e Delegacias da Mulher entre outras) se faz importante no sentido de garantir a integralidade e a efetividade do atendimento. Muito embora, é sabido que em cada um destes serviços a violência adquire um recorte diferenciado (doença, crime, miséria, abuso de álcool e drogas, conflito de gênero) o que pode tornar frágil e instável essa teia de serviços. Nesse contexto, para a boa execução da associação desses serviços, é importante a presença, em todas as instituições, da consciência das outras ações associadas e dos outros profissionais com quem haverá a interação, garantindo que a escuta interessada e a reflexão crítica estejam sempre presentes, o que faz dessa perspectiva um grande desafio no que concerne à atenção integral das vítimas de violência (D'OLIVEIRA *et al.*, 2009).

O serviço de saúde deve, portanto, estar preparado para receber, abordar a temática, criar espaços para discussão e enfrentamento do problema, além de encaminhar essas mulheres às outras instituições especializadas. Para tanto, Guedes (2006) destaca a importância de proporcionar a essas mulheres um percurso seguro ao longo dessa rota de serviços, evitando que elas passem por situações de desgaste emocional ou que sejam “revitimizadas” ao serem atendidas de modo ineficaz em cada setor.

Por esse motivo, destaca-se a importância de programas como a Educação Permanente em Saúde e a capacitação dos profissionais em questões de gênero e violência, com o objetivo de proporcionar uma reorientação do trabalho em saúde na atenção à mulher em situação de violência. Para Almeida, Silva e Machado (2014) o novo trabalho tomaria, por exemplo, como seu objeto a transformação da situação de opressão para a situação de emancipação da mulher que sofre violência doméstica. Para tanto o profissional de saúde deveria ser capaz de despertar as motivações dessas mulheres para o enfrentamento da violência, sua denúncia e as consequências dela. Nesse sentido, defende-se que o enfrentamento da violência contra a mulher no serviço de saúde requer “a inclusão da perspectiva de gênero” nas políticas e nas práticas profissionais (GUEDES; FONSECA, 2011, p. 1735). Por este motivo, o recorte deste novo objeto implica a utilização de novos instrumentos de trabalho entre os quais a perspectiva de gênero, no que se refere ao saber sobre as relações desiguais entre os seres do sexo feminino e do sexo masculino, com a finalidade de tornar possível a resolução de conflitos entre as partes em situação de violência doméstica.

Síntese do capítulo

As pesquisas atuais demonstram o impacto significativo da violência na vida e na saúde das mulheres. A grande incidência, recorrência e severidade dos casos, além dos traumas físicos e psicológicos que provoca a torna um grave problema de Saúde Pública em todo o mundo.

A luta dos movimentos de mulheres contribuiu para a inclusão do problema nas agendas e discussões de diferentes áreas do conhecimento, fazendo com que a violência seja reconhecida, sobretudo como uma violação aos direitos das mulheres. Apesar das conquistas no âmbito das políticas públicas e da legislação, um dos desafios atuais consiste na reorientação do processo de trabalho dos agentes que recebem e acolhem essas mulheres nos serviços de apoio de uma rede desarticulada e sem comunicação. Na saúde, pesquisas evidenciam significativa prevalência de mulheres em situação de violência doméstica no serviço, entretanto esse problema permanece invisibilizado pela falta de práticas profissionais que possam traduzir demandas em necessidades de saúde e identificar a violência subentendida nas queixas das mulheres.

Nesse contexto, ressalta-se a premência de implementar ações e desenvolver abordagens para capacitar os agentes do cuidado nas questões de gênero, associando o saber de diferentes áreas do conhecimento no sentido de proporcionar uma reorientação da assistência em saúde na atenção à mulher em situação de violência. Um cuidado em saúde com potencialidades emancipatórias da opressão de gênero, a garantia dos direitos das mulheres e a consolidação de uma cultura para a cidadania e para a equidade, são pontos relevantes para o enfrentamento do problema da violência doméstica, conforme preconizam as políticas públicas e a legislação nacional que versam sobre o tema.

*“Quem não se movimenta não sente as correntes
que o prendem.”*

(Rosa Luxemburgo)



4 PERCURSO METOLÓGICO

Observou-se a necessidade de pensar em novas abordagens e ferramentas que possam auxiliar os processos de educação e formação permanente dos profissionais, no sentido de mobilizar saberes e qualificar práticas, que contemplem o enunciado do saber de Gênero. A pretensão é que a violência possa ser compreendida como um problema social de origens históricas e culturais que precisa ser reconhecida, investigada e enfrentada no setor, a partir da promoção de uma atenção com potencial emancipatório da opressão de gênero, em que haja valorização e fortalecimento da mulher em seu sofrimento. Do mesmo modo, observou-se as potencialidades dos *serious games* como uma ferramenta pedagógica para subsidiar tais processos de formação e qualificação profissional.

Nesse sentido, para atender aos objetivos propostos de implementação e avaliação de um *serious game* que aborde a temática de violência contra a mulher, com enfoque na atuação do profissional de saúde, o trabalho comportou a adoção simultânea e complementar de duas abordagens metodológicas: a qualitativa e a quantitativa, realizadas em momentos distintos, cenários e amostras diferenciadas. Este capítulo apresenta o caminho metodológico percorrido neste trabalho.

4.1 PESQUISA QUALITATIVA PARA DEFINIÇÃO DO CONTEÚDO DO JOGO

Um plano qualitativo foi utilizado para a definição da dimensão pedagógica do jogo, ou seja, para a identificação dos temas que conduziram a construção de categorias de um Mapa Conceitual (MC). O agrupamento dos temas abordados no MC deu visibilidade aos significados cultural e ideológicos que a violência contra a mulher assume para os profissionais da atenção básica a respeito do fenômeno.

4.1.1 Tipo do estudo

Para este estudo, uma pesquisa exploratória pretendeu identificar as concepções de profissionais de saúde a respeito da violência contra a mulher. A pesquisa de abordagem qualitativa teve como finalidade validar o material teórico (temas) esboçado para a construção de um MC, previamente elaborado pela pesquisadora e por especialistas. Tal Mapa contém os

temas e as categorias abordados no jogo. A pesquisa qualitativa se mostrou adequada pela necessidade de investigar fatos não mensuráveis.

4.1.2 Cenário e amostra do estudo

A pesquisa foi realizada em maio de 2012, na Unidade de Saúde Integrada Viver Bem, do Distrito Sanitário IV, no município de João Pessoa. A unidade integrada é composta por três equipes de saúde ampliada e a pesquisa aconteceu no momento de reunião das equipes com a presença de 21 profissionais de diferentes categorias: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos, agente de saúde bucal, agente comunitário de saúde, dentre outros.

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado em meados de 1993 e legalizado em 1994, pelo Ministério da Saúde. Com o objetivo de efetivar os princípios de universalização, equidade e integralidade da nova política de saúde que se construía com a implementação do SUS, o PSF foi considerado como uma estratégia de reorganização dos serviços e reorientação assistencial das práticas profissionais. Nesse enfoque a Estratégia de Saúde da Família contribuiu ainda para o processo de desospitalização, enfatizando a execução de ações focadas na promoção de saúde, prevenção de doenças e reabilitação do indivíduo e comunidade (BRASIL, 1997).

Os serviços de saúde, na cidade de João Pessoa, estão organizados e distribuídos a partir da demarcação territorial na forma de Distritos Sanitários (DS) (JOÃO PESSOA, 2013). Ao todo são cinco DS que organizam a política e as ações executadas pelos serviços de baixa, média e alta complexidade. Os DS são “territórios” de tamanhos diferenciados, com número de serviços em quantidades e tipos também diferenciados, obedecendo ao tamanho da população adstrita. A organização dos serviços de saúde em João Pessoa, por Distritos Sanitários está ilustrado no Mapa da figura 6. No mapa, nas cores rosa, laranja, azul, roxo e verde representam, respectivamente, os distritos I, II, III, IV e V e os pontos vermelhos referem-se às Unidades de Saúde da Família.

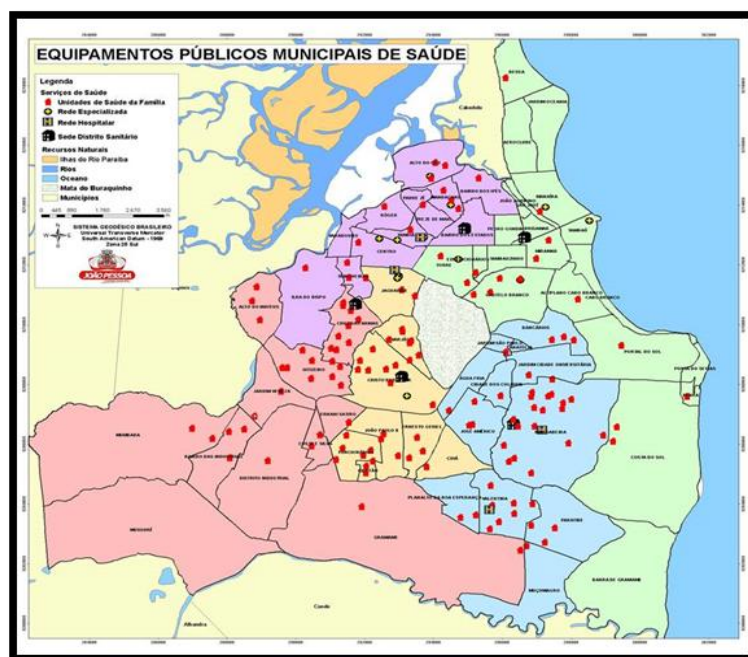
4.1.3 Procedimento de coleta de dados

O momento de coleta de dados para a pesquisa qualitativa ocorreu por meio de uma oficina de trabalho com a discussão sobre o tema da violência doméstica contra a mulher. A discussão teve início com a apresentação pessoal da pesquisadora, seguida por uma

apresentação dos participantes. Na sequência foi solicitado aos profissionais relatarem casos de violência contra a mulher que já atenderam ou tiveram conhecimento.

No momento seguinte, foi solicitado ao grupo usar uma só palavra que descrevesse o que eles sentem/pensam em relação à violência contra a mulher, a fim de identificar os temas (que estão relacionados às categorias) que os participantes relacionavam à violência doméstica contra a mulher.

Figura 6 – Organização dos serviços de saúde em João Pessoa por Distritos Sanitários



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – João Pessoa, 2013.

Em seguida, a discussão foi direcionada para obter-se as concepções e discursos que veiculam as posições sociais, e orientam as práticas daqueles profissionais, e identificar quais as áreas do conhecimento estão relacionadas aos temas mencionados por eles, com o objetivo de avaliar a inclusão ou a confirmação dos temas pensados para o MC.

Com o fim da discussão livre, foram apresentadas nove perguntas (protótipo do jogo) que contemplavam temas pensados para a construção do Mapa, com a finalidade de avaliar se ocorria a identificação dos temas por parte dos profissionais.

Além de identificar categorias, essa parte da pesquisa contribuiu para categorizar os desafios do jogo, em grupos, de acordo com o tema que abordavam. O roteiro completo do momento de discussão da oficina (**Apêndice A**).

4.1.4 Análise do material empírico

A fonte do material empírico foram os depoimentos obtidos por ocasião da oficina. Questionou-se sobre as concepções dos profissionais relativas à violência doméstica cometida contra mulheres e sobre a assistência, no enfoque de gênero, prestada por eles às mulheres que procuram o serviço.

As atividades da oficina foram gravadas, os depoimentos transcritos em sua íntegra e analisados pela técnica de análise de discurso proposta por Fiorin (1999), a qual permitiu verificar as posições sociais e ideológicas dos sujeitos da pesquisa, sobre como eles compreendem essa violência praticada contra a mulher e a sua atuação profissional. Em todo o processo de análise e discussão, o material empírico foi relacionado à literatura pertinente para ancorar as posições sociais reveladas nos temas identificados e permitir a identificação/construção das subcategorias empíricas que explicam o fenômeno investigado.

Como categorias de análise foram usadas: violência doméstica contra a mulher e processo de trabalho. Nesse estudo, considera-se que, de acordo com Gonçalves (1992), a organização tecnológica do trabalho em saúde, ainda dominante no país nos dias atuais (apesar da implantação do SUS e do novo modelo que ele representou) atende ao modelo de atenção tradicional que recortou como objeto de trabalho o corpo humano em suas dimensões individual e coletiva. A finalidade, foi recortada como o controle das doenças e a recuperação da força de trabalho incapacitada pela doença, entre os instrumentos do trabalho há o saber. Estes em combinação com a visão de mundo dos profissionais, manifestam-se nos equipamentos de diagnóstico e terapêuticos. Desse modo, na perspectiva da transformação do processo de trabalho na assistência à mulher em situação de violência doméstica, cabe mobilizar novos saberes, capazes de reconhecer a violência contra a mulher, com raiz nas relações desiguais entre os gêneros. Assim será possível desenvolver uma atuação profissional competente e com maiores possibilidades de fomentar a emancipação das mulheres em situação de violência doméstica (ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2014).

A análise dos depoimentos permitiu identificar as seguintes subcategorias: 1) *A invisibilidade da violência doméstica contra as mulheres nos serviços de saúde* e 2) *Violência doméstica: Gênero, Direitos Humanos e Saúde*.

4.1.5 Aspectos éticos

Essa investigação atendeu aos princípios éticos da pesquisa com seres humanos e ocorreu conforme autorização do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley da UFPB, sob protocolo de número 028/11. Todos os participantes aceitaram livremente contribuir para a pesquisa, atestando a sua anuência com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para garantir o anonimato dos participantes, os depoimentos foram codificados de acordo com a ordem em que foi relatado na discussão (Exemplo: Participante 1 – Part. 1).

4.2 PESQUISA QUANTITATIVA PARA AVALIAÇÃO DO JOGO

O plano quantitativo foi utilizado no processo de validação do jogo após o seu desenvolvimento. A validação do jogo enquanto tecnologia de ensino para qualificação profissional, ocorreu a partir da verificação das potencialidades pedagógicas e formativas do jogo e da sua aceitação pelos jogadores.

4.2.1 Tipo de estudo

A pesquisa quantitativa teve caráter exploratório, do tipo transversal. Os estudos transversais são também conhecidos como de prevalência, visto que buscam identificar medidas de frequência de um evento, apontando prevalências do evento estudado (MEDRONHO, 2007).

Por meio da estatística descritiva e analítica, buscou-se avaliar o jogo quanto à sua aceitação e efetividade pedagógica, a partir da análise das impressões dos jogadores, a respeito da ferramenta, e da identificação da apreensão de conceitos, de crenças e de valores relacionados à violência contra a mulher.

A escolha desse método deve-se ao fato dele permitir a mensuração da frequência e da intensidade de determinadas características, a partir do uso de escalas (TURATO, 2005). Nesse tipo de abordagem, é possível “classificar, ordenar e medir as variáveis para apresentar estatísticas, comparar grupos e estabelecer associações” entre eventos/fenômenos (VIEIRA, 2009, p. 05). Para essa mesma autora, o conhecimento obtido com a pesquisa quantitativa é generalizável, com possibilidades para estender os resultados, considerando a margem de erro, para toda a população de onde advém a amostra.

4.2.2 Cenário de estudo

A pesquisa aconteceu em Unidades de Saúde da Família (USF) do Programa Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município envolvido, João Pessoa. A escolha desse espaço deve-se ao fato de que o jogo foi produzido para os profissionais deste serviço, reconhecido como “a porta de entrada do usuário no setor de saúde”, configurando-se como o primeiro serviço acessado pelo usuário, devido à especialidade e características deste. Por essas razões, a ESF atua como um mecanismo de reorientação do modelo assistencial em saúde, na perspectiva do SUS, e a capacitação e qualificação destes profissionais é visto na atualidade como mecanismo estratégico de construção e consolidação das atuais políticas públicas de saúde, focadas no primeiro nível de atenção, o da promoção à saúde, e na consideração dos determinantes sociais do processo saúde-doença.

A seleção das USF, cujos profissionais participaram da pesquisa, aconteceu por amostragem aleatória (sorteio), seguindo as indicações dos resultados estatísticos obtidos a partir da realização de um estudo piloto.

4.2.3 População do estudo

Os sujeitos da pesquisa foram o público-alvo do jogo: os profissionais que integram as USF investigadas. Isso incluiu toda a equipe multiprofissional da ESF do tipo I com Saúde Bucal modalidade I: médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem, agente de saúde bucal, agentes comunitários de saúde (ACS) (BRASIL, 2011). Como o trabalho na ESF pauta-se na articulação e interação entre a equipe multiprofissional, é importante que todas essas categorias de profissionais estejam aptas para receber, acolher, identificar e atuar diante dos casos de violência contra a mulher, dentro das atribuições legais que norteiam a prática profissional de cada um.

A população do estudo foram os indivíduos, público-alvo da aplicação, profissionais das 180 ESF distribuídas em 104 USF do município de João Pessoa. De acordo com dados cordialmente fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, em fevereiro de 2013, esse número estava estimado em aproximadamente 2500 profissionais distribuídos em 180 equipes, nos cinco Distritos Sanitários. Para dimensionamento amostral e calibração do instrumento de coleta de dados, foi feito um estudo piloto com 119 profissionais de saúde, nos cinco Distritos sanitários.

4.2.4 Instrumento de coleta de dados

Para avaliar e validar o jogo desenvolvido, foram elaborados dois Questionários (Q). O primeiro, nomeado nesse trabalho de forma abreviada por **QA (Apêndice B)**, foi usado para verificar a potencialidade pedagógica do jogo à medida que investigou aspectos cognitivos e afetivos do processo de aprendizagem relacionado à violência doméstica contra a mulher. O conteúdo desse instrumento foi elaborado com base nos temas discutidos no jogo (método avaliado), portanto esse instrumento foi usado como um teste para medir conteúdos relativos ao jogo desenvolvido.

O QA apresenta 14 itens de respostas fechadas, divididos em dois blocos: o Bloco I contém itens de avaliação do conteúdo formativo, com apreensão dos conceitos assimilados ligados, portanto, aos resultados da dimensão cognitiva do processo de aprendizagem. Já o Bloco II apresenta itens na forma de escala, que avalia concepções e valores ideológicos dos jogadores, relacionados à violência contra a mulher (VCM). As dimensões e variáveis do QA estão apresentadas no quadro 3.

Quadro 3 - Dimensões e variáveis do Questionário A (QA)

QUESTIONÁRIO A: Potencialidade pedagógica do jogo	
Dimensões	Variáveis
1. Apreensão de conceitos: ligados aos aspectos cognitivos	•Diferenciação entre Gênero e Sexo •Determinação da VCM •Conceito de VCM •Notificação Compulsória •Legislação Nacional •Auto avaliação - atuação •Conformação de Rede de serviços
2. Apreensão de valores e significados culturais: ligados aos aspectos afetivos	•Compreensão do problema enquanto fenômeno social •Identificação e investigação •Identificação das necessidades em saúde •Atuação profissional •Questionamento de valores e estereótipos de gênero

Fonte: Elaborado pela autora

Para a verificação da potencialidade pedagógica do jogo, o QA atuou como um teste aplicado antes e após o contato com o jogo para o mesmo grupo amostral (pré e pós-teste) e as notas globais obtidas nos dois momentos foram analisadas e comparadas verificando as

diferenças, que significaram mudanças de respostas. De acordo com essas informações, a aplicação do QA em dois momentos (pré e pós-jogo) buscou, portanto, identificar se o jogo é potente para despertar as motivações para o aprendizado e orientar mudanças de concepção e de comportamentos.

O segundo questionário, **QB (Apêndice C)**, foi aplicado após o jogo com o objetivo de avaliar as impressões e aceitação do jogador em relação à aplicação enquanto ferramenta educacional. O questionário apresenta 22 itens sendo 3 deles para resposta aberta sobre sugestões para melhoramento do jogo. Além de investigar sobre a aceitação da ferramenta enquanto metodologia educativa, o QB ainda apresenta uma dimensão sobre componentes formativos da aprendizagem, indagando sobre conceitos apreendidos, dentre outras questões. As quatro dimensões do QB encontram-se descritas no quadro 4.

Quadro 4 - Dimensões e variáveis do Questionário B(QB)

QUESTIONÁRIO B: Aceitação do jogo enquanto ferramenta educativa	
Dimensões	Variáveis
1.Perfil	•Sexo •Faixa etária •Grau de instrução •Escolaridade
2.Aceitação da ferramenta	•Aprovação •Opinião •Motivação para continuar jogando •Opinião sobre a estória •Grau de importância do assunto •Indicações •Motivação para jogar novamente
3.Componentes formativos da aprendizagem	•Compreensão sobre o problema •Apreensão de novos conceitos •Sobre o que foi apreendido •Percepção de potencialidades do jogo
4.Interface e apresentação gráfica	•Desenhos •Cores •Personagens •Diálogos
5.Jogabilidade	•Facilidade/Dificuldade •Compreensão das mensagens •Uso dos dispositivos de entrada (mouse) •Passagem das cenas

Fonte: Elaborado pela autora

Antes de iniciar a pesquisa de campo, o QA foi averiguado por três especialistas da

área da saúde da mulher e estudos em Gênero, que sugeriram alterações quanto ao conteúdo do questionário. Em seguida, os dois questionários passaram por um estudo do tipo piloto com 119 profissionais da atenção básica, que culminou com a correção de erros de digitação, mudanças na apresentação do instrumento e outras alterações correspondentes à forma e ao conteúdo investigativo, especificamente no QA.

4.2.5 Estudo piloto para cálculo amostral e calibração dos instrumentos de pesquisa

O tamanho da amostra foi calculado com alocação ótima, considerando como referência as estatísticas utilizadas no estudo piloto. Nessa fase da pesquisa, 119 profissionais de saúde de USF em João Pessoa, escolhidos de forma aleatória em 33 Equipes de Saúde da Família (ESF), testaram o jogo e responderam aos questionários. Os resultados dessa etapa foram utilizados para validação dos instrumentos de coleta das informações e para análise dos dados de desvio padrão e variância para subsidiar o cálculo amostral em cada distrito sanitário.

Tomando como referência as notas obtidas no questionário do tipo A, foram obtidas as medidas de dispersão dos dados, variâncias e desvio padrão, por distritos sanitários, para cálculo amostral segundo a fórmula 1.1.

$$n_h = \frac{n N_h \sigma_h}{\sum_{k=1} N_k \sigma_K} \quad (1.1)$$

A fórmula 1.1 considera a variabilidade individual (numerador) e a variabilidade em conjunto (denominador) para cálculo da amostra (n) por estratos (h), que são os distritos sanitários. A fim de obtermos também a calibração do instrumento, foi utilizada uma margem de erro considerada baixa de 0,23, um nível de significância de 95% e uma margem de perda de informação esperada de 10%. A partir desses parâmetros e dos resultados do estudo piloto, foi possível obter o número da amostra para coleta de dados de 84 profissionais de saúde, conforme distribuição nos distritos sanitários de acordo com o quadro 5.

Quadro 5 - Distribuição da amostra por estrato, Distritos Sanitários

Estrato	n_h
I	20
II	25
III	15
IV	14
V	10
Total	84

Fonte: Elaborado pela autora

Como critérios de inclusão dos profissionais na pesquisa, foi utilizado as seguintes questões:

- Fazer parte da equipe de saúde do serviço, cenário da pesquisa há pelo menos 06 meses;
- Integrar a equipe básica, que de acordo com Ministério da Saúde, deve conter, no mínimo, um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental (BRASIL, 2011).
- Desenvolver as atividades profissionais no período da investigação;
- Manifestar interesse em participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os critérios de exclusão dos profissionais na pesquisa foram: o tempo de atuação inferior a 6 meses na ESF; não compor a equipe básica ampliada à saúde bucal e estar afastado das suas atividades laborais no período da pesquisa.

4.2.6 Procedimentos de coleta e análise dos dados

Após autorização da instituição responsável (Secretaria de Saúde do Município de João Pessoa – Gestão de Educação em Saúde) e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/UFPB), a visita ao cenário de estudo era agendada previamente com o gerente da Unidade (apoiador matricial). Durante a visita, o projeto era então apresentado quanto aos seus objetivos e após confirmação da equipe

presente e do atendimento aos critérios de inclusão da pesquisa, eram identificados os participantes da pesquisa.

Os instrumentos (QA e QB) foram aplicados antes (QA) e após o jogo (QA+QB). No caso do questionário A, que mede as potencialidades pedagógicas, a sua aplicação está de acordo com a técnica de delineamento “Uma amostra de sujeitos, um mesmo teste e duas ocasiões”, que segundo Pasquali (2011, p. 196) significa aplicar a uma mesma amostra, um mesmo teste, duas vezes, em duas ocasiões diferentes. Entretanto, para evitar vieses, o respondente na segunda ocasião, não tinha acesso às suas respostas na primeira ocasião.

Ao fim da coleta, foram obtidas as notas globais dos Questionários tipo A, nas duas ocasiões (pré e pós-jogo), e os resultados finais do Questionário B. Os dados foram digitados, em dupla entrada, em uma planilha Excel e foram analisados com apoio do *software* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) na sua versão teste (*for student*).

A obtenção das notas globais do QA ocorreu de forma semelhante à avaliação do jogo: através de índices e ponderação dos itens. Foram criados dois índices: um para o Bloco I que buscou avaliar os resultados da aprendizagem ligados ao nível cognitivo (lembrar, compreender, aplicar) e o outro, Bloco II, correspondente aos resultados do nível afetivo (receptividade, valorização, organização). Cada item foi pontuado, de acordo com os graus de importância seguidos no jogo e ao fim foi gerada uma nota global (a soma dos valores dos dois índices).

Para comparar as notas globais no pré e pós-teste e provar as hipóteses de que as notas globais são diferentes no pré e pós- jogo, foi aplicado um Teste Estatístico não Paramétrico, o Teste de Wilcoxon. Os testes do tipo não paramétricos não se prendem à suposição da distribuição normal ou qualquer outra (distribuição livre de suposição). Já o teste de Wilcoxon foi escolhido por atender ao critério de se ter dois grupos emparelhados, nesse caso, uma amostra que passou por tratamentos diferentes (pré e pós-teste).

Nesse contexto, o teste de Wilcoxon, buscou provar a hipótese 1 do par de hipóteses seguintes:

H_0 : As medianas das notas globais são iguais nos dois momentos (pré e pós-jogo).

H_1 : As medianas das notas globais antes e após o jogo são diferentes.

Quanto ao questionário B, às proporções finais das respostas dos participantes, foram apresentadas através da estatística descritiva (frequência simples e relativa) e isso permitiu

avaliar a aceitação do jogo pelos usuários, através da verificação das variáveis apresentadas no quadro 4.

4.2.7 Aspectos Éticos da Pesquisa

Essa pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil e à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Lauro Wanderley em João pessoa. A pesquisa de abordagem quantitativa foi aprovada de acordo como Protocolo CAAE 16753713.0.0000.5183 (**Anexo A**), por atender as normas e diretrizes que regulamentam a pesquisa envolvendo Seres Humanos (Resolução 196, hoje substituída pela 466/12).

Considerando as exigências éticas e científicas referentes às pesquisas que envolvem seres humanos, esse estudo não apresentou risco atual ou potencial, individual ou coletivo à saúde ou à vida dos profissionais participantes do estudo, e tampouco ofereceu constrangimento ou sanções no ambiente de trabalho aos participantes, tendo em vista que os procedimentos de coleta, análise e publicação dos resultados assegurou a confidencialidade e privacidade das participantes, bem como, respeitou o seu consentimento livre e esclarecido e acatou a sua solicitação de desistência da participação do estudo em qualquer momento da realização da pesquisa.

De acordo com a resolução 466/12, foram garantidos o esclarecimento e anonimato do participante da pesquisa através da apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**Apêndice D**).

“Nunca ande pelo caminho já traçado, pois ele conduz somente até onde os outros já foram”.

(Alexander Graham Bell)



5 DESENVOLVIMENTO DO *SERIOUS GAME*

Na atenção à mulher em situação de violência doméstica, pressupõe-se que os profissionais de saúde estão aptos para identificar e apresentar respostas aos problemas dessa natureza. Contudo, tais problemas têm sido invisibilizados e não são reconhecidos como necessidades de saúde nos serviços da Atenção Básica. No sentido de chamar a atenção para a questão, Schraiber e D'Oliveira (2008) já destacam a premência de se empregar novas intervenções e abordagens específicas para os profissionais, com linguagem e saberes novos para orientar suas intervenções.

Para Albuquerque *et al.* (2010), o trabalho pedagógico com narrativas, como ocorre nos *serious games*, é uma potente ferramenta para inferir sobre a possibilidade de construção de novos significados a partir de experiências reais vivenciadas pelos jogadores, como nesta situação. Assim, os *serious games* podem contribuir para uma metodologia educativa por permitir a experimentação de situações imaginadas como possibilidades, mas que são frequentes na realidade de muitas pessoas e dos serviços de saúde (ALBULQUERQUE *et al.*, 2010).

De acordo com o que foi discutido sobre a pesquisa com os *serious games* que tratam da violência contra mulheres, eles apresentam como público-alvo, predominantemente, crianças e adolescentes, na perspectiva de prevenção, identificação e manejo dos casos entre os jovens, com o objetivo de trabalhar a mudança de concepções e, conseqüentemente, de comportamentos. Entretanto, não foi encontrado nenhum aplicativo com essa abordagem para profissionais de saúde que atuam cotidianamente com casos de violência doméstica contra a mulher e, mesmo assim, não investigam, nem identificam, ou registram tais casos.

A dificuldade dos profissionais de saúde na atenção a mulheres em situação de violência doméstica decorre muitas vezes da complexidade do problema. Por esta razão, a violência tem assumido o caráter de objeto invisível e acarretado conseqüências na assistência que vão desde a revitimização da mulher – que não tem as suas necessidades em saúde atendidas – à falta de organização da gestão no processo de tomada da decisão para implementar estratégias de prevenção e enfrentamento da violência.

Nesse contexto, no sentido de contribuir para a consolidação de uma assistência em saúde com qualidade resolutiva, urge desenvolver novas competências nos profissionais de saúde para atuar em situações de violência contra a mulher, por meio do diálogo e do

entendimento, na busca da resolução dos conflitos de gênero. Essa possibilidade requer a compreensão das diferentes vozes ou posições sociais sobre as relações entre homem e mulher que circulam nas sociedades. Assim, os profissionais poderão identificar as contradições que determinam o fenômeno e definir-se pelo enunciado que defende a equidade entre os seres humanos, para o estabelecimento do contrato com essa nova posição, já constituída em torno da categoria gênero. Por se tratar de um saber que atravessa todas as áreas do conhecimento, a apropriação do conceito de gênero é difícil, o que justifica buscar novas abordagens, a exemplo dos jogos, como também diferentes recursos pedagógicos, como ferramentas para sua apreensão na expansão dos meios para a qualificação profissional.

Com base nessa problemática, o jogo desenvolvido precisa ter potencial para abordar o tema da violência contra a mulher para um público adulto, na perspectiva do enfrentamento do problema, buscando relacionar informações e, também, despertar as motivações dos sujeitos sobre a importância do processo de tomada de consciência para a mudança de práticas e para o desenvolvimento de novas competências. Essa tomada de consciência ainda não é a conscientização, visto que, de acordo com Paulo Freire, esta consiste no desenvolvimento crítico da tomada de consciência. Dessa maneira, o jogo pode despertar as motivações para a tomada de consciência, mas cabe aos sujeitos ir além da apreensão da realidade e assumir o compromisso da transformação da realidade, conscientizar-se (FREIRE, 1980).

Nesse enfoque, na primeira fase de desenvolvimento do *serious game* buscou-se adequar uma abordagem pedagógica à dimensão teórica identificada para o jogo, que permitisse alcançar essas pretensões.

5.1 A DIMENSÃO CONSTRUTIVISTA: ABORDAGEM PEDAGÓGICA EMPREGADA PARA O JOGO

Apesar de amplamente produzidos nas últimas décadas, o valor educacional de muitos jogos com propósitos ainda precisa ser provado (WOUTERS; OOSTENDORP, 2013). Assim, a criação de jogos com fundamentação em uma corrente pedagógica apresenta-se como um desafio para criar jogos com maior potencialidade e alcance pedagógico. No tocante aos jogos voltados para a formação profissional, busca-se ainda utilizar abordagens que fujam das tradicionais, aquelas que apenas repassam conteúdo e são de qualidade tecnicistas.

Considerando as potencialidades dos *serious games* para atuar nos diferentes domínios de aprendizagem (cognição, afetividade e psicomotor), este estudo utiliza a

perspectiva *Construtivista* com base na metodologia Freiriana de problematização da realidade.

O Construtivismo é uma abordagem que, segundo a classificação de Misukami (1986), está inscrita nas teorias do Cognitivismo, tendo Jean Piaget um dos seus principais teóricos, especialmente pela grande difusão de suas obras na pedagogia em geral. Essa abordagem pedagógica é caracterizada pela forte interação entre sujeito e objeto e o aprendizado é decorrente da assimilação do conhecimento, que vezes é produzido por uma construção dinâmica a partir de uma interação entre indivíduo e ambiente (SANTOS, 2005). Neste aspecto, o Cognitivismo considera que a aprendizagem só ocorre a partir do exercício operacional da inteligência e só se realiza quando o aluno elabora o seu conhecimento (MISUKAMI, 1986).

O Construtivismo com o enfoque no sujeito como elaborador e criador do conhecimento também é uma das características da teoria de Paulo Freire ao defender que a prática educativa tradicional reprime a criatividade e o diálogo comunicativo, caracterizando-se como um assistencialismo educativo (FREIRE, 1992). Suas ideias ancoram-se no pensamento “Foucalteano” que defende a Educação como prática de liberdade por permitir um processo de construção efetiva dos sujeitos em que o objetivo do processo educativo é fazer o indivíduo criar-se, construir-se. Para Foucault, o sujeito é produtor de saberes, sendo o saber mais valorizado que o conhecimento, para enfatizar a multiplicidade de coisas envolvidas no processo de produção e não a relação de coisas que já estão prontas, assim para Foucault é mais interessante o saber que é construído, cotidianamente pelo sujeito, do que o conhecimento que é descoberto (NITTAS DIGITAL VÍDEO, 2009).

Com esses argumentos, Paulo Freire (1980) deixou seu legado para a Pedagogia atual, especialmente por defender que os seres humanos não existem fora do mundo, fora da realidade cultural. Essa teoria ficou conhecida como metodologia Problematizadora que tem os seguintes princípios segundo Bordenave e Pereira (1986):

- 1) conhecer algo requer a transformação daquilo. Nesse processo, o sujeito também se transforma; 2) a aprendizagem é uma resposta natural ao desafio de uma situação-problema; 3) a aprendizagem significa que o aluno passa de uma visão global de um problema para uma visão analítica, desenvolvendo uma síntese com hipóteses para solucionar esse problema, aplicando essas hipóteses na realidade, por meio da *práxis*, uma atividade transformadora de realidade (BORDENAVE; PEREIRA, 1986, p. 24).

Para Chaui (2004, p. 08), a *práxis* é um conceito que considera o modo de agir, no qual o sujeito, sua ação e “o produto de sua ação são termos intrinsecamente ligados e dependentes uns dos outros, não sendo possível separá-los”. Desse modo, a metodologia problematizadora, com bases no pensamento Freiriano obedece a um ciclo de ação, em que a realidade do ser humano é o ponto de partida e o de chegada de todo processo de aprendizado. No primeiro momento a realidade é observada para a formulação do problema, enquanto que no momento final, a realidade recebe a aplicação das hipóteses e soluções formuladas ao longo do processo (BERBEL, 1995).

De acordo com essas características, a dimensão teórica pensada para o jogo, apresentado nessa pesquisa, fundamenta-se na perspectiva Construtivista, por representar uma metodologia de aprendizagem ativa, em que o jogador detém autonomia no processo de construção dos seus conhecimentos. Esse processo ocorre a partir da interação com o jogo, com o seu enredo e com a sua inteligência, que se expressa na avaliação do jogador.

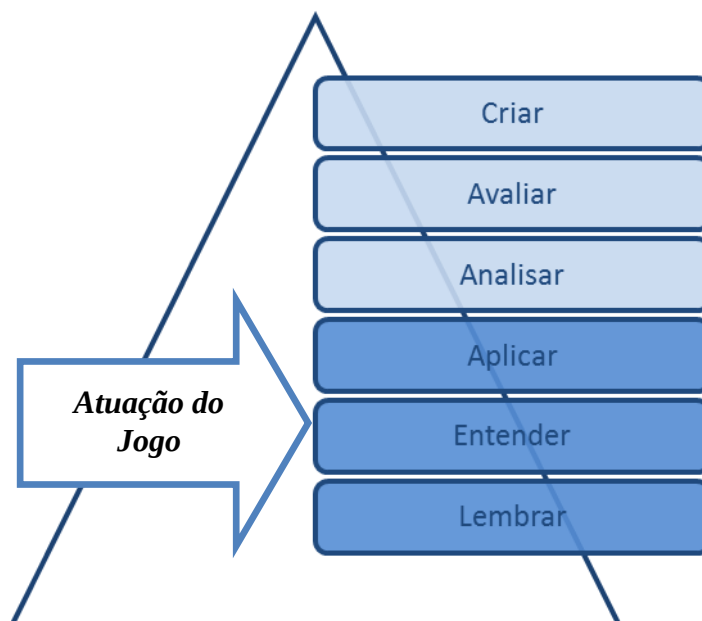
Dentro do Construtivismo, Bordenave e Pereira (1986) defendem que aprender é um processo integrado de cognição, afetividade e psicomotor que se mobilizam de forma orgânica. Nesse enfoque, por considerar a aplicação computacional como um método que trabalha com aspectos da aprendizagem variados, considerando a classificação de Benjamin Bloom para os objetivos educacionais (BLOOM, *et al.*, 1956), pode-se afirmar que o jogo apresenta elementos que atingem a perspectiva cognitiva e a afetiva do processo de aprendizagem.

No domínio cognitivo, a classificação dos objetivos de aprendizagem foi nomeada como Taxonomia de Bloom, considerando que o processo de aprendizagem segue uma estrutura hierárquica e progressiva perpassando por diferentes dimensões. Após sucessivas revisões da taxonomia original Anderson *et al.*, adaptaram em 2001 a classificação de Bloom para os seguintes níveis: lembrar (reconhecimento de conteúdos), entender (associação entre conteúdos novos com os previamente adquiridos), aplicar (aplicação do conhecimento em uma nova situação), analisar (separação em partes da informação), avaliar (realização de julgamentos baseados em critérios) e criar (criação de uma nova visão ou solução com base nos conhecimentos adquiridos) (FERRAZ; BELHOT, 2010).

Do ponto de vista do jogo, de acordo com os saberes trabalhados, o processo de aprendizagem na dimensão cognitivista perpassa os níveis da lembrança, do entendimento e da aplicação que correspondem aos processos de construção de conhecimento e desenvolvimento de competências, no que se refere aos saberes fazeres, visto que no último

nível do jogo ocorre o processo de tomada de decisão do jogador de acordo com os conhecimentos elaborados no processo. A atuação do jogo em relação às dimensões do processo cognitivo, de acordo com a Taxonomia de Bloom revisada, encontra-se ilustrada na figura 7.

Figura 7 – Atuação do Jogo de acordo com o nível da cognição, da Taxonomia de Bloom revisada (ANDERSON, et al., 2001)



Fonte: Elaborado pela autora

Em relação aos aspectos afetivos, para Ferraz e Belhot (2010, p. 423), de acordo com a classificação de Bloom, os níveis desse domínio são: “receptividade; resposta; valorização; organização; e caracterização”. Tais categorias estão ligadas ao desenvolvimento da área emocional e afetiva e “incluem comportamento, atitude, responsabilidade, respeito, emoção e valores”. Para Bloom (1983) a Receptividade envolve a percepção de valores, enquanto que a Resposta é a participação ativa; a Valorização envolve o compromisso e a aceitação; a Organização, a conceituação de valor; e a Caracterização corresponde ao comportamento por meio da internalização de valores.

Considerando essas definições, o jogo apresentado neste trabalho mobiliza diversas estratégias (uso de imagens, cores, expressões faciais dos personagens, mensagens, músicas) para que o jogador desperte suas motivações no que se refere à percepção e às respostas aos valores abordados no jogo; à reflexão, à emoção, à sensibilização, ao compromisso e à mudança de comportamentos. Dessa maneira, a abordagem utilizada no jogo, permite atingir

os níveis da resposta e receptividade. A obtenção do nível valorização, no que se refere ao compromisso e à aceitação, depende do nível do envolvimento e da aceitação de cada jogador. A figura 8 traz os níveis da dimensão afetiva e o alcance da abordagem do jogo.

Figura 8 – Atuação do jogo de acordo como nível da afetividade, da Taxonomia de Bloom



Fonte: Elaborado pela autora

O desafio de definir uma abordagem pedagógica construtivista que contemple também os aspectos afetivos é criar um jogo que fuja à abordagem tecnicista, “bancária” de repasse (depósito) de conteúdos. Nesse sentido, além de apresentar situações que favoreçam a reflexão, pelas possibilidades de relacionamento das informações sobre o problema, esse *serious game* não apresenta um conteúdo “certo” ou “errado”, mas as condições para a construção de um conhecimento adequado como resposta a um problema sobre a violência doméstica contra a mulher.

Esses problemas são contextualizados no espaço geopolítico dos serviços de saúde, em um cenário do cotidiano dos profissionais. Tais situações-problema foram elaboradas de acordo com a realidade cultural vivenciada e relatada pelos profissionais que participaram das atividades da oficina para validação dos temas do jogo. O objetivo do uso da metodologia problematizadora para construção da abordagem do jogo é valorizar os conhecimentos prévios dos jogadores, considerando a sua realidade e as suas experiências pré-concebidas, para que o jogador mobilize saberes e reconstrua o seu aprendizado, reorientando o seu “saber agir”, pois

se considera que os profissionais já detêm saberes e conhecimentos em relação ao problema abordado no jogo.

Nesse aspecto, concorda-se com Feuerwerker (2005, p. 499) ao defender que os profissionais de saúde não podem ser vistos como “caixas vazias” que recebem capacitações e orientações de normas e políticas que estabelecem e padronizam ações. Cada trabalhador tem ideias, valores e concepções em saúde e as suas ações são carregadas dessa intencionalidade. Portanto, o desafio é criar metodologias para qualificar profissionais de saúde na perspectiva da EPS, da problematização e do construtivismo. Por esse motivo, a primeira etapa para implementação do jogo foi procurar o seu público-alvo e escutar a realidade desses sujeitos na atenção à violência doméstica contra a mulher, a fim de que, a partir da problematização e discussão dos próprios profissionais, os desafios e contexto do jogo pudessem começar a manifestar seu sentido.

5.2 IDENTIFICANDO A DIMENSÃO TEÓRIA DO JOGO

De acordo com Moraes (2011, p. 47), a definição do material pedagógico em um *serious game* é primordial para a construção do jogo, pois norteia “a elaboração do roteiro, o planejamento dos desafios, a modelagem do cenário e a definição do gênero do jogo”. Diante da problemática discutida neste trabalho e dos objetivos almejados, o jogo deve abordar conceitos considerados fundamentais para a compreensão do problema por parte dos profissionais. Por esta razão, foi elaborado um diagrama na forma de Mapa Conceitual (MC) que expressa as categorias, ou conceitos e temas envolvidos com a problemática, que poderiam ser contemplados na dinâmica do jogo.

Os Mapas Conceituais são instrumentos que objetivam organizar o conhecimento em uma maneira prática de representá-lo para contribuir com uma aprendizagem efetiva. Os mapas apresentam, em uma estrutura gráfica, diferentes conceitos de forma relacional (GOMES, *et al.*, 2011).

A construção dos MC é fruto da Teoria da Aprendizagem Significativa de Ausubel que, de acordo com Pelizzari, *et al.*, (2002), propõe que os conhecimentos prévios dos discentes sejam valorizados, para que possam construir estruturas mentais utilizando como meio mapas conceituais que permitem descobrir e redescobrir outros conhecimentos, caracterizando, assim, uma aprendizagem prazerosa e eficaz. Os MC também têm como base outras teorias do construtivismo como a de Jean Piaget e a de Vygotsky, teóricos da

aprendizagem (PIAGET, VYGOTSKY, WALLON, 1992). No presente estudo o mapa é o instrumento que possibilita a visualização dos temas e de seus arranjos que formam a narrativa do jogo, o enredo, a organização dos níveis e a avaliação do jogador.

O MC foi construído em duas etapas: o primeiro momento consistiu no levantamento dos temas que perpassam toda a problemática da violência doméstica contra a mulher. O levantamento e a identificação dos temas ocorreram em pesquisas na literatura e de campo, realizadas em momentos anteriores, fruto do trabalho de pesquisa do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Políticas Públicas de Atenção à Saúde da Mulher e Gênero, grupo vinculado ao CNPq e ao Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) da Universidade Federal da Paraíba – UFPB.

Nessas pesquisas, cujos sujeitos foram as mulheres em situação de violência e os profissionais de saúde, foi possível identificar temas e conceitos necessários para a compreensão do fenômeno da violência contra a mulher (SILVA, 2009; ALMEIDA, *et al.*, 2011; ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2014). Esses temas e as categorias foram expressos na estrutura de um diagrama, buscando identificar e traçar relações entre eles, dentro do contexto da violência, nos seus aspectos de prevenção, combate, garantia de direitos e assistência às mulheres, as vertentes da política de enfrentamento (BRASIL, 2007).

Após esquematizar esse diagrama inicial, o segundo momento desse processo de construção do MC correspondeu ao estudo qualitativo, na forma de uma validação do material teórico em um momento para discussão e abordagem do tema, com profissionais de saúde da atenção básica.

5.2.1 Validação da dimensão teórica: uma abordagem com profissionais de saúde

A relevância dessa etapa consistiu em considerar os pressupostos da EPS que entende a importância de buscar soluções para os problemas enfrentados no processo de trabalho em saúde a partir da problematização da realidade vivenciada pelos próprios profissionais de saúde. Essa etapa justificou-se também pela importância de buscar a participação do público-alvo do jogo em todas as fases do ciclo de produção do jogo, seja nas concepções preliminares (com a atuação dos especialistas), na validação do conteúdo e na avaliação final do jogo, para garantir que o instrumento produzido apresente especificidades ao seu público-alvo e potencialidade para alcançar o seu objetivo.

Nesse sentido, foi realizada a pesquisa de abordagem qualitativa que buscou investigar, com profissionais de saúde da Atenção Básica, suas concepções a respeito da violência contra a mulher e o papel do profissional na atenção a essas mulheres. O objetivo desta etapa foi validar o material teórico esboçado para a construção do MC.

A oficina de trabalho aconteceu com 21 profissionais de três equipes de uma Unidade de Saúde Integrada Viver Bem, localizada no bairro de Mandacaru em João Pessoa – PB. Com a análise dos depoimentos obtidos nessa etapa foram identificados como resultado as seguintes subcategorias: 1) *A invisibilidade da violência doméstica contra as mulheres nos serviços de saúde* e 2) *Violência doméstica: Gênero, Direitos Humanos e Saúde*.

Apesar da grande incidência e frequência de mulheres em situação de violência doméstica que recorrem aos serviços de saúde, o problema ainda é pouco valorizado no setor. Entre as razões que justificam essa situação está a denunciada dificuldade para os profissionais reconhecerem esses temas como relativos à saúde e intervir em assuntos tidos como delicados e íntimos, de interesse restrito aos sujeitos envolvidos. Para Schraiber *et al.* (2005, p. 35), os profissionais de saúde não reconhecem a violência contra a mulher como uma “transgressão de direito ou mesmo instaurador de um processo saúde-doença, por esse motivo desconhecem a importância de intervenção de mesmo porte socioinstitucional que as demais violências”. Assim, ao desconhecer a violência doméstica e suas interfaces na saúde, desconhece-a também como objeto de trabalho. Por esses motivos, alguns profissionais relataram casos de violência na comunidade, porém com pouca ou nenhuma intervenção da sua parte o que, segundo eles, ocorria devido à recusa da mulher em procurar o serviço e permitir a notificação dos casos:

Só que ela nem quis vir no posto de saúde, para fazer o tratamento dos ferimentos dela, e quando eu falei que a gente podia notificar esse caso com a médica, ela falou ‘não, não, não... Pelo amor de Deus, de jeito nenhum. Ela não permitiu (notificar), porque precisava de dados para colocar no formulário. E existem várias, que chegam dizendo que sofre, mas não falam a gente ainda questiona, ‘tem certeza?’, mas não falam. [Part.4].

Para Schraiber e D'Oliveira (2008) os profissionais de saúde não atribuem a devida importância à violência, pelo fato das próprias mulheres, não revelarem nada a respeito, deixando de colocar o problema como parte de suas demandas ao serviço. Esses mesmos profissionais, ainda segundo as referidas autoras, não ousam questionar as mulheres sobre esse assunto, pois consideram que isso foge às suas atribuições profissionais e quando ocorre

algum relato, os profissionais que o acolhem atuam de modo mais pessoal do que propriamente profissional, o que Schraiber e D'Oliveira (2008, p.231) chamam esse fenômeno de “recusa tecnológica”, em que os profissionais do campo não identificam as ações de escuta e orientação como ações de saúde, inserida nas tecnologias de saúde.

Outro tema que justifica esse tipo de intervenção do profissional de saúde na assistência à mulher em situação de violência doméstica, refere-se aos sentimentos de impotência e desestímulo vivenciados pelo profissional quando percebe que a mulher não segue seus “conselhos” e orientações, permanecendo na situação de violência. A ideologia de gênero é um dos principais fatores que levam as mulheres a permanecerem em uma relação abusiva. Muitas delas internalizam a dominação masculina como algo natural e não conseguem romper com a situação de violência e opressão em que vivem (ARAÚJO, 2008).

Essa ideologia atinge os serviços de saúde quando a invisibilidade da violência predomina nas relações entre profissionais e mulheres em situação de violência doméstica, podendo ocorrer a “desresponsabilização” do profissional diante dos casos quando se atribui a resolubilidade do problema fora da especialidade do profissional, como se fosse uma obrigação de outra área de competência.

*Uma mulher que sofria violência, pelo marido, apanhava do companheiro, aí ela queria assim um... Queria um socorro não é? Aí eu pedi para a assistente social orientar, aí ela orientou, disse o que fazer. [Part. 2]
Então a gente deve encaminhar à médica ou ao psicólogo. [Part8.]*

Nesse último depoimento, o participante da pesquisa evidencia que quando se tem uma queixa física é preciso encaminhar ao profissional médico do contrário encaminha-se ao psicólogo, evidenciando a predominância da assistência biomédica, centrada no profissional médico, e a “psicologização” da violência, em detrimento de uma abordagem multiprofissional.

De acordo Schraiber e D'Oliveira (1999, p. 21), a violência contra a mulher só é percebida como uma doença, requerendo uma intervenção baseada na “racionalidade biomédica” característica dos serviços de saúde, na condição da presença de uma “base anátomo-patológica objetiva” e visível, ou seja, uma lesão física, que justifique a intervenção. Nesse enfoque, a queixa de violência doméstica sem a presença da lesão visível desqualifica-a como necessidade de atenção em saúde e de intervenção médica e remete a uma intervenção social e/ou psicológica. Por esse motivo, os profissionais de saúde entendem que os assistentes sociais e os psicólogos são os mais preparados para atenderem a uma

mulher que apresenta uma queixa de violência simbólica, sem danos físicos, atribuindo a esses profissionais a capacidade de lidar com assuntos considerados “complicados”, de cunho social e mental. Entretanto, cabe a cada um da equipe desenvolver estratégias de acolhimento, escuta, orientação e resolução dos casos em conjunto, para constituir uma atenção integral.

A identificação dessa subcategoria de análise foi importante, para confirmar os resultados de outras pesquisas, com metodologias semelhantes, e identificar os entraves e desafios para uma abordagem mais efetiva ao problema da violência contra a mulher pelos profissionais da atenção básica.

A outra subcategoria identificada refere-se aos conceitos levantados pelos profissionais participantes a respeito da violência doméstica cometida contra a mulher. Ao solicitar uma palavra que lembrava a violência contra a mulher, a grande maioria referia-se às questões da opressão de Gênero e dos Direitos Humanos, considerando a violência contra a mulher como fruto das relações desiguais entre homens e mulheres e porque viola os direitos básicos das mulheres.

Em relação à primeira categoria teórica que foi previamente identificada, Gênero, os participantes mencionaram as palavras/expressões: *covardia, primitivismo, subserviência, machismo, posse, sociedade patriarcal, respeito às diferenças*. Esses termos evidenciam que os profissionais compreendem que a violência contra a mulher tem base nas iniquidades sociais entre os sexos, em que o homem, historicamente, sempre ocupou uma posição de privilégios sociais e superioridade, enquanto que à mulher é reservada a submissão e inferiorização. Apesar de expressarem essa concepção, os profissionais participantes da discussão não identificaram claramente o que seria a categoria Gênero. Quando questionados a respeito sobre a diferença entre sexo e gênero, não ocorreram respostas, entretanto, quando questionados sobre as diferenças sociais entre homens e mulheres, os relatos indicaram a compreensão dos profissionais a respeito.

Esse resultado confirma o que defendem Almeida, Silva e Machado (2014) ao afirmarem que muitos profissionais apresentam dificuldade em conceituar e entender a categoria Gênero, porém os discursos veiculam a desigualdade social entre os sexos, ao fazerem referência à questão cultural e ao machismo como causa da violência que é tida como manifestação direta do poder do homem sobre a mulher. Esse fato justifica a importância de abordar a categoria Gênero no jogo de modo mais amplo e direto, fazendo uma clara comparação com o sexo, evidenciando a diferença – biológico e social – entre

ambos.

Ainda no contexto da abordagem de Gênero, alguns profissionais apresentaram um discurso baseado no patriarcalismo, manifestando justificativa e autorização à violência contra mulheres como um mecanismo regulador dos comportamentos impróprios das mulheres (SCHARAIBER *et. al.*, 2005). Outros ainda expressaram discursos de culpabilização feminina pela violência sofrida, o que respalda a justificativa e o objetivo do jogo apresentado nesse trabalho no sentido de trabalhar a mobilização de saberes e as concepções para orientar as práticas profissionais mais efetivas:

*Sem 'vergonhisse' da mulher que apanha e não faz nada (risos de todos) [...] [Partic. 6]
Culpa da mulher mesmo... Porque essa mulher ela apanha, perde o dente e continua. [Part. 6]*

A responsabilização da mulher pela violência que sofre também foi colocada em pesquisa realizada por Kiss (2008) e por Almeida *et al.*, (2011) com profissionais de saúde. Nas duas pesquisas os entrevistados afirmaram que muitas mulheres são responsáveis pela situação que vivem, como resultado de suas escolhas pessoais. Segundo Kiss (2008) os profissionais julgam, muitas vezes equivocados, os valores que informam essas escolhas, imprimindo uma forte carga moral nessas opiniões.

Em relação ao segundo conceito teórico previamente identificado para o MC, Direitos Humanos, os participantes expressaram que além de ser provocada por uma desigualdade entre os gêneros, a violência se configura como uma questão de Direitos, citando as seguintes palavras/expressões: *indignação, humilhação, desrespeito, discriminação, falta de direitos da mulher, Direitos Humanos*. Quando questionados sobre qual a relação entre violência e os Direitos Humanos, os depoimentos referiam-se a perda de direitos por parte das mulheres violentada, direitos tais como: *saúde, moradia, liberdade e livre arbítrio*. Esse foi o primeiro momento que a área da Saúde foi mencionada na discussão, como um direito fundamental que precisa ser assegurado, porém não como um assunto diretamente relacionado com a violência. Essa afirmação também embasa a questão da invisibilidade da violência para o setor saúde. Os profissionais não reconhecem de imediato a violência contra a mulher como um tema de interesse e de ações do escopo da saúde. Mas, ao serem questionados sobre qual a relação da violência com a saúde os profissionais afirmam que são as consequências da violência que afetam a saúde da mulher.

As necessidades especiais provocadas pela violência precisam, portanto, ser

identificadas e consideradas nos processos de trabalho, que devem traduzir as demandas que chegam ao serviço (OLIVEIRA, 2011). As necessidades em saúde produzidas pela situação de violência sofrida são identificadas em outras demandas, isso porque “não há a utilização de instrumentos específicos para a captação da violência e das necessidades nos serviços”, como bem defende Oliveira (2011, p. 178).

A etapa seguinte da oficina foi a de apresentação de nove desafios do protótipo do jogo, sendo três referentes a cada nível pensado para o jogo, com o objetivo de avaliar se os profissionais identificariam os conceitos que embasavam as perguntas, ou se eles sugeriam outros conceitos.

No primeiro bloco de perguntas, que abordava predominantemente a questão de gênero e da produção social e histórica das iniquidades entre os sexos, os participantes identificaram facilmente as respostas e responderam que aquelas perguntas traziam questões relativas ao Gênero e ao Direito, por considerarem as desigualdades entre homens e mulheres como violação aos direitos femininos.

No bloco seguinte, que tratava da questão da violência, sua definição, tipos e características, os participantes apresentaram algumas dúvidas quanto ao reconhecimento de alguns tipos de violência, como a moral e a patrimonial, levando mais tempo para identificá-las. Nesse momento eles compreenderam que as perguntas abordavam as questões de Direitos Humanos e de Saúde, porém as perguntas abordavam predominantemente a questão de Direitos Humanos e Gênero. Mas como o espaço “serviço de saúde” aparecia nos desafios, os profissionais identificaram também o conceito Saúde.

No terceiro e último bloco, foram apresentadas as questões que abordam as três áreas relacionadas, entretanto os profissionais reconheceram de imediato a questão da Saúde seguida pela do Direito. Mais uma vez, a questão de Gênero não foi identificada, situação que levou à ratificação sobre a necessidade de trabalhar esse conceito no jogo.

Ao serem questionados acerca de qual dos três temas é o mais importantes para tratar a violência, a resposta “*todos*” foi predominante, mas ocorreu o relato de que eles detêm mais conhecimentos a respeito das questões relativas à Saúde e gostariam de obter mais informações a respeito da área de Direitos Humanos, principalmente no tocante à legislação vigente e aos serviços de apoio a mulher em situação de violência, para que pudessem prestar uma assistência mais resolutiva, com referência e contra referência.

Tendo em vista que a dimensão identificada como a de menor conhecimento foi a de Direitos Humanos, este trabalho destaca que os profissionais de saúde precisam compreender

e reconhecer a violência como uma questão social que intersecta com a saúde. Por este motivo potencializou-se o conceito de Direitos Humanos no jogo, pois estudos da área da saúde evidenciam a predominância de uma atenção exclusivamente biologicista em que os profissionais não têm demonstrado habilidades e competências para atuar nos problemas de saúde cuja origem advém de problemas sociais, como a violência. A esse respeito Feurwerker (2005) afirma que as necessidades de saúde tecnicamente definidas e as práticas estabelecidas pelos serviços tem limitado a ação profissional, restringindo à atenção ao atendimento das demandas e desconsiderando as singularidades e as subjetividades que interferem no processo saúde-doença, como situações e relações conjugais conflituosas. Portanto, pode-se afirmar que o contexto social dos usuários continua desvalorizado na atenção à saúde, por isso se faz relevante enfatizar o conceito de Direitos Humanos e Gênero, relacionados.

Ao finalizar a discussão na oficina, foi solicitado aos profissionais, sugestões sobre a metodologia usada, percepções e impressões a respeito do método usado para discutir a violência. Sobre o método, os profissionais identificaram que havia outras respostas que consideraram “não totalmente erradas” e aprovaram esse recurso. Segundo um dos profissionais “*Cada uma (resposta) tem um ‘complementozinho’, de como a gente deveria agir*”. Isso confirma o caráter não dicotômico das respostas e a tentativa de exibir nelas as concepções pessoais a respeito da violência, para despertar a reflexão do jogador sobre qual a conduta mais adequada para cada situação. Salienta-se que as questões e respostas do instrumento, que estão no jogo, foram elaboradas baseadas em depoimentos de profissionais em pesquisas anteriores sobre o mesmo tema (ALMEIDA, *et al.*, 2011).

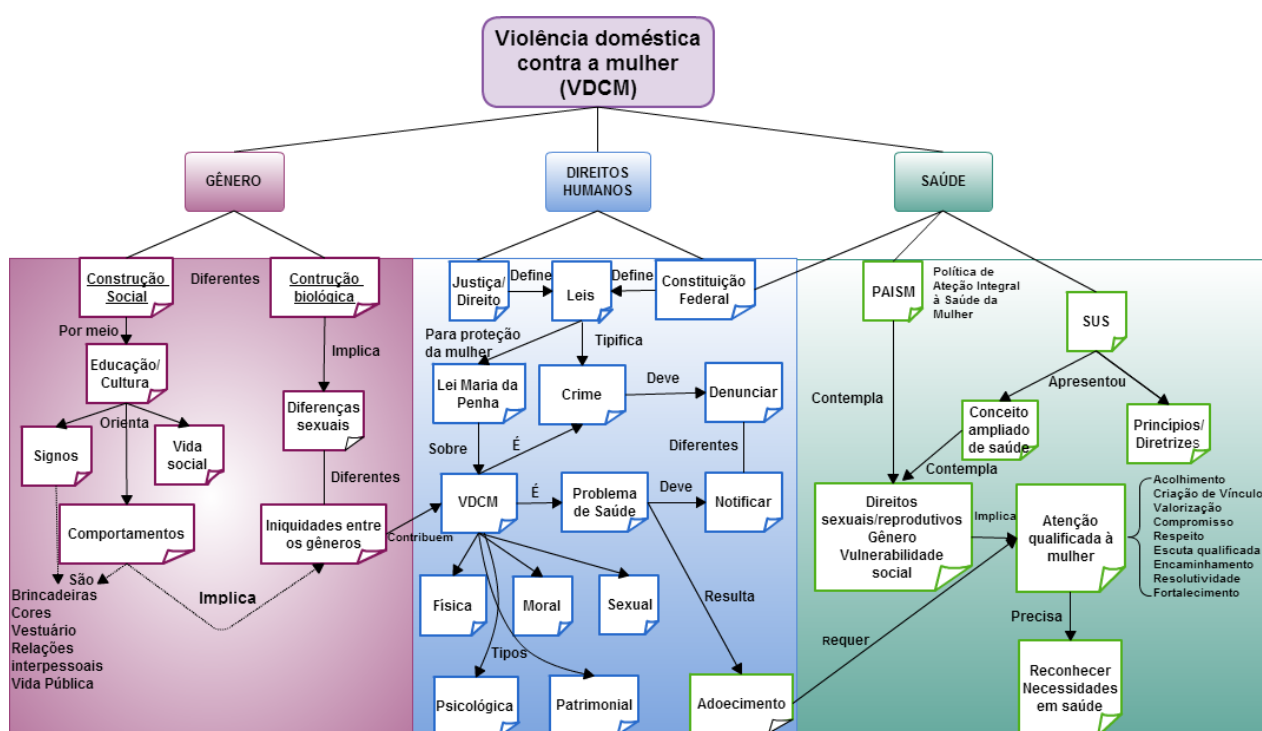
Em relação à percepção dos profissionais sobre o momento de discussão, eles avaliaram positivamente, afirmando que ajudou para orientar a percepção e identificação de casos de violência. Quando questionados sobre a viabilidade de usar um método similar ao apresentado na discussão, na abordagem à violência contra a mulher no serviço, não houve relatos de resistência ou negação e um profissional colocou: *Trabalhar a violência assim fica mais dinâmico, chama mais a atenção e fica mais interativo e menos cansativo. [Part. 16]*.

Assim, após a pesquisa bibliográfica/de campo e a validação com profissionais, foi possível estabelecer e confirmar as três grandes categorias a serem consideradas ao abordar a violência doméstica contra a mulher: Gênero, Direitos Humanos e Saúde. Do mesmo modo, a oficina com os profissionais contribuiu para a identificação dos subtemas de cada uma das categorias, permitindo maior detalhamento dos conceitos relacionados à violência contra a mulher, para subsidiar a construção do MC apresentado na figura 9.

O MC permite a visualização da complexidade da violência contra as mulheres, no enfoque de gênero, enquanto problema multifacetado, favorecendo a compreensão de que as desigualdades entre homens e mulheres são produzidas e legitimadas pela sociedade e contribuem para o desenvolvimento da violência contra a mulher, que representa também uma violação aos direitos humanos das mulheres determinando o adoecimento, e perdas potenciais na vida de quem a sofre, configurando-se como uma questão que influencia significativamente a determinação do processo saúde-doença. Dessa maneira, essas três áreas do conhecimento precisavam ser evidenciadas e abordadas para que a ferramenta de capacitação (o *serious game*) alcançasse os objetivos que estavam propostos.

No enfoque do jogo, os temas e subtemas apresentados no MC subsidiaram a elaboração dos passatempos e o planejamento do roteiro do jogo. Desse modo, os conceitos foram relacionados ao longo do jogo para evidenciar a complexidade do problema e ampliar o grau de compreensão e percepção do jogador a respeito do fenômeno. A construção dos desafios (cenários e perguntas do jogo) considerou cada problemática levantada no MC com o objetivo de não apenas informar ou instrumentalizar o profissional, mas relacionar informações e trabalhar saberes que possam orientar comportamentos e práticas mais efetivas no atendimento à mulher em situação de risco, vulnerabilidade ou de violência instalada.

Figura 9 – Mapa Conceitual da Violência Doméstica contra a Mulher



Fonte: Elaborado pela autora

No entanto, destaca-se o esforço para a consecução dessa empreitada, tendo em vista que as práticas profissionais são orientadas também pela visão de mundo dos sujeitos e que elas envolvem, além de concepções, os valores e crenças pessoais que se refletem nos processos de trabalho.

Observa-se que, no contexto da Taxonomia de Bloom, o conhecimento do tema envolve a compreensão dos níveis cognitivos e afetivos do processo de aprendizagem. Nesse contexto, de acordo com Almeida, Silva e Machado (2013a), o aplicativo construído para a Educação Permanente dos profissionais de saúde, no âmbito da atenção a violência contra a mulher, busca despertar o interesse pelo tema no sentido de despertar a tomada de consciência sobre a complexidade de gênero e de suas interfaces com a área da saúde. Assim será possível a identificação e o reconhecimento da violência como geradora de necessidades de saúde nas mulheres e que, por isso, requer uma atenção individualizada e efetiva, com escuta qualificada, acolhimento e valorização, além de registro e notificação dos casos.

5.3 IMPLEMENTAÇÃO DO JOGO *CAIXA DE PANDORA*

Com a dimensão pedagógica definida e validada, partiu-se para a etapa de implementação do jogo *Caixa de Pandora*. Nesse momento todos os conceitos pensados precisavam ser objetivados nas cenas e nas perguntas que contam a história de uma mulher em situação de violência, praticada pelo seu companheiro, que busca ajuda no serviço de saúde.

Nessa etapa, todo o projeto de *design* gráfico voltou-se para a proposta de trabalhar aspectos afetivos do processo de aprendizagem, a preocupação era abordar não apenas aspectos cognitivos e técnicos referentes à violência mas, também, trabalhar aspectos culturais e históricos que explicam o fenômeno e interferem nas concepções e decisões tomadas pelos profissionais. De modo que todo o enredo foi orientado para despertar motivações para a reflexão e sensibilização e com isso potente para orientar mudança de comportamento. Para isso, foram usados como recursos para trabalhar a afetividade dos jogadores o uso de cenas com foco nas expressões faciais dos personagens, a variação de cores, de acordo com a evolução do jogador dentro do jogo e o uso de mensagens para auto avaliação.

5.3.1 Características Gerais do jogo

O *serious game Caixa de Pandora* desenvolvido neste trabalho ambiciona aproximar o serviço de saúde e seus profissionais da realidade de violência, pois, partiu-se do pressuposto de que os conflitos de gênero estão subentendidos nas queixas, para isso é preciso abordar a complexidade da violência e discutir o problema na cotidianidade dos serviços de saúde, através da apresentação de situações de opressão e violência praticada contra mulheres. Para isso ele foi implementado considerando os seguintes elementos que compõem o jogo para caracterizá-lo.

5.3.1.1 A simbologia do jogo

O jogo apresenta algumas nomenclaturas como elementos simbólicos para conferir significado ao aplicativo. O título do jogo traz representações importantes para a compreensão do enfoque do jogo. “*Caixa de Pandora*” é uma representação do feminino, pois para a mitologia grega, Pandora (Figura 11) foi a primeira mulher a ser criada pelo deus Zeus como punição aos homens pela ousadia do titã Prometeu de roubar do Olimpo o segredo do fogo para dar aos homens. A Pandora foi entregue uma caixa com todos os males da humanidade e a ela foi dada a ordem para não abri-la, Pandora não resistiu à curiosidade e abriu a caixa liberando para o mundo todo o mal, doenças e tragédias, restando na caixa apenas a esperança (SILVA, 2002).

Pandora conviveu com dois sentimentos ao estar com a caixa: a curiosidade e o medo em relação ao seu conteúdo, prevalecendo o primeiro. No contexto do tema desse trabalho, estudos evidenciam que abordar a violência doméstica no setor saúde é, para os profissionais, semelhante a “abrir a caixa de pandora”, pois envolve sentimentos de incômodo e impotência, receio de ser ofensivo e inferir na vida conjugal, perda de controle da situação e constrangimento (SUGG, INUI, 1992; GARBIN *et al.*, 2006). Diante de toda essa insegurança e desconhecimento, os profissionais muitas vezes não investigam os casos e a violência se consolida como um problema à parte das questões de saúde, exceto quando as suas consequências são evidentes e físicas.

Abrir a *Caixa de Pandora* simboliza, portanto, desmistificar a violência contra a mulher, quebrar os silêncios que envolvem esse problema e trazer ao conhecimento dos profissionais (público alvo) as determinações e as repercussões desse fenômeno, para que eles

possam atuar de forma mais significativa. Desta maneira, ao aceitar “entrar” na *Caixa de Pandora* o profissional decide romper com o medo e a insegurança para enfrentar o problema.

Do mesmo modo a escolha do nome da personagem também foi motivada por um significado simbólico. O nome MARTA faz menção às cinco emoções/sentimentos naturais do ser humano que ele precisa controlar e ponderar para viver em equilíbrio: Medo, Ansiedade, Raiva, Tristeza e Amor. Essa representação justifica o nome da personagem, uma vez que vivenciar uma situação de violência envolve todos esses sentimentos, muitas vezes incompreendidos por muitas pessoas que estão fora da situação.

5.3.1.2 O Enredo do jogo

Para Novak (2010), o enredo de uma narrativa refere-se a como a história se desenrola. No jogo *Caixa de Pandora*, o enredo faz referência a uma caixa cheia de sentimentos e de coisas ruins (semelhante àquela aberta por Pandora da mitologia) que precisam ser enfrentadas. O jogador (profissional) precisa entrar nessa caixa, para compreender o que é a violência contra a mulher, determinações e as consequências desse problema, bem como tentar entender os sentimentos que permeiam a vida de uma mulher nesta situação. A partir dessas compreensões, o profissional poderá refletir sobre suas concepções e práticas.

A partir da necessidade de se trabalhar concepções orientadas por valores pessoais, buscando desenvolver aspectos afetivos relacionados ao processo de aprendizagem (sentimentos, emoções, valores) o jogo é estruturado no formato de apresentação de cenas seguidas por perguntas, que contam a vida da personagem a partir da apresentação de situações de opressão e violência contra a mulher: a história de Marta na sua infância, adolescência e vida adulta em situação de opressão de gênero e violência perpetrada pelo companheiro. Na fase adulta, Marta busca o serviço de saúde com queixas relacionadas à violência sofrida. Toda a narrativa do jogo se baseia na história desse personagem fictício, Marta, recurso que possibilitou contextualizar a história da violência para facilitar a abordagem de um tema tão complexo. Como personagens adicionais, o jogo apresenta a família de Marta (pai, mãe, irmãos, marido, filhos) além de vizinhos e profissionais de saúde.

A história do jogo se desenrola em três etapas, divididas em níveis de acordo com a fase de vida da personagem e com o material pedagógico abordado e detalhado no MC. O jogador deverá agir sobre as situações no ambiente do jogo, escolhendo, entre as alternativas da pergunta, aquela que considerar mais adequada. Assim, ele estará expondo as suas

concepções pessoais e decidindo com ações que visam à investigação, identificação, acolhimento e enfrentamento dos casos.

Como consequência às suas escolhas, o jogo apresenta mensagens de motivação e reflexão, que atuam como *feedback* de avaliação do jogador, além da pontuação. De acordo com as mensagens e com a pontuação obtida em cada resposta o jogador tem subsídios para fazer uma auto avaliação do seu desempenho, recurso interessante nos *serious games* por possibilitar a apreensão/formulação de novos conhecimentos. Ao fim de cada nível é apresentada ao usuário, uma mensagem sobre a sua atuação e a pontuação obtida, o que define a sua progressão ou não no jogo. Espera-se que essa experimentação no ambiente virtual desperte motivações para a reflexão e oriente uma atuação futura no mundo real.

Quanto ao tipo de jogo, ele é de perguntas e respostas, e o jogador precisará escolher uma dentre as alternativas apresentadas para cada pergunta e terá a sua resposta avaliada de acordo com os critérios de avaliação do *serious game*, que serão descritos neste capítulo, na sessão de Inteligência Artificial.

O jogador usa o mouse, para a transição das telas – exceto na mudança das cenas dos passatempos, que ocorre de forma automática – além de escolher as opções do *Menu* e a alternativa que lhe parecer mais adequada. De acordo com Almeida, Machado e Silva (2013b) por ser um jogo destinado a um público alvo adulto e considerado como não jogadores, a interação com o jogo utilizando o mouse, se mostrou adequada por ser um recurso simples e usual.

5.3.1.3 Os Passatempos do jogo – Tarefas

Trabalhando na perspectiva Construtivista, problematizadora e considerando os aspectos afetivos do processo de aprendizagem da Taxonomia de Bloom, os passatempos do jogo – as tarefas a serem respondidas – foram organizados para apresentar as situações da vida de Marta, questionando o usuário sobre o problema. A apresentação das cenas ocorre por meio do emprego de ilustrações que enfatizam as expressões faciais de sofrimento, medo, angústia, decepção, tristeza, esperança e alegria para provocar a sensibilização do jogador.

Em relação à elaboração dos passatempos, cada tarefa é constituída de uma sequência de cenas seguidas por uma pergunta com alternativas. As cenas e as perguntas foram idealizadas contemplando os conceitos e temas definidos no Mapa Conceitual.

Para cada pergunta são apresentadas, predominantemente, quatro alternativas de

resposta. Ao fazer a sua opção a alternativa escolhida é colocada em destaque juntamente com uma mensagem relacionada àquela resposta. Essa mensagem não indica “erro” ou “acerto”, visto que as alternativas não estão formuladas de forma dicotômica. As mensagens têm o objetivo de despertar motivações para a reflexão do jogador acerca das suas escolhas, pois o que se pretende no jogo não é afirmar se o jogador acertou ou errou, visto que são tratadas questões subjetivas e concepções pessoais relativas à violência. Dentro da teoria construtivista e na pretensão de mobilizar novos saberes, o objetivo desse método é despertar motivações para a elaboração do conhecimento e a reflexão do jogador para a mudança e para a conscientização sem juízos de valores e sem indicar o que ele precisa ser ou pensar. A avaliação propriamente dita ocorre na apresentação do valor da pontuação que define se ele continua no jogo, muda de fase, alcança êxito na partida ou não. Essa estratégia das mensagens reflexivas ocorre em todas as questões, exceto em algumas delas que apresentam um conteúdo informativo e técnico e por isso, nesses casos, as mensagens fazem uma avaliação mais direta com a indicação se a resposta está adequada ou não e o porquê.

A distribuição das tarefas no jogo obedeceu à classificação por níveis, que segue o tempo cronológico da vida de Marta (infância e vida adulta) e aos conceitos e temas do MC. No primeiro nível, encontram-se as tarefas que abordam às questões de Gênero com interfaces nos temas relativos aos Direitos Humanos, e por isso tratam de assuntos como a educação sexista, os comportamentos sociais de homens e mulheres, as diferenças conceituais entre sexo e gênero, a inferioridade e atribuição da culpa à mulher. No segundo nível, as tarefas abordam predominantemente a questão de Direitos com a definição da violência contra a mulher de acordo com os documentos legais, a notificação dos casos e questões jurídicas e da legislação vigentes no nosso país, com o objetivo de instrumentalizar o jogador para que ele possa identificar as situações de violência sofrida por usuárias dos serviços de saúde. Neste nível também são levantadas questões que se referem à categoria Gênero. No terceiro nível, os passatempos abordam principalmente à assistência em saúde dada a mulheres que sofrem em decorrência da violência. Nessa etapa, composta pelo maior número de tarefas, destacam-se as necessidades em saúde, a atuação profissional, a necessidade de acolhimento, cuidado, valorização e encaminhamento. Nesse último nível as tarefas englobam as três categorias do MC, Gênero, Direitos e Saúde, para ilustrar a complexidade do problema.

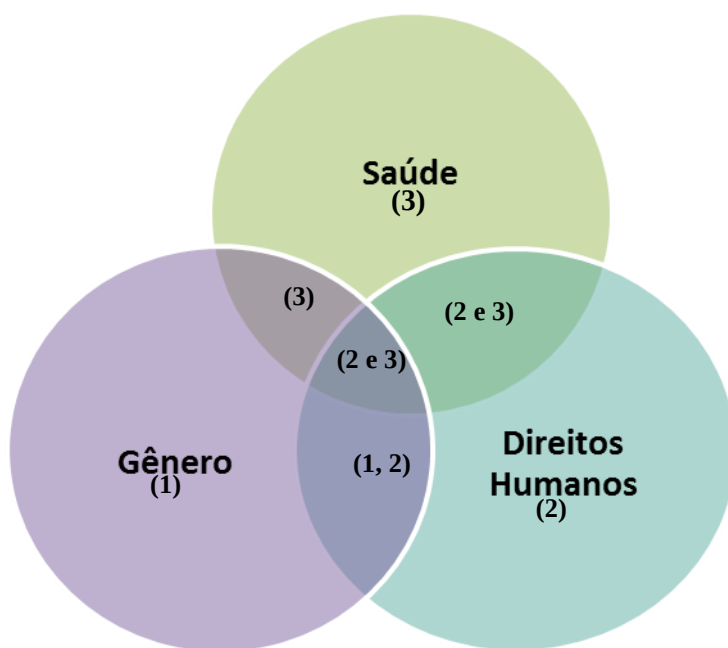
Em relação aos conceitos Gênero, Direitos Humanos e Saúde, o que ocorreu foi uma abordagem que permitiu a associação entre eles, especialmente nos dois últimos níveis, de modo que são tratadas questões relativas aos três conceitos em perguntas que contemplam os

temas individualmente ou juntos, dois a dois (Direitos + Saúde ou Direito + Gênero ou Saúde + Gênero) ou os três simultaneamente.

Essa associação entre os conceitos nos passatempos do jogo possibilitou a ponderação das perguntas por um especialista, de acordo com o grau de complexidade e importância, tendo maior peso aquela pergunta com maior associação entre conceitos, o que será discutido neste capítulo na sessão de Inteligência do jogo.

A figura 10 ilustra um Diagrama de Venn com a associação dos conceitos nos níveis (1), (2) e (3). Observa-se na imagem que apenas nos níveis (2) e (3) há perguntas que abordam os três conceitos simultaneamente, consequentemente essas perguntas apresentam maior grau de importância e por este motivo elas têm maior peso no grau de adequação das respostas.

Figura 10 – Diagrama de Venn com a associação de conceitos nos níveis (1), (2) e (3)



Fonte: Elaborado pela autora

Essa abordagem e a apresentação do material pedagógico justificam o fato de os últimos dois níveis do jogo serem maiores e com maior pontuação necessária, pois eles acumulam maior carga de associação entre os conceitos, portanto maior grau de complexidade.

5.3.1.4 Público-alvo

O jogo tem, como público-alvo, os profissionais que atuam na Equipe de Saúde da Família (ESF): médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem, agentes de saúde bucal e agentes de saúde. Como o trabalho na ESF pauta-se na articulação e interação entre a equipe multiprofissional é importante que todas essas categorias de profissionais estejam aptas para receber, acolher, identificar e atuar diante dos casos de violência contra a mulher, dentro das atribuições legais que norteiam as suas práticas profissionais. Por isso é importante o desenvolvimento de um aplicativo que possa ser aplicado a todos os membros da equipe.

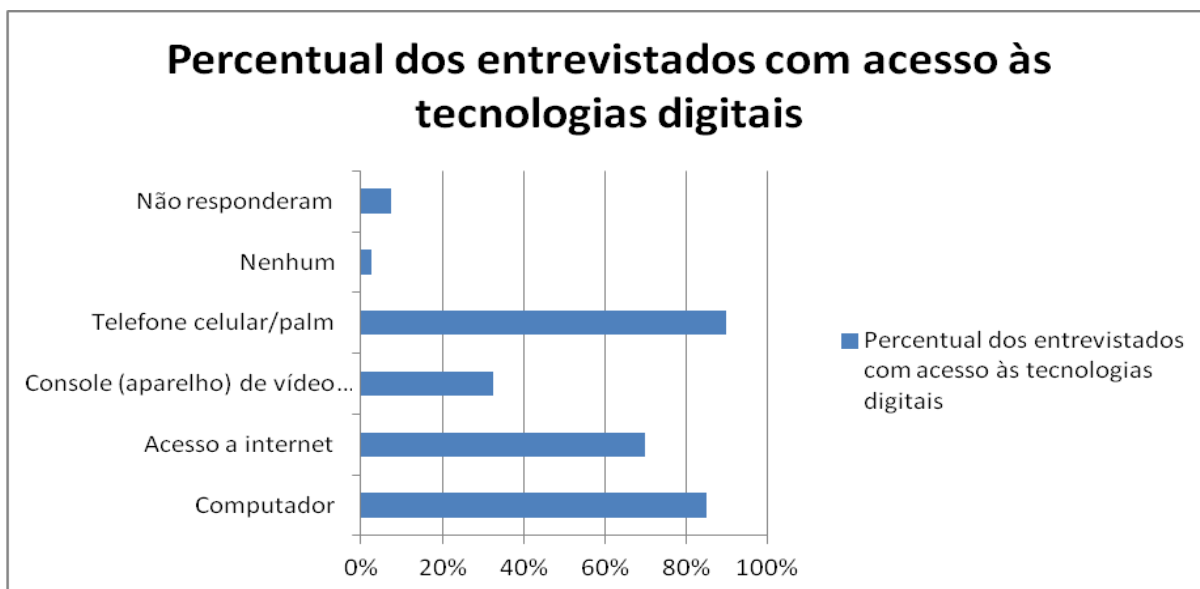
Em relação à ESF, por ser a porta de entrada de acesso aos serviços de saúde pelo usuário no setor, esse nível de atenção constituiu um dos mecanismos de reorientação do modelo assistencial em saúde, na perspectiva do SUS. Assim, a capacitação e qualificação destes profissionais são medidas vistas na atualidade como estratégia para o avanço na consolidação das atuais políticas públicas de saúde. Por esses motivos, a Educação Permanente de profissionais de saúde relativamente à abordagem de gênero implica qualidade à atenção à saúde das mulheres em situação de violência, no primeiro momento da rota percorrida por mulheres que buscam ajuda. Isto significa contribuir para a emancipação e para o fortalecimento das mulheres que tentam romper com a situação de violência vivida.

Com o objetivo de identificar o perfil deste público-alvo especial, foi feita uma sondagem com 40 profissionais da área da saúde, da assistência social e da jurídica, dos serviços que atendem mulheres em situação de violência: as Unidades de Saúde da Família, o Centro de Referência da Mulher, o Hospital (Centro de Atendimento a Violência Sexual) e a DEAM. Aos sujeitos foram perguntados a respeito de sua relação com os jogos eletrônicos. Dos 40 profissionais arguidos, 16 utilizavam joguinhos eletrônicos em uma frequência média de uma vez ao mês e eles afirmaram preferir jogos de raciocínio lógico, cartas e pistas. Os jogadores responderam que jogam por diversão e utilizam como plataforma, principalmente, o computador. Observou-se ainda que mais de 80% dos entrevistados tem acesso ao computador. A figura 11 ilustra o percentual de entrevistados quanto ao acesso às tecnologias digitais.

Dentre os que responderam que jogam (16 profissionais) apenas um deles não tem acesso ao computador. Esses resultados evidenciam que o facilitado acesso ao computador é um indicativo positivo para o desenvolvimento de um aplicativo destinado a essa plataforma

pois, para todos os entrevistados, inclusive entre os “não jogadores”, o acesso ao computador é uma realidade do seu cotidiano o que potencializa os resultados deste estudo.

Figura 11 – Perfil dos jogadores quanto ao acesso de tecnologias digitais



Fonte: Elaborada pela autora

5.3.2 O fluxo do jogo

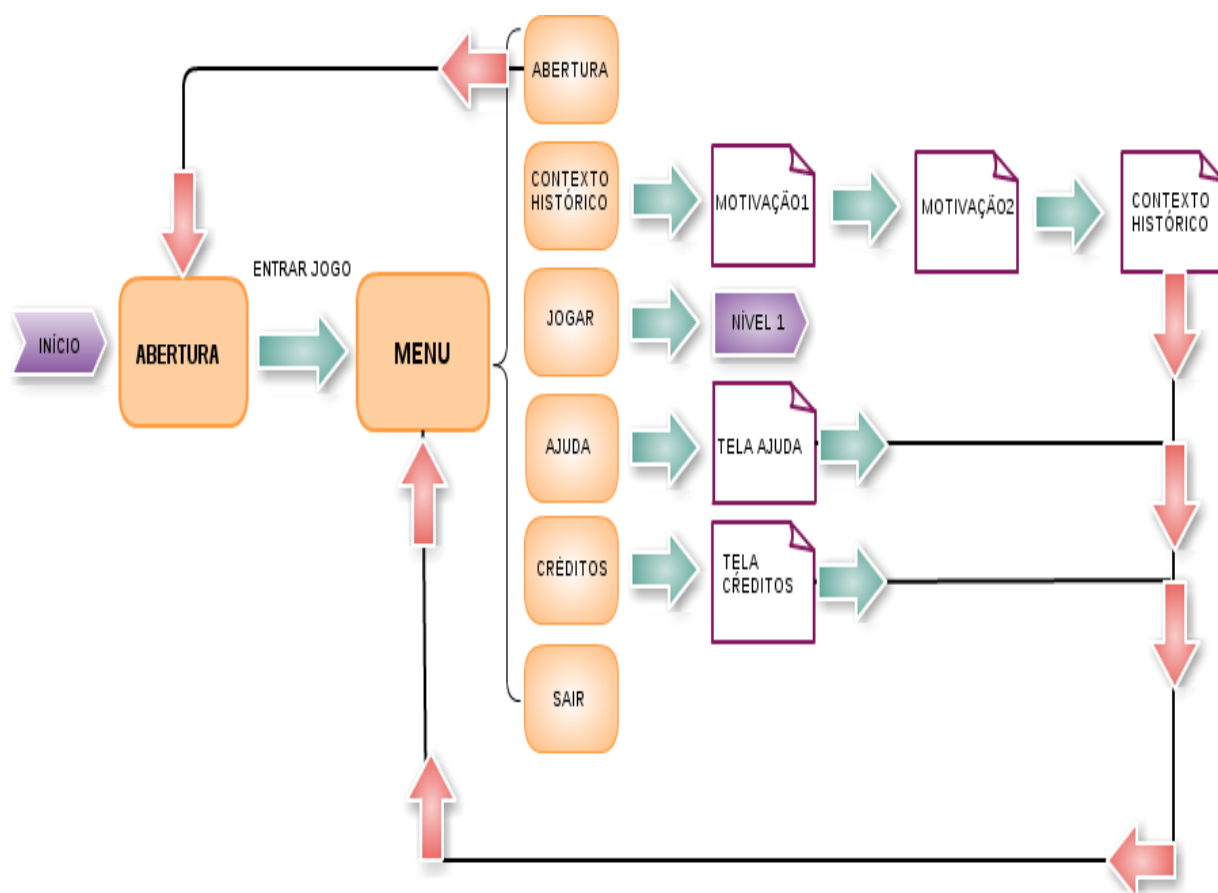
O jogo tem início com a apresentação de uma sequência de cenas que resumem o grande problema da narrativa e o desafio do jogador: ajudar Marta, enquanto profissional de saúde, a entender e enfrentar a situação de violência doméstica que a personagem vivencia. Nesse momento é apresentado na forma de imagens o objetivo do jogo. Para Schuytema (2008, p.164) é importante “deixar os jogadores conhecer logo de início o objetivo do jogo”, para contribuir para o entendimento do progresso das ações e do contexto geral do jogo. O autor defende que os jogadores gostam de ver seu alvo desde o início para guiar suas ações e percepções. Na *Caixa de Pandora*, esse objetivo é novamente apresentado ao jogador nas opções de *Menu* em “Ajuda” e na tela inicial do jogo, após a escolha da opção “Jogar”.

Após a apresentação das cenas intituladas como “*Abertura*”, o jogador visualiza uma tela com a imagem do personagem aparentando tristeza, desânimo, desestímulo e fraqueza, onde é apresentado o questionamento do jogo: “*Por esse problema acontece com Marta? Entre na caixa de Pandora, responda as perguntas e tente ajudá-la*”. A pergunta busca

despertar motivações para a reflexão do jogador e estimular a sua entrada no jogo, o que representa que o jogador aceita o desafio de investigar e agir diante dos casos de violência na sua área de competência. Esse pensamento parte do pressuposto de que os profissionais precisam desmistificar a violência e considerá-la no setor saúde.

Ao aceitar o desafio, o jogador segue para a tela de *Menu* com as opções: “*Abertura*” que reapresenta as cenas iniciais, caso o jogador assim escolha, “*Contexto Histórico*” que conta a motivação para a construção desse jogo, exibindo dados epidemiológicos de incidência do problema e a grande problemática que é a inadequada atenção em saúde dada a essas mulheres. A opção de “*Contexto Histórico*” ainda exibe uma relação de grandes conquistas das mulheres na busca por equidade de gênero e por uma vida melhor. Essa sessão busca contextualizar o jogador para a realidade da violência contra a mulher, apresentando a problemática e a justificativa do projeto. Ainda no *Menu*, são apresentadas as opções “*Ajuda*”, “*Créditos*” e “*Sair*”. O fluxo do jogo, no início e no primeiro nível, encontra-se ilustrado na figura 12.

Figura 12 – Fluxo do jogo – Abertura e Menu



Fonte: Elaborada pela autora

No primeiro nível, o jogador receberá quatro tarefas que compreendem as cenas e a pergunta. Ao fim das tarefas ele visualizará uma tela que mostra a sua pontuação acumulada e uma mensagem sobre o seu desempenho, parabenizando-o ou estimulando a sua reflexão. Caso atinja a pontuação mínima necessária ele muda de fase e segue para o Nível 2. Nessa etapa ele passará por seis novas tarefas (cenas e perguntas) e do mesmo modo ocorre a transição para o terceiro e último nível que apresentará ao jogador oito novas tarefas. Em qualquer um dos níveis, caso ele não atinja a pontuação mínima necessária a partida encerra-se. No momento em que é apresentada a pergunta, o jogador tem a opção de retornar ao *Menu* e iniciar o jogo do primeiro nível, com pontuação zerada.

5.3.3 Níveis

Organizar um jogo em níveis é uma estratégia para estruturá-lo em subdivisões eficazes, organizar a progressão e aprimorar o modo de jogar (NOVAK, 2010). A ideia de dividir o jogo em níveis partiu da concepção de melhor evidenciar no jogo todos os aspectos teóricos que foram traçados na fase de concepção e validação do conteúdo e que estão relacionados com a violência contra a mulher: Gênero, Direitos Humanos e Saúde. De acordo com essa proposta, cada nível trata de um ou mais conceitos relacionados entre si, com o objetivo de evidenciar o quão complexo é esse fenômeno e o quanto ele se relaciona com as diversas áreas do conhecimento: social, jurídica, saúde entre outras.

Além de facilitar a abordagem do tema, a divisão do jogo em três níveis atende também a proposta de que é preciso subdividir o jogo, para estimular as conquistas parciais e a final. Sobre isso Schuytema (2008) diz que um bom jogo precisa apresentar vários pequenos desafios, com oportunidades para satisfações parciais, para que o jogador experimente sentimentos de realização ao longo da partida.

A subdivisão do jogo atendeu também a uma ordem cronológica da vida de Marta: infância/adolescência e vida adulta, que teve duas motivações: a de tornar o jogo de fácil compreensão para o jogador, por se tratar da narrativa de uma história de violência, que visualiza uma evolução na vida do personagem, e a de apresentar as múltiplas formas de opressão à qual a mulher é submetida em diferentes faixas etárias, que vai da opressão de gênero na relação com o pai e os irmãos, à opressão na sua forma aguda através da violência instaurada praticada pelo companheiro, até a violência institucional que se manifesta nos serviços de apoio onde a mulher tem a sua queixa desvalorizada e pela situação que vivencia é

novamente humilhada e revitimizada. Nesse contexto, ressalta-se que o foco do jogo é a violência doméstica contra a mulher perpetrada pelo companheiro.

5.3.3.1 Nível 1

Na primeira etapa do jogo, o conceito predominante é o de Gênero. Ao jogador são apresentadas quatro situações. Cada situação corresponde a uma sequência de cenas que ilustram um episódio, seguida pela apresentação de uma pergunta com quatro ou duas alternativas para escolha.

As situações apresentadas nesse primeiro nível abordam questões relativas à naturalização da opressão de gênero, considerando às iniquidades entre os sexos como fatores determinantes para a construção de relações interpessoais violentas. As situações ilustradas apresentam questões culturais, educacionais e sociais que constroem e perpetuam as desigualdades entre meninas e meninos. Essa etapa enfatiza a educação diferenciada dada às crianças, a definição dos papéis de gênero como algo opressor e limitador, a diferença dos conceitos de gênero e sexo e a predominância de uma cultura machista que oprime meninas e meninos em uma educação sexista e desigual.

Nesse nível pretende-se mostrar ao jogador como se iniciam as iniquidades entre homens e mulheres na infância, remetendo-os para a reflexão de que a violência contra a mulher tem raízes nessas desigualdades construídas por uma cultura patriarcal, através de valores culturais que criam papéis sociais diferentes para homens e mulheres e tornam a violência um problema social, complexo e de múltiplas interfaces.

5.3.3.2 Nível 2

O segundo nível apresenta os conceitos que orientaram a elaboração dos passatempos as categorias Direitos Humanos, Gênero e Saúde. Apresenta tarefas que tratam de cada um dos conceitos ou de mais de um relacionados entre si. A apresentação das tarefas segue a mesma estrutura do nível 1: cenas seguidas das perguntas. O tema central das questões, nesse nível, é a Violência Doméstica contra a mulher. Nessa etapa, a personagem, já adulta, sofre agressões por parte do companheiro. A abordagem nesse nível do jogo trata da identificação dos casos de violência, contemplando a sua definição, consequências e tipos, com o enfoque no saber de gênero, impactos na saúde e no âmbito dos direitos humanos.

São apresentadas ao jogador seis tarefas que exploram as questões sobre o que é a violência contra a mulher, porque ela é referenciada como violência de gênero, quais os seus tipos, suas causas e como funciona a Lei Maria da Penha e a Notificação Compulsória em saúde. O objetivo principal desse nível é informar ao jogador sobre algumas definições e características da violência sob o ponto de vista do saber de gênero.

O pressuposto para a definição desse nível partiu da ideia de que é preciso “definir para identificar” os casos de violência que chegam ao serviço de saúde. De acordo com D’Oliveira (2009), para que o profissional detecte casos de violência ele precisa saber o que é violência. Entretanto, esse estudo defende que o profissional tem um saber sobre o problema, porém um saber tradicional, hegemônico, patriarcal, que autoriza a violência contra a mulher como uma forma de correção de algum comportamento “impróprio”. Orientados por esse saber, as práticas profissionais são muitas vezes inapropriadas, daí decorre a necessidade de definir a violência contra a mulher sob o enfoque do saber de gênero.

5.3.3.3 Nível 3

No último nível, são apresentados passatempos que, assim como o nível anterior, também inter-relacionam os três conceitos teóricos: Gênero, Direitos Humanos e Saúde. Esse nível consiste na fase dos processos decisórios do jogador frente a um problema já teoricamente compreendido e identificado por ele nos outros dois níveis anteriores. Fazendo menção as abordagens teóricas que embasam a abordagem do conteúdo, nessa fase o jogador deve usar os conhecimentos já elaborados para o desenvolvimento de competências. Por este motivo, nesta etapa o jogo foca diretamente no profissional de saúde, tendo quase que todas as cenas ocorrendo no ambiente do serviço de saúde da atenção básica.

Com o objetivo de avaliar o jogador quanto à atenção oferecida à mulher em situação de violência, são apresentadas oito tarefas que abordam questões referentes ao acolhimento, atendimento, escuta qualificada, encaminhamentos e conhecimento da rede de apoio.

Para D’Oliveira (2009), a identificação da violência doméstica contra a mulher é importante para que não haja banalização das situações pelos profissionais. Porém, depois que o profissional os identifica, ele deve atuar de forma adequada. Esse nível parte, portanto, da perspectiva de que o jogador precisa saber agir adequadamente nessas situações, por isso são abordadas as formas de ouvir, aconselhar e acolher as necessidades em saúde decorrentes da violência e o reconhecimento da rede de atenção para evitar encaminhamentos automáticos e inefetivos.

5.4 DESENVOLVIMENTO GRÁFICO E DE PROGRAMAÇÃO

5.4.1 Idealização da parte gráfica (Ilustrações)

Na perspectiva de atuação nos domínios afetivos da aprendizagem, as cenas do jogo foram idealizadas criteriosamente, para valorizar as expressões faciais e os cenários com o intuito de prover a experiência de sofrimento, de medo, de esperança, de tristeza e de dúvida vivenciada pelos personagens. O objetivo dessa estratégia foi contextualizar a situação de violência, conferindo realismo aos conflitos interpessoais exibidos no jogo e com isso sensibilizar e provocar a reflexão do jogador, no sentido de compreender a problemática, sem mais considerar a violência como algo natural e próprio da vida das mulheres. Um dos maiores problemas para o enfrentamento da violência contra as mulheres é a concepção de que esse fenômeno é uma ocorrência normal do ambiente doméstico, onde as regras pessoais deste lugar são predominantes, não cabendo ao Estado ou a outras esferas intervir (OLAYANJUA, *et al.*, 2013). É justamente essa concepção naturalista da violência doméstica que o jogo buscou desconstruir e potencializar o profissional de saúde para compreender a severidade dos episódios da violência e reformular às suas concepções a respeito do problema, no sentido de desenvolver suas competências e agir mais efetivamente sobre os casos.

Nesse enfoque, a parte gráfica do jogo *Caixa de Pandora* corresponde às ilustrações elaboradas por um desenhista. Todas as cenas do jogo foram criteriosamente pensadas e planejadas pela equipe envolvida. As cenas eram detalhadamente descritas quanto ao cenário, vestimentas dos personagens, expressões faciais e evolução da história.

Nesse rascunho descritivo, todos os detalhes do cenário, as expressões corporais e faciais, bem como os sentimentos dos personagens (aborrecida, indignada, ignorar, entristecida, brava), eram criteriosamente detalhados para que o desenhista pudesse representar estes elementos nas imagens. Na sequência, este profissional gerava traços de desenhos, como um exemplo expresso na figura 13, que passavam pela análise e aprovação da equipe multiprofissional envolvida neste trabalho.

Por ser um assunto de caráter íntimo e por envolver concepções pessoais enraizadas no contexto cultural das pessoas, abordar a violência contra a mulher exigiu o uso do recurso ilustrativo para conferir sutileza à abordagem e para o desenvolvimento dos domínios afetivos do processo de aprendizagem relacionados a sentimentos e posturas, que incluem

comportamentos, atitudes, responsabilidade, respeito, emoção e valores (FERRAZ; BELHOT, 2010). Por isso, os desenhos, à medida que ilustram as situações de opressão e contribuem para “contar” a narrativa, visam a sensibilizar o jogador no sentido de despertar motivações para a reflexão sobre suas concepções e experiências pessoais que possam influenciar na prestação de uma assistência em saúde livre de estigmas e preconceitos.

Figura 13 – Estudo para definição das telas de Abertura



Fonte: Elaborada pela autora

Essa estratégia tem a sua relevância também pelo que defendem D'Oliveira *et al.* (2009) ao afirmarem que durante os processos de qualificação em violência de gênero, é preciso uma abordagem especial aos profissionais de saúde – especialmente às mulheres – compreendendo uma etapa de sensibilização sobre o problema, tendo em vista que muitas

profissionais de saúde já podem ter sofrido com situações de violência doméstica.

Outro recurso ilustrativo usado nas cenas é o uso das cores, com a predominância de telas escurecidas, sombrias, que tendem a clarear à medida que o jogador segue no jogo e muda de fases. Esse efeito busca passar a sensação que o jogador, ao tomar as decisões mais adequadas, abre a *Caixa de Pandora* que se ilumina e o jogador vai desvendando e compreendendo os sentimentos que há nela, representando a compreensão do fenômeno.

5.4.2 Criação das músicas e trilhas do jogo e programação

Do mesmo modo que as ilustrações, a criação de trilhas musicais para o jogo também atende ao objetivo de trabalhar a afetividade do jogador.

Seguindo a mesma metodologia da criação de telas, as trilhas para as etapas do jogo buscam expressar sentimentos vivenciados na narrativa: inocência da infância, tristeza pela situação de violência vivida, esperança ao buscar ajuda entre outros. As músicas passaram pela etapa de avaliação e edição pela equipe.

Para a programação do jogo foi usada uma biblioteca multiplataforma, o *Allegro*⁶, destinada à programação de jogos de vídeo e multimídia, permitindo a criação de janelas, carregamento de dados, desenho de imagens (bitmaps), além de interpretar comandos de interação do usuário.

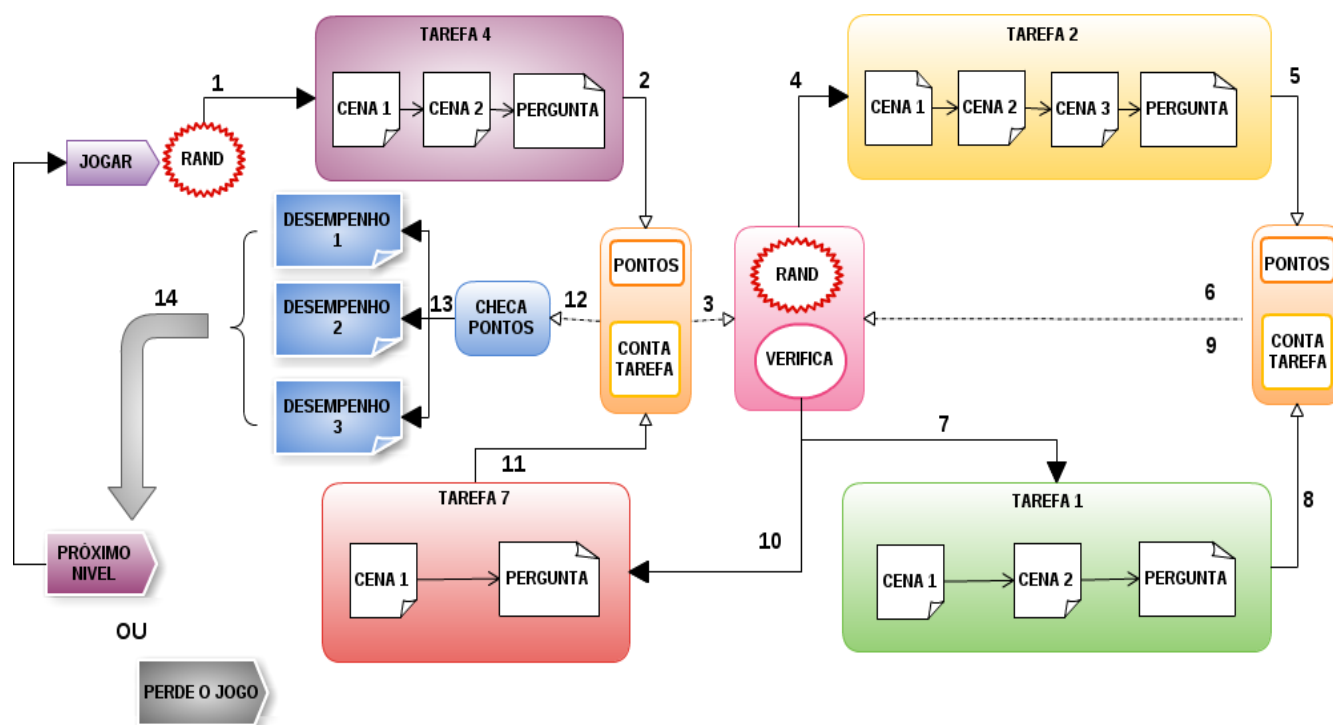
Para o jogo, o tipo de dispositivo para interação escolhido foi o mouse por ser um dispositivo simples de fácil manipulação, considerando que o público alvo da aplicação é profissionais de saúde, alguns sem muita habilidade com os dispositivos do computador.

Quanto à programação do fluxo do jogo, o mecanismo implementado baseou-se na progressão de telas (carregadas de um arquivo), de acordo com os níveis e as tarefas que eram randomizadas. A apresentação das tarefas foi possível a partir da implementação de uma função de randomização que gera números aleatórios e sem repetição, associados às tarefas. O fluxo do jogo é igual nos três níveis, variando apenas o número de tarefas que deverão ser apresentadas. A figura 14 ilustra a sequência do jogo dentro do primeiro nível, de acordo com o algoritmo implementado no programa.

Pode-se perceber, na figura 14, que ocorrem processos intermediários às tarefas, ações do programa para controlar a exibição e progressão das imagens.

⁶ Fonte: <http://alleg.sourceforge.net/>

Figura 14 – Funcionamento do jogo dentro do nível



Fonte: Elaborada pela autora

Com a randomização, o programa verifica se a tarefa já foi apresentada ao usuário para evitar a repetição de perguntas em uma mesma partida. Caso já tenha sido usada, ocorre novo sorteio. Entre as tarefas ocorre também a exibição da pontuação adquirida, baseada na atuação da inteligência do jogo, e a atualização de um contador de tarefas para garantir a apresentação da quantidade exata de perguntas para cada nível, quatro, seis e oito para os níveis um, dois e três, respectivamente. Ao fim da exibição de todas as tarefas daquele nível, ocorre a checagem da pontuação acumulada, momento em que a Inteligência do jogo verifica as regras programadas e, de acordo com essa pontuação, categoriza o jogador de acordo com o seu desempenho em três possíveis categorias. Essa categorização se dá com a exibição de uma nova tela que contém uma mensagem acompanhada da sua pontuação total. De acordo com o seu desempenho a inteligência do jogo decidirá sobre a sua permanência ou não na partida, o que culmina em dois caminhos diferentes: novo nível ou fim de jogo, conforme ilustrado no diagrama apresentado na figura 14.

5.5 INTELIGÊNCIA DO JOGO

No jogo *Caixa de Pandora*, a inteligência do jogo consiste na “reação” do jogo frente às ações do jogador diante dos componentes da aplicação, no caso as tarefas com perguntas. O método de tomada de decisão monitora a resposta do usuário, fazendo a verificação das regras de pontuação e caracterizando o jogador em faixas de desempenho, que determinam as mudanças de eventos no jogo: avançar nas tarefas, mudar de nível, alcançar êxito na partida ou não.

Essa transição entre os eventos ocorre pelo modelo de decisão programado para verificar a pontuação e as categorias determinadas por ela, a partir de regras baseadas em índices avaliativos. Considerando o conjunto das tarefas como um teste e o escore final resultado da soma ponderada dos pontos obtidos com cada resposta, o modelo de tomada à decisão (a Inteligência) foi idealizado com bases na Teoria Clássica dos Testes (TCT), uma das vertentes da Psicometria, com suporte nos números índices da estatística, os Índices Avaliativos. Trata-se de um modelo simplificado, porém adequado à pretensão de avaliar o jogador e trabalhar aspectos afetivos do processo de aprendizagem, à medida que categoriza o jogador de acordo com o seu desempenho (baseando-se em suas respostas), retornando-lhe, além da sua pontuação, mensagens de caráter reflexivo e pedagógico

5.5.1 Psicometria

A Teoria Clássica dos Testes (TCT) é uma vertente da Psicometria (*Psico*=mente; *metria*=medida) definida como uma teoria e técnica de medida dos processos mentais, que usa um método quantitativo para descrever o que é observado em fenômenos naturais e latentes (características não observáveis: comportamentos, aptidões, desempenho, proficiência, risco, potencial, nível). Historicamente associadas às áreas da Psicologia e Educação, a psicometria procura explicar o sentido que têm as respostas dadas pelos sujeitos a uma série de tarefas, chamadas de itens (PASQUALI, 2009). Para Pasquali (2011), a Psicometria é uma área que pretende estudar e medir os fenômenos psicológicos, que são representados por números, por isso essa ciência deve ser concebida como um ramo da Psicologia com interface na Estatística.

Essa técnica apresenta duas vertentes: a clássica, Teoria Clássica dos Testes (TCT) e a moderna, Teoria de Resposta ao Item (TRI). Segundo Pasquali (2011) a TCT confere um

escore, representado pelos números de acertos excetuando o número de erros. Preocupa-se em explicar o resultado final, enquanto que a TRI não se preocupa com o escore final, mas com cada item buscando saber qual a probabilidade e os fatores que influenciam aquele item ser acertado ou não.

A TCT consiste na vertente clássica da Psicometria. Essa teoria foca no escore final, portanto mede a qualidade do teste, ou seja, um indivíduo responde a uma série de itens (tarefas) e recebe um ponto por cada resposta certa, ao final, ele recebe um escore total que é a soma desses pontos obtidos com as respostas certas. Esse escore representa a magnitude daquilo que o teste pretende medir no sujeito, por esse motivo, a TCT se baseia naquele valor final para medir o comportamento avaliado pelo teste (PASQUALI, 2011). O autor citado destaca que o foco de interesse da TCT não é o traço latente⁷ (características psíquicas), mas sim o comportamento por interessar-se pelo resultado final do teste e não por cada item.

No jogo, do ponto de vista da Psicometria, cada tarefa representa um item a ser respondido e o escore final é resultado da soma dos pontos ponderados das respostas, sendo esse escore final avaliado ao fim de cada nível do jogo. Nesse mesmo enfoque, o conjunto de tarefas em cada nível busca medir as concepções do profissional a respeito do tema principal abordado em cada fase. Portanto, o escore final obtido permite apreender tais concepções e com isso avaliar o jogador quanto aos objetivos do jogo.

5.5.2 Ponderação dos itens e das respostas

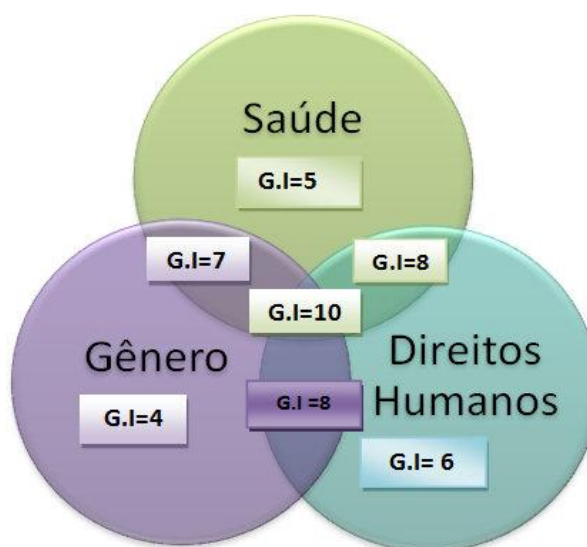
A avaliação do jogador, a partir do somatório de pontos das suas respostas tem o propósito de medir as ações/comportamentos, orientados pelas concepções e saberes do profissional de saúde, em relação à violência doméstica sofrida pelo personagem. Como já foi discutido nesse trabalho, por tratarem de um assunto de caráter íntimo e baseado em concepções pessoais, as respostas não são dicotômicas, ou seja, não há uma resposta certa, tampouco uma errada. Elas foram classificadas em uma escala considerando aquelas mais e as menos adequadas de acordo com o saber que considera as iniquidades entre os gêneros e a sua potencialidade para orientar práticas profissionais que possam se efetivar em uma assistência mais integral, humanizada e efetiva, coerente com o que preconiza a política de atenção as mulheres em situação de risco ou vulnerabilidade à violência de gênero.

⁷ De acordo com Pasquali (2011) traço latente é definido como estrutura mental, processo cognitivo, habilidades, aptidão, traço de personalidade, processo elementar de informação, comportamento cognitivo, tendência, atitude.

Portanto, para conseguir uma avaliação mais precisa das respostas dos jogadores, cada alternativa recebeu um valor diferenciado e cada questão (item) recebeu um peso, um Grau de Importância (GI). Essa atribuição foi feita por uma especialista e os critérios consideram quais os temas que cada questão aborda e qual a relação entre os conceitos (Gênero, Direitos Humanos e Saúde) contemplados em cada questão, determinando o de maior nível de complexidade, e, portanto de maior peso, aquelas questões que relacionam o maior número de conceitos. Essa relação está ilustrada no diagrama da figura 15.

O diagrama, expresso na figura 15, foi construído para ilustrar os pesos das perguntas do jogo. Por exemplo: Um item que aborde unicamente a questão de Gênero, tem peso (G.I) 4. Entretanto, se outra pergunta abordar simultaneamente os conceitos Gênero e Saúde, ela apresentará maior peso, (G.I = 7), enquanto que, se uma questão apresentar os três conceitos associados, ela pode chegar a até peso 10. Apresentam maior grau de importância relativo as questões que abordavam a temática de Direitos Humanos. Essa decisão foi tomada com base na colocação dos profissionais na oficina de validação dos temas do jogo, que apontaram a categoria Direitos Humanos como a de maior dificuldade, adquirindo maior relevância e exigindo, portanto, maior competência por parte dos jogadores ao responderem aos itens que tratam desse conceito. Dessa maneira, o jogo apresenta 40 itens, com pesos diferenciados, de acordo com seu grau de complexidade (inter-relação entre os conceitos teóricos).

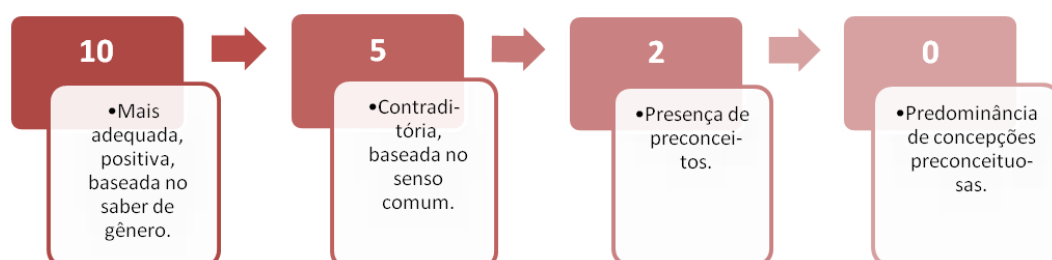
Figura 15 – Diagrama de Venn e os Graus de Importância



Fonte: Elaborada pelo autor

Em relação às respostas, cada uma recebeu um valor: 10 ou 5 ou 2 ou 0, sendo a 10 a mais coerente, que representa uma intervenção mais eficaz, valor 5 aquelas respostas consideradas contraditórias e portanto sem maiores potencialidades para ajudar a personagem na superação do problema enfrentado, a violência doméstica, e 2 e 0 aquelas com a presença e a predominância, respectivamente, de preconceitos e estereótipos que justificam e aceitam as desigualdades entre os sexos e a violência contra a mulher. Essa atribuição está ilustrada na figura 16.

Figura 16 – Escala com o valor das respostas e o que elas representam



Fonte: Elaborada pela autora

De acordo com essas atribuições, ao fim de cada nível, o método de suporte à tomada de decisão faz a verificação da pontuação obtida, de acordo com a escolha da alternativa pelo jogador, e classifica o usuário em categorias, permitindo uma avaliação mais precisa situação possível a partir da criação de Índices Avaliativos que relacionam a pontuação adquirida a uma classe, categorizando o jogador. A pontuação dos índices é obtida através da soma dos pontos ponderados de todos os itens, ou seja, a multiplicação entre o peso do item (pergunta) e o valor da resposta, conforme ilustrada na equação da figura 17.

Figura 17 – Fórmula para se obter a pontuação

$$\text{Índice1} = \sum (G.I * \text{valor da resposta})$$

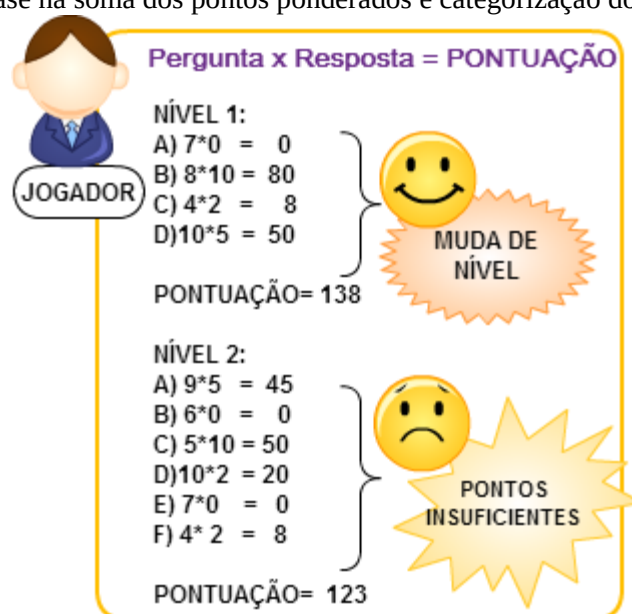
Fonte: Elaborada pela autora

No jogo, como cada item tem um peso diferente baseado nos GI e suas perguntas apresentam valores também variados, foi possível definir índices, que tratam de determinadas características a serem avaliadas no jogo, e definir faixas de pontuações que expressam categorias.

5.5.3 Índices avaliativos e categorias de classificação

De acordo com a atribuição de valores (pesos e graus de importância) para perguntas e respostas, ao fim de cada nível, o método de avaliação faz a verificação da pontuação gerada e classifica o usuário em categorias permitindo uma avaliação mais precisa, através de índices avaliativos que relacionam a pontuação adquirida a uma classe. A pontuação dos índices é obtida através da soma dos pontos ponderados (fórmula da figura 17) de todas as perguntas de cada nível. A figura 18 ilustra superficialmente um exemplo, nos dois primeiros níveis, do funcionamento deste modelo.

Figura 18 – Exemplo de funcionamento do modelo de avaliação com base na soma dos pontos ponderados e categorização do jogador



Fonte: Elaborada pela autora

No jogo, foram criados três índices avaliativos, um para cada nível, de acordo com os temas das perguntas em cada fase. O primeiro índice “*As concepções que orientam as práticas profissionais*” se refere ao nível 1, que traz questões que buscam captar as

concepções pessoais do jogador a respeito dos processos educativos das crianças, da atribuição social dos comportamentos humanos, da configuração das desigualdades entre os gêneros entre outros. O objetivo é apreender as concepções de gênero que o jogador detém e que orientam as suas práticas profissionais. De acordo com Silva. (2003), os recursos conceptuais que correspondem os conhecimentos, saberes e técnicas constituem instrumentos dentro do processo de trabalho capazes de orientar práticas, daí a importância em avaliá-los. Para esse primeiro índice avaliado, no primeiro nível, foram criadas três categorias de acordo com as respostas e com a pontuação acumulada. Em relação às faixas de pontuação, essas foram estabelecidas após sucessivos testes no jogo com o intuito de identificar as possibilidades de pontuações que os jogadores poderiam obter de acordo com as suas respostas que representariam a atitude do jogador frente às questões veiculados em cada nível do jogo. E assim foram estabelecidas as categorias dentro de cada índice:

- Concepções baseadas no saber de gênero com potencial emancipador:

O jogador é caracterizado nessa faixa, quando pontua entre 174,5 a 301 pontos. Isso significa que ele reconhece como raízes da violência contra a mulher as desigualdades entre os gêneros. O jogador que atinge essa faixa de pontuação recebe uma mensagem de estímulo e muda de fase, seguindo no jogo.

- Concepções contraditórias: ora consideram as desigualdades entre os gêneros, ora manifestam um saber patriarcal e machista:

Essa categoria intermediária é obtida pelo jogador que pontua entre 87,5 a 174,4 pontos. Para isso o jogador deve ter apresentado uma predominância por respostas baseadas no senso comum que expressam concepções baseadas no saber tradicional e consideram as mulheres como gênero frágil e inferior. Essa pontuação também pode ser atingida quando o jogador oscila em suas respostas, ora fazendo a pontuação máxima da questão, ora zerando em outras. Esse usuário, por apresentar concepções contraditórias, acredita-se que ele possa estar confuso quanto as suas convicções e por isso precisa continuar no jogo para ter chances de receber o efeito positivo do *game*. Por isso, caso ele pontue acima de 120 pontos ele recebe uma mensagem de caráter reflexivo sobre suas escolhas, mas ainda muda de fase e segue no jogo.

- Predomínio de concepções baseadas em estereótipos e preconceitos de gênero:

O jogador categorizado nessa faixa pontua, no máximo 87 pontos. Isso significa que ele apresentou em suas respostas concepções com predominância de preconceitos e estereótipos, baseadas no saber patriarcal. Essa faixa de pontuação é obtida com respostas

confirmam a ideia de que meninos e meninas precisam ser educados diferentes e que as diferenças biológicas entre os sexos conferem desigualdades sociais. Portanto, esse resultado não é compreendido como potente para orientar práticas profissionais positivas e efetivas na atenção à saúde da mulher em situação de violência. Esse jogador não consegue passar para o nível seguinte e lhe é apresentado alguns questionamentos para despertar as motivações para a sua reflexão e mudança de concepções.

O segundo índice, que corresponde ao nível 2 avalia a “*A compreensão do significado da violência, suas determinações e repercussões*”. Nesse índice as questões avaliam o conhecimento do jogador a respeito do que é a violência contra a mulher, quais seus tipos, suas consequências, o reconhecimento sobre a legislação vigente e sobre os mecanismos de notificação e enfrentamento do problema por parte do profissional e da sociedade em geral. As categorias, de acordo com a pontuação adquirida, tematizam:

- A compreensão da violência doméstica como violação aos DH das mulheres:

Nessa faixa, o jogador faz de 269,5 a 540 pontos. Isso significa que ele apresenta uma compreensão adequada da definição, dos tipos e da legislação vigente sobre a violência contra a mulher, por isso muda de nível e segue no jogo, após receber a mensagem de felicitações pelo desempenho.

- As necessidades de maiores informações sobre a violência: determinações, as consequências e o impacto na vida de quem a sofre:

O jogador que pontua entre 184,5 a 269,4 pontos, apresenta conhecimentos medianos a respeito da violência contra a mulher, seus tipos e mecanismos de enfrentamento. Seguindo a mesma ideia do que ocorreu no nível 1, considera-se que ele precisa continuar no jogo para ampliar a sua capacitação. Nessa situação, se atingir no mínimo 250 pontos ele segue no jogo, indo para o último nível.

- O desconhecimento do que é a violência doméstica contra a mulher e suas repercussões. Dificulta a visibilidade do problema no setor saúde:

O jogador apresenta menos de 184 pontos, o que representa que ele desconhece a violência contra a mulher como violação aos Direitos Humanos das mulheres, além de desconhecer as suas características e consequências na vida de quem a sofre, portanto apresenta grandes dificuldades para prestar uma atenção em saúde que reconheça e enfrente os casos que estão subentendidos nas queixas de mulheres em situação de risco ou vulnerabilidade à violência.

O último índice, do nível 3, avalia “*O Reconhecimento da violência doméstica contra*

as mulheres como um problema gerador de necessidades em saúde”. Para isso as questões buscam apreender o quanto e como a violência é visualizada no serviço, pelo profissional/jogador como um problema que produz necessidades em saúde e requer então enfrentamento e atenção especial. Para a obtenção desse dado é questionada qual a atenção oferecida e quais encaminhamentos são dados às situações identificados, além de verificar como a mulher maltratada é vista e quais as necessidades de saúde são atendidas nessa situação. Para isso foram criadas três categorias com as seguintes pontuações:

- Reconhecimento da violência doméstica contra a mulher como um problema que produz necessidades em saúde:

O jogador que pontua entre 385,5 e 769 apresenta o entendimento de que a violência é um grave problema de saúde e que requer uma atenção especializada às mulheres nessa situação. O jogador atinge sucesso na partida, alcançando o fim do jogo.

- Dificuldades em reconhecer a violência doméstica contra a mulher na sua prática profissional como um problema que produz necessidades em saúde a ser atendida:

Essa faixa representa uma pontuação entre 154 e 385,4 pontos. Por apresentar resultado mediano, o jogador ainda alcança êxito o jogo se marcar no mínimo 350 pontos,

- Desconhecimento da violência doméstica contra a mulher como geradora de necessidades em saúde. Dificulta a visibilidade e o enfrentamento do problema no setor saúde:

Nessa categoria, o jogador faz pontos inferiores a 154 e por isso não tem sucesso para chegar ao fim do jogo. Ocorre nessa situação a predominância de respostas que representam concepções baseadas em estereótipos de gênero, sem potencial para reconhecer as necessidades de saúde provocadas pela violência e consequentemente compreender a violência como assunto da área da Saúde.

Essa última fase define se o jogador mobiliza adequadamente os conhecimentos do jogo, independente das pontuações anteriores. Essa etapa mais definitiva do jogo justifica-se pelo fato de ser nesse momento que é avaliada o agir profissional e o reconhecimento das necessidades em saúde da mulher em situação de violência doméstica. O quadro 6 ilustra a atuação do sistema de suporte à tomada de decisão, baseado nos índices avaliativos.

Quadro 6 – Mecanismo de tomada de decisão e avaliação do jogador

Índice	Pontuação	Categoria/Desempenho
Índice 1: <i>Concepções que orientam as práticas profissionais.</i>	Maior que 174,5	Bom: Emancipadoras
	Entre 87,5 e 174,5	Regular: Contraditórias
	Menor que 87	Ruim: Estereotipadas
Índice 2: <i>Compreensão do significado da violência, suas determinações e repercussões.</i>	Maior que 269,5	Bom: Compreende
	Entre 184,5 e 269,4	Regular: Dificuldade em compreender
	Menor que 184	Ruim: Incompreensão
Índice 3: <i>Reconhecimento da violência doméstica contra as mulheres como um problema gerador de necessidades em saúde.</i>	Maior que 385,5	Bom: Reconhecimento
	Entre 154,5 e 385,4	Regular: Dificuldade em reconhecer
	Menor que 154	Ruim: Desconhecimento.

Fonte: Elaborada pela autora

“Que nada nos limite. Que nada nos defina. Que nada nos sujeite. Que a liberdade seja nossa própria substância.”

(Simone de Beauvoir)



6 RESULTADOS: ANÁLISES E DISCUSSÃO

Após a fase de implementação do *serious game* (programação) e da inteligência do jogo, foram realizados os testes necessários para avaliar o produto, tanto em relação ao seu funcionamento quanto à sua abordagem pedagógica e à aceitação pelo público alvo.

Este capítulo apresenta os resultados obtidos com a implementação do jogo e com a sua validação com o público-alvo.

6.1 O JOGO CAIXA DE PANDORA

A aplicação trabalha com o carregamento de imagens, sendo ao todo 333 imagens que são apresentadas de acordo com a fase do jogo e com o mecanismo de randomização, ou seja, de carregamento aleatório das imagens, para evitar repetições de tarefas em uma mesma partida.

O jogo se inicia apresentando a tela com a marca do jogo (Figura 19), que mostra a caixa de Pandora, enquanto ocorre o carregamento das imagens que serão usadas pelo programa. Na sequência, a história principal do jogo é contada com a passagem das cenas que ilustram a violência contra a mulher e a busca inefetiva dessa mulher pelo serviço de saúde. Essa situação pretende contextualizar o jogador sobre o problema da violência doméstica como tema principal do jogo.

Figura 19 – Tela inicial e de entrada do jogo



Fonte: Caixa de Pandora®

Após conhecer o contexto do enredo, o jogador é questionado sobre a situação vivenciada por Marta e é convidado a iniciar o jogo. Seguindo para o *Menu*. Nessa tela (Figura 20) são apresentadas as opções de rever as telas de *Abertura*, o *Contexto Histórico*, *Jogar*, *Ajuda*, *Créditos* e *Sair*.

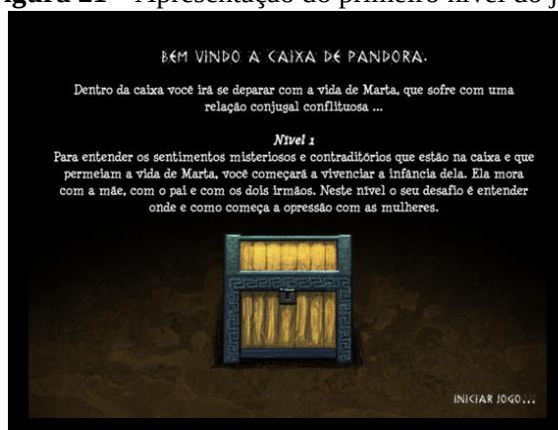
Figura 20 – Tela de apresentação do *Menu*



Fonte: Caixa de Pandora®

Ao iniciar cada nível, é apresentada uma tela com informações para contextualizar o jogador a respeito do enredo daquela etapa, conforme demonstrado na figura 21. Nesse momento do jogo, o jogador está sendo situado no contexto da narrativa, informando a fase de vida da Marta (infância, adolescência e adulta) e como se desenrola a história nessa etapa do jogo.

Figura 21 – Apresentação do primeiro nível do jogo



Fonte: Caixa de Pandora®

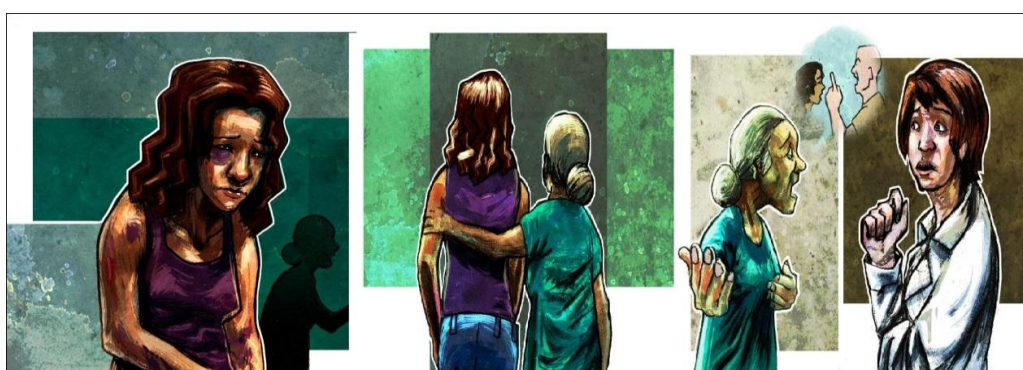
A partir de mecanismos de geração de números randomizados implementados no programa do jogo, as tarefas apresentadas ao jogador são escolhidas aleatoriamente. As

tarefas são constituídas de cenas que ilustram situações da vida de Marta, seja marcada por opressão/violência doméstica, seja pela busca ao serviço público de saúde, contemplando a atenção e a atuação profissional diante das necessidades identificadas (ou não). As cenas passam de modo automático e são seguidas por uma pergunta e quatro alternativas, estruturadas de modo a não conter uma resposta certa e outras erradas, visto que as respostas exemplificam concepções acerca da violência contra a mulher, elaboradas com base em depoimentos de profissionais sobre o assunto, obtidos em pesquisas anteriores, e com base no referencial teórico que respalda esse estudo.

Dessa maneira, as respostas oferecidas aos jogadores não têm a pretensão de afirmar o quão certo ou errado são os saberes de cada um. O que se pretende é despertar motivações para a reflexão dos profissionais, de acordo com o enunciado que apresenta em seu conteúdo o saber de gênero. Este defende a equidade entre homens e mulheres como mecanismo para prevenção da violência doméstica perpetrada contra as mulheres. O saber de gênero compreende um dos instrumentos do trabalho que orienta as práticas profissionais com potencial para identificar as situações de violência doméstica. Nas imagens da figura 22 são apresentadas as cenas de uma tarefa e a sua progressão, antes da apresentação da pergunta.

Para as cenas apresentadas no jogo, utilizou-se como recurso pedagógico a maximização das expressões faciais para simbolizar sentimentos de medo, angústia, tristeza e esperança, e para despertar no jogador sentimentos de emoção e de valorização do problema como algo social construído para uma desnaturalização da violência, como podemos verificar também nas cenas figura 22.

Figura 22 – Sequência de cenas de uma tarefa



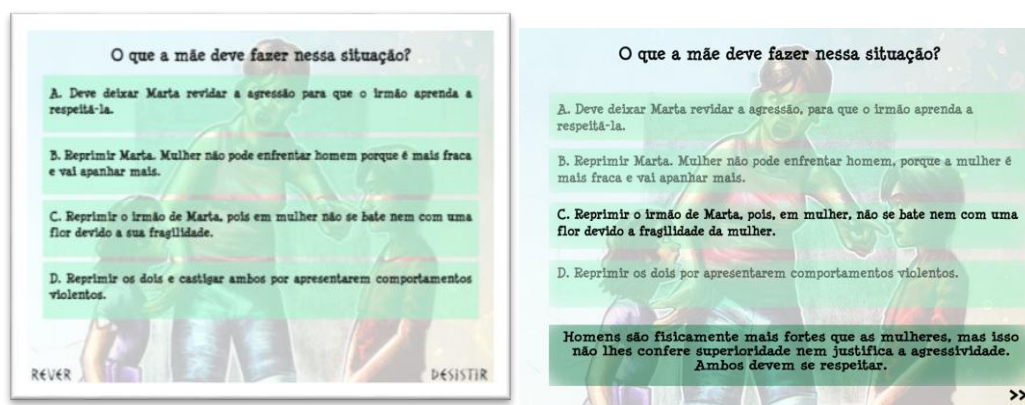
Fonte: Caixa de Pandora®

A tela que apresenta a pergunta exibe quatro respostas e as opções de *Rever*, que caso seja escolhida reapresenta as cenas da tarefa, e de *Desistir*, que retorna o jogador para o *Menu*

zerando a pontuação obtida até o momento.

Após selecionar uma das respostas, que fica destacada em negrito, as alternativas não escolhidas pelo jogador ficam em transparência. A avaliação do jogo, realizada pela inteligência pré-programada, verifica a escolha do jogador e exibe uma mensagem e uma pontuação específica àquela resposta selecionada. Essa mensagem objetiva despertar as motivações para a reflexão do jogador a respeito da sua escolha e juntamente com os pontos obtidos, contribuem para uma auto avaliação do jogador. A figura 23 ilustra a apresentação da questão e das respostas ao jogador.

Figura 23 – Apresentação da pergunta e tratamento das respostas



Fonte: Caixa de Pandora®

Ao finalizar as tarefas de cada nível, é apresentada ao jogador uma nova tela com uma mensagem para reflexão, incentivo ou de felicitação de acordo com o seu desempenho, conforme regras implementadas na inteligência do jogo. Estas atuam como modelo de decisão da máquina, determinando se o jogador perde ou continua jogando. Essa mensagem está de acordo com as categorias dos índices avaliativos explicados no capítulo anterior deste trabalho.

Em relação ao primeiro nível, caso o jogador tenha apresentado um bom desempenho no sentido do reconhecimento das iniquidades entre os gêneros, ele permanece no jogo e segue para a próxima etapa. A figura 24 mostra as telas que podem ser apresentadas ao jogador de acordo com o seu desempenho. Na ilustração, a caixa mais aberta e iluminada representa um melhor desempenho do jogador que foi capaz de aumentar a abertura da caixa de Pandora e ampliar sua compreensão sobre os sentimentos que ela suscita.

Figura 24 – Imagens de avaliação do jogador sobre o seu desempenho



Fonte: Caixa de Pandora®

Na sequência, o jogador verá uma nova tela que apresenta o nível seguinte e, do mesmo modo do nível anterior, esclarece quais os objetivos do jogador nessa etapa. Nessa etapa são apresentadas ao jogador seis novas tarefas, também de maneira aleatória, mas que abordam as questões relativas à violência doméstica perpetrada contra as mulheres, os seus tipos e as suas características, para que o profissional possa reconhecer o problema. As tarefas apresentam questões baseadas no conceito de Direitos Humanos, Gênero e ambos os temas relacionados. Nessa fase do jogo, Marta já se tornou adulta e sofre violência perpetrada pelo companheiro. Por esse motivo, as cenas ilustram situações de violência contra Marta e apresentam questionamentos dos profissionais a respeito do que eles identificam na vida da personagem, conforme exemplificado na figura 25.

Figura 25 – Cenas de violência sofrida por Marta e os questionamentos dos profissionais de saúde ao terem conhecimento da sua situação



Fonte: Caixa de Pandora®

Assim como no primeiro nível, a avaliação do jogo ocorre com a verificação da resposta escolhida seguida pela apresentação da mensagem e da pontuação específica. Caso o jogador atinja a pontuação mínima necessária para aquela fase, ele segue no jogo para o terceiro nível.

No último nível do jogo, são apresentadas oito novas tarefas, que tratam do modo como é realizada a atenção à saúde de Marta, quando ela recorre ao serviço público com queixas decorrentes da violência, como ilustrado na figura 26 que corresponde a uma das cenas de uma determinada tarefa. O último nível é considerado o de maior importância, por avaliar a atuação profissional e por considerar que o profissional já apreendeu algum conceito ao longo do jogo, nas etapas anteriores. É, portanto, o momento em que é avaliado o “saber agir” mediante os conhecimentos já elaborados. Por esse motivo, esse nível do jogo apresenta mais tarefas e exige maior pontuação do que nos níveis anteriores. Em relação ao fluxo do jogo, ele segue a mesma sequência das demais etapas, a diferença é que com a pontuação obtida nessa última fase o jogador pode concluir o jogo e ajudar Marta.

Figura 26– Cena do terceiro nível



Fonte: Caixa de Pandora®

Caso o jogador não obtenha a pontuação necessária para concluir o jogo, é apresentada uma tela de finalização, figura 27, que informa que não foi possível ajudar Marta dessa vez, mas estimula o jogador a tentar novamente. Essa tela é mostrada em qualquer etapa do jogo, quando o jogador não consegue ajudar Marta.

Ao fim do terceiro e último nível, caso consiga ajudar Marta, uma tela é mostrada ao jogador, evidenciando a *Caixa de Pandora* totalmente aberta e reluzente com Marta demonstrando felicidade e esperança para simbolizar que a atuação do profissional contribuiu para a abertura da *Caixa* e para a compreensão do problema. Desse modo foi possível ajudar Marta a enfrentar a situação de opressão que vivia, por meio da atuação profissional com potencial para a emancipação da mulher da opressão de gênero.

Figura 27 – Tela que informa ao jogador o fim do jogo, ao perder



Fonte: Caixa de Pandora®

Na tela que indica a vitória, expressa na figura 28, também é apresentada uma mensagem de congratulação pela atuação do jogador. Independente do resultado final, o jogador volta sempre para a tela de *Menu*, para que ele possa reiniciar o jogo, caso decida.

Figura 28 – Tela final do jogo, com a vitória do jogador



Fonte: Caixa de Pandora®

Em relação ao tratamento do “ganhar” e do “perder”, não são usadas no jogo claramente essas palavras, usa-se “você conseguiu abrir a caixa” e “você não pôde ajudar Marta” para tratar essas situações, respectivamente. O objetivo de usar essas expressões mais subjetivas é não rotular o jogador como ganhador ou perdedor, já que o jogo avalia concepções pessoais e considera como relevantes o saber popular construído a partir da realidade cultural de cada um. Portanto o que se pretende é estimular a motivação para a reflexão sobre a atuação profissional. Nesse mesmo enfoque, também não se faz uso da

palavra “FIM”, partindo do pressuposto de que o jogo não quer tratar o assunto como algo acabado e sim abrir portas e caminhos para que o profissional se interesse pelo tema e continue a pensar no assunto e agir no sentido de enfrentar o problema da violência doméstica com competência técnica.

Caixa de Pandora foi registrado junto à Rede de Inovação Tecnológica – NIT, como programa de computador, com o número do registro 277, Instituição: INPI - Instituto Nacional da Propriedade Industrial, conforme declaração (**Anexo B**).

6.2 VALIDAÇÃO DO JOGO COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Com a aplicação implementada e após a execução de testes de funcionamento da mecânica do jogo partiu-se para a fase de avaliação com o público-alvo. Assim, a fim de atender ao último objetivo específico desse trabalho, avançou-se para a validação do jogo com profissionais de saúde, público de interesse da aplicação *Caixa de Pandora*. A pesquisa com profissionais de saúde buscou avaliar o *serious game* desenvolvido quanto à sua efetividade pedagógica e sua aceitação enquanto ferramenta de apoio à Educação Permanente em Saúde (EPS) de profissionais em Unidades de Saúde da Família.

A avaliação dos *serious games* quanto à sua aceitação e efetividade pedagógica assume atualmente grande relevância pela necessidade de comprovação empírica do impacto positivo defendido para os jogos educacionais e com outros propósitos. Isso porque, como afirmam Wouters e Oostendorp (2013), apesar de amplamente produzidos nas últimas décadas o valor educacional de muitos *serious games* ainda precisa ser provado. Para Connolly *et al.* (2012) a busca por evidências empíricas sobre os impactos e resultados dos jogos evidenciam que essa preocupação vem tomando novas dimensões na área, na tentativa de substituir especulações por comprovação científica.

Nesse enfoque, esse estudo entendeu a necessidade de avaliar o impacto do jogo *Caixa de Pandora*, especialmente no que concerne à aquisição de novos conhecimentos, a mudanças de concepções e à aceitação da aplicação pelo público alvo. Dessa maneira, após estudo piloto com 119 profissionais de 33 ESF nos cinco Distritos Sanitários, a pesquisa teve início, considerando as informações obtidas no estudo piloto para cálculo amostral e para calibração dos instrumentos. A figura 29 apresenta um dos momentos de visita à unidade de saúde com o

teste da aplicação e coleta das respostas nos instrumentos de pesquisa⁸.

Em relação ao Questionário A (QA), utilizado para aferir o potencial pedagógico do jogo, as avaliações feitas no estudo piloto indicaram a necessidade de alterar o instrumento quanto a sua forma e o seu conteúdo, por esse motivo os resultados dos 119 questionários desse estudo piloto foram desconsiderados. No entanto, isso não ocorreu para o Questionário B (QB), que mede a aceitação do jogo pelos profissionais, que não sofreu mudanças, visto que os resultados do estudo piloto não apontaram tal necessidade.

Por conseguinte, foram investigados 204 profissionais, sendo 119 para estudo piloto de validação dos instrumentos e 85 para coleta dos dados. Portanto, obtivemos para o QA uma amostra final de 85 profissionais e para o QB o total de 204 (119 + 85) profissionais, porque o quantitativo de pessoas do estudo piloto para esse instrumento não precisou ser descartado.

Figura 29 – Teste do jogo *Caixa de Pandora* com profissionais de saúde



Fonte: Elaborada pela autora

⁸ Os profissionais que foram fotografados na figura 29 deram anuência para uso de imagem, a partir da assinatura de um termo.

6.2.1 Avaliação da efetividade pedagógica do jogo

Os resultados do estudo piloto com o QA apontavam um cálculo amostral de 84 profissionais, já acrescido com um percentual relativo às perdas. Considerando esse valor, participaram dessa etapa 88 profissionais de saúde alocados em 10 USF nos cinco Distritos Sanitários de João Pessoa, apresentando 03 perdas de informação, decorrentes de falhas no preenchimento dos questionários, atingindo por isso um valor final de 85 questionários válidos, de acordo com quadro 7. Esses profissionais responderam ao QA na forma de pré e pós-teste, antes e após o jogo, a fim de obtenção de um comparativo entre os resultados pré e pós-jogo para inferir conclusões sobre a influência pedagógica do *game* nas respostas dos jogadores.

Quadro 7 - Distribuição da amostra por Distrito Sanitário

Estrato (Distrito Sanitário)	n_h^9	Obtidos	Válidos n_h
I	20	21	20
II	25	27	25
III	15	16	16
IV	14	14	14
V	10	10	10
Total	84	88	85

Fonte: Elaborada pela autora

Para avaliar a potencialidade pedagógica do jogo, buscou-se os resultados de aprendizagem ligados à dimensão cognitiva e à dimensão afetiva. A dimensão cognitiva esteve relacionada às questões formativas sobre o problema da violência contra a mulher, com a apreensão do que foi assimilado pelos profissionais no jogo, em relação às questões conceituais sobre o sexo e o gênero; ao conceito de violência doméstica contra a mulher; à notificação compulsória da violência doméstica contra a mulher e aos conhecimentos sobre a Lei Maria da Penha. Esses conceitos são importantes por estarem relacionados com os temas que a intenção da política manifesta em seus documentos, leis e portarias da política nacional de enfrentamento do problema e também pelo fato de que saberes orientam as práticas profissionais, portanto, assim como o jogo, o questionário também avaliou esses aspectos

⁹ n_h refere-se ao valor amostral por distrito, obtido com o cálculo para definição da amostragem especificada no capítulo 4 deste trabalho.

técnicos e operacionais relacionados ao problema da violência doméstica dentro do contexto técnico-científico de atuação do profissional de saúde.

Os aspectos afetivos foram observados através da análise de níveis de aceitação, frequência, importância e concordância com itens que exprimem valores e concepções pessoais que influenciam a atuação profissional e interferem na compreensão e no encaminhamento do problema enquanto fenômeno social. Esses itens também buscaram apreender a presença e/ou a permanência de concepções e estereótipos de gênero nas respostas dos jogadores-profissionais de saúde.

A análise dos resultados desse questionário adotou a metodologia comparativa entre notas obtidas pelos jogadores nos dois momentos. Para a formulação das notas do QA, a atribuição das pontuações dos itens foi efetivada da mesma maneira do sistema de avaliação do jogo: com a criação de índices e ponderação dos itens. Para tanto, foram criados dois índices: um para o Bloco I que buscou avaliar os resultados da aprendizagem ligados ao nível cognitivo, por meio dos níveis lembrar, compreender e aplicar, e o outro para o Bloco II, correspondente aos resultados do nível afetivo que utiliza as categorias receptividade, valorização e organização. O tema dos itens e de cada Bloco, estão expressos no quadro 8.

Quadro 8 - Variáveis do QA por Blocos de resultados e por pontuação

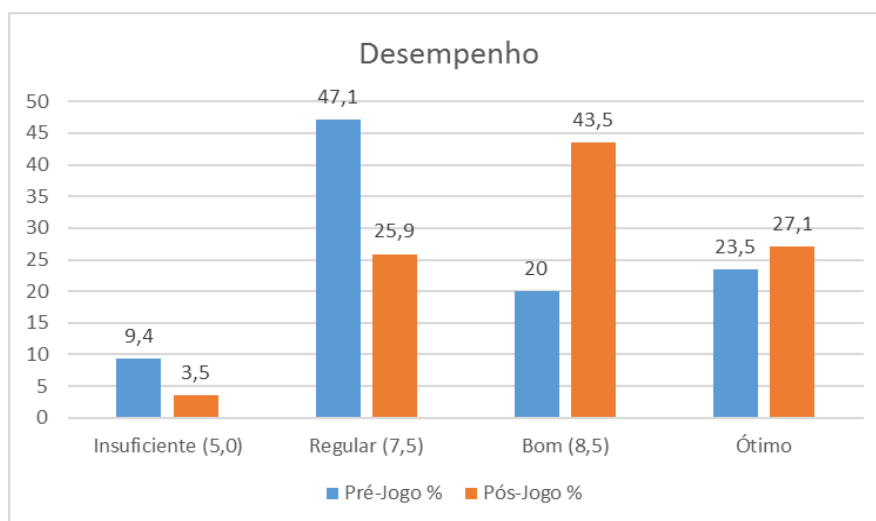
QUESTIONÁRIO A	
Bloco I	Bloco II
Apreensão de conceitos: ligados aos aspectos cognitivos	Apreensão de valores e significados culturais: ligados aos aspectos afetivos
•Diferenciação entre Gênero e Sexo •Conceito de VCM •Determinação da VCM •Notificação Compulsória da VCM •Legislação Nacional sobre a VCM •Conformação de Rede de serviços •Atuação profissional	•Atuação profissional •Compreensão do problema enquanto fenômeno social •Identificação e investigação •Identificação das necessidades em saúde •Questionamento de valores e estereótipos de gênero

Fonte: Elaborada pela autora

Cada item foi pontuado de acordo com os graus de importância seguidos no jogo, conforme detalhamento no capítulo anterior, e ao fim a pontuação dos blocos foram somadas para geração de uma nota global. As duas notas globais (pré e pós jogo) foram comparadas para verificar alterações, qual o sentido dessas mudanças (aumentou ou diminuiu) e a significância estatística do fenômeno

Analisando o desempenho dos participantes considerando as notas do QA, a média das notas globais obtidas no pré-jogo foi de 7,1. Já no pós-jogo a média foi de 7,9. Para fins de visualização dos desempenhos no pré e pós-teste, as notas globais obtidas foram classificadas de acordo com o seguinte critério: Insuficiente (até 5,0), Regular (5,01 até 7,5), Bom (7,51 até 8,5) e Ótimo (8,51 até 10,0). A figura 30 ilustra a comparação entre os desempenhos dos participantes nos dois momentos.

Figura 30 – Comparação do desempenho de acordo com as notas dos dois momentos



Fonte: Elaborada pela autora

De acordo com a figura 30, observa-se que no primeiro momento predominou o desempenho Regular, com aproximadamente 47% dos participantes, sendo cerca de 56% obtendo um desempenho Insuficiente a Regular. Em contrapartida, no pós-jogo, a prevalência foi do desempenho considerado Bom e Ótimo, com cerca de 70% dos participantes apresentando notas acima de 7,51 e o desempenho Insuficiente e Regular caindo para 28,5% dos jogadores. Esses resultados ilustram, de forma geral, um aumento nas notas, e consequentemente mudanças nas respostas influenciadas pela formulação de conhecimentos após o contato com o jogo.

Seguindo a mesma metodologia, Andrade *et al.* (2008) realizaram uma avaliação da potencialidade pedagógica de um jogo para Agentes de Saúde (AS) sobre doenças respiratórias infantis. Do mesmo modo, para avaliação, foram aplicados um pré e um pós-teste e comparadas a porcentagem de respostas corretas. Para os autores (p. 447), “o uso de pré e pós-teste retrata um recorte sobre a avaliação no âmbito da apropriação de conteúdos e tem uma função diagnóstica que pode ser feita antes e após a ação pedagógica.” No estudo de

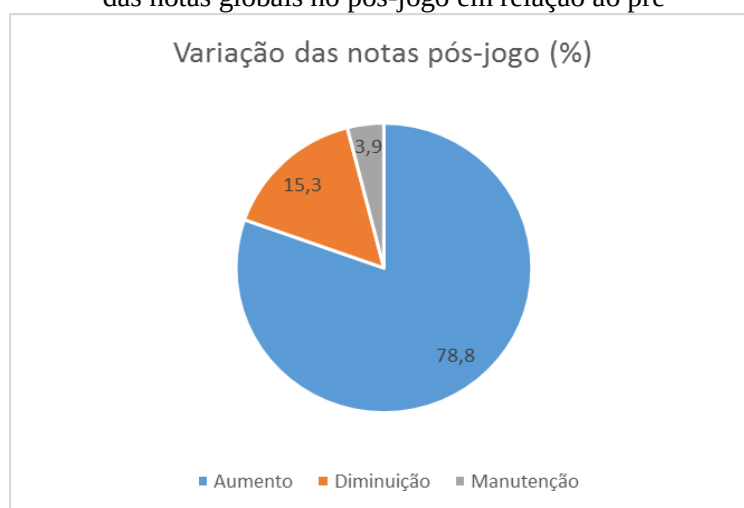
Andrade *et al.* (2008), os resultados também foram positivos com um aumento das respostas corretas no pós-teste.

Fonseca, Scochi e Melo (2002) também utilizaram metodologia semelhante de avaliação de um jogo de tabuleiro com a classificação do desempenho de puérperas que utilizavam esse jogo. As autoras classificaram o desempenho das usuárias em ótimo, suficiente e insuficiente e os resultados também evidenciaram aumento nesse desempenho após o jogo.

Dessa maneira, a comparação do desempenho dos participantes no pré e pós-teste, ajuda aos pesquisadores a visualizarem a possível apreensão/formulação de conhecimentos a partir dos temas informados, revelando-se uma metodologia de análise ilustrativa para avaliar uma ação pedagógica, porém sem relevância para conclusões estatísticas. Por esse motivo, partiu-se para a segunda análise das notas globais que consistiu numa análise comparativa a fim de verificar a significância estatística detectada nas primeiras conclusões expressas na figura 30.

De modo geral, dos 85 questionários válidos analisados a nota global aumentou no segundo momento em 78,8% dos questionários, diminuiu em 15,3% e se manteve estável em 5,9% , em relação às notas do pré-jogo, conforme gráfico de setores da figura 31.

Figura 31 - Gráfico de setores com o percentual das variações das notas globais no pós-jogo em relação ao pré



Fonte: Elaborada pela autora

Para verificar a significância estatística dessa variação das notas, foi aplicado um Teste não Paramétrico: o Teste de Wilcoxon. Esse teste foi escolhido em razão das particularidades dos dados: não suposição da normalidade e as notas foram obtidas a partir de informações de

nível ordinal. Portanto, o teste de Wilcoxon foi aplicado, para verificar o seguinte par de hipóteses:

H_0 : As medianas das notas globais são iguais nos dois momentos (pré e pós-jogo).

H_1 : As medianas das notas globais antes e após o jogo são diferentes.

Nesse enfoque os resultados obtidos com o teste foram os seguintes, expressos no quadro 9.

Quadro 9 - Resultados da análise do Teste de Wilcoxon

	<i>Classificações (Ranks)</i>	N	<i>Percentual (%)</i>
Nota do Pós-Teste - Nota do Pré-Teste	Classificação Positiva	67	78,8
	Classificação Negativa	13	15,3
	Igual	5	5,9
Estatística do Teste: <i>p</i>-valor = 0,00	Total	85	100

Fonte: Elaborada pela autora

Com o valor de ' p ' menor que 0,05, rejeita-se a H_0 e conclui-se o que está levantado na hipótese 1. Portanto, com esses resultados temos evidências estatísticas para defender que a diferença entre as medianas das notas globais do pré e do pós-teste é significativa.

Esses resultados estatísticos embasam a defesa de que houve mudanças nas respostas dos jogadores entre os dois momentos, influenciada positivamente pela atuação da ferramenta pedagógica, o jogo.

Para observar questões pontuais referentes à influência do jogo, analisou-se também as respostas a itens de forma individual e os resultados também ilustram a mudança positiva para o aprendizado após o contato com o jogo. Nos itens do Bloco I, de avaliação dos aspectos cognitivos com teor formativo sobre o problema da violência doméstica contra a mulher, as mudanças nas respostas nos dois momentos foram expressivas.

O conhecimento sobre a rede de serviços de apoio à mulher em situação de violência, foi assinalado com maior frequência após o contato com o jogo, passando de 51 (60%) para 75 (88,2%) profissionais que afirmaram conhecer a rede (**Apêndice E**). A falta de conhecimento sobre a rede de serviços para enfrentamento à violência e a descontinuidade no cuidado às mulheres em situação de violência, decorrente da falha de comunicação entre os

serviços dessa rede é considerado uma relevante questão que contribui para a invisibilidade da violência e para a não integralidade do cuidado prestado a essas mulheres. Tal dificuldade também foi relatada pelos profissionais de saúde investigados nessa pesquisa, durante a oficina de validação do material teórico (expressa no Capítulo 5 desse documento). Por esse motivo, a orientação a respeito dos serviços existentes e das suas funcionalidades foi uma das questões trabalhadas no jogo *Caixa de Pandora*. Isso porque, esse trabalho concorda com Meneghel *et al.* (2011), ao defender que o serviço de saúde deve estar preparado para atuar como articulador da rede de enfrentamento à violência. Nesse sentido, o conhecimento sobre a rede e os seus equipamentos, os novos serviços instituídos a partir da Lei Maria da Penha e o fluxo da “rota” percorrida por mulheres que decidem romper com a violência sofrida, são subsídios teóricos que os profissionais necessitam para fortalecerem a sua atuação, estreitando os laços de referência e contra-referência, bem como construindo planos assistenciais comuns, como defendem D’Oliveira e Schraiber (2014).

De modo semelhante, a compreensão sobre a importância da Notificação Compulsória (NC) dos casos de violência contra a mulher também aumentou no momento pós-jogo, conforme as respostas dos participantes da pesquisa expressas no apêndice F. A compreensão da NC como recurso para identificação epidemiológica da violência contra a mulher, conceito que pode ser empregado para subsidiar a implementação de políticas públicas, aumentou de 54 (63,5%) para 62 (73%) jogadores. A informação sobre a NC e sobre a sua funcionalidade é importante para combater a sub-notificação e consequentemente a invisibilidade da violência contra a mulher, visto que muitos profissionais não notificam a violência contra a mulher por não reconhecer a questão como um problema de saúde ou por não entenderem como adequada a intervenção nas relações de ordem privada. (OLIVEIRA; FONSECA, 2007). Existe ainda, uma percepção comum de descrença e não efetividade da NC por parte de muitos profissionais, justamente por não compreenderem os objetivos e a relevância da notificação em situações de violência doméstica contra a mulher.

Quando perguntado se o profissional se sentia preparado para atuar e cuidar de uma mulher em situação de violência doméstica, o número de respostas afirmativas dobrou no pós-teste em relação ao pré-teste: 21 (24,7%) para 42 (49,4%) profissionais disseram que sim (**Apêndice G**). O “sentir-se preparado”, ambicionado pela abordagem do jogo, envolve, dentre outros aspectos, um saber agir de um modo diferente que extrapole a conduta técnica baseada na assistência exclusivamente biologicista e medicalizadora. Envolve a percepção da importância de um cuidado humanizado e com responsabilização, que implique em uma

escuta qualificada, em um fortalecimento das relações de vínculo e de confiança, uma conduta clínica adequada e um encaminhamento seguro.

A análise individual dos itens, mostrou também alguns resultados semelhantes nos dois momentos, sem variações importantes. Foi o caso da questão que procurou avaliar a compreensão da diferença entre os conceitos Sexo e Gênero e do conhecimento sobre a Lei Maria da Penha, por exemplo.

Em relação à diferenciação entre os conceitos de Sexo e Gênero, esses resultados corroboram com o que defendem as autoras Schraiber e D'Oliveira (1999) ao dizerem que a noção de gênero e sexo ainda é muito confundida. A dimensão biológica do sexo e a social do gênero foi abordada no jogo, especialmente no primeiro nível, por entender a importância da apropriação das diferenças entre os conceitos por parte do profissional para a desconstrução da naturalização da violência doméstica contra a mulher. O objetivo da abordagem desses dois conceitos é subsidiar a compreensão, por parte dos profissionais, de que as diferenças entre os sexos (biológicas) não podem justificar desigualdades entre homens e mulheres, visto que tais desigualdades (sociais) não são naturais e sim determinadas historicamente e por esse motivo, tais desigualdades são consideradas injustas e evitáveis, como afirma Fonseca (2005). Nesse enfoque, ainda de acordo com Fonseca (2005), a apreensão do conceito de gênero representa as possibilidades para diferenciar homens e mulheres social e biologicamente, romper com a compreensão dicotomizada dos papéis sociais e abrir possibilidades para superar a subalternidade feminina.

Em relação ao Bloco II, aquele que buscou avaliar o impacto do jogo nos aspectos afetivos da aprendizagem – a interferência do jogo nas percepções e concepções dos profissionais acerca da violência doméstica contra as mulheres – os resultados se mostraram mais estáveis, confirmando a dificuldade em trabalhar com saberes que são orientados por preceitos culturais e valores pessoais.

Em relação ao enfrentamento da situação de violência pela mulher, mesmo após o jogo, ainda obtivemos, apesar da redução, participantes que afirmaram que a mulher precisa resolver sozinha a situação e ainda que elas precisam se adaptar ao problema, conforme expresso no apêndice H.

Esses resultados corroboram com conclusões de outros estudos e com aqueles obtidos nessa pesquisa, na abordagem aos profissionais (Capítulo 5/5.2.1/ a. Validação da Dimensão Teórica do Jogo), em que a violência é remetida a um nível da subjetividade pessoal, no âmbito privado, como um problema exclusivo de quem a sofre e por esse motivo deve ser

enfrentada (ou aceita) pela mulher. Apesar da identificação dessa posição conservadora, os resultados mostram também um quantitativo predominante de profissionais que não consideram como importante a atitude de adaptação da mulher à situação de violência sofrida, o que demonstra o predomínio da posição emancipatória (Apêndice I).

Apesar desses resultados, o número de profissionais que consideram importante esperar a mulher relatar a violência para que haja uma intervenção, caiu após o contato com o jogo de 47 (55,3%) para 36 (42,3%) respostas, de acordo com os dados no apêndice J. Esses resultados sugerem que 11 participantes da pesquisa compreenderam, após o jogo, a responsabilização do profissional pela identificação e investigação dos casos independente da presença de um relato por parte da mulher. Isso significa o reconhecimento de que a identificação de necessidades muitas vezes invisíveis faz parte do papel dos profissionais que atendem mulheres em situação de violência doméstica.

Ainda no Bloco II, verificou-se o grau de concordância dos profissionais com algumas concepções culturais, recorrentes no senso comum, relacionadas à violência contra a mulher. A primeira dela se refere ao dito popular “Em briga de marido e mulher, não se mete a colher”. Sobre essa afirmação, o percentual de concordância caiu de 18,8% (16) para 10,6% (9) após o contato com o jogo (Apêndice K). Do mesmo modo, uma pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), publicada em 2014, sobre a tolerância social à violência contra as mulheres, fez esse mesmo questionamento e 58,4% das pessoas concordaram com essa afirmação (IPEA, 2014).

No mesmo sentido, o QA perguntou aos profissionais se eles concordavam com a afirmação que “a mulher provoca a violência que sofre”. Após o jogo, a concordância caiu de 30,6% (26) para 20% (17) das respostas (Apêndice L).

Ainda questionando sobre as concepções culturais que traduzem ou revelam a naturalização da violência contra as mulheres, o QA buscou saber o nível de concordância dos profissionais com a afirmação de que os homens são naturalmente mais violentos do que as mulheres. Essa mesma pergunta foi feita na pesquisa da IPEA (2014), com a discordância total por parte de 61% dos entrevistados. Aqui, a concordância com essa afirmação caiu de 29,5% (25) para 20% (17) dos profissionais investigados (Apêndice M).

Esses resultados evidenciam que ocorreram mudanças nas concepções de profissionais que mantinham percepções permeadas por estereótipos nas relações entre homens e mulheres em face a presença de situações violentas e conflituosas. Essas mudanças são importantes para a construção de um cuidado e saúde integral e que contribua para a emancipação da

opressão de gênero.

Diante desses resultados, analisando os itens de forma isolada e constatando a mudança de percepções e concepções de muitos profissionais que tiveram contato com o jogo, esse trabalho concorda com Magalhães (2007) ao defender que o uso de abordagens formativas baseadas no lúdico para profissionais de saúde são, cada vez mais, significativas e interessantes, visto que esses profissionais lidam com interações humanas, com emoções e com vidas. Portanto, utilizar estratégias que possam proporcionar-lhes uma formação mais humanizada e sensível se mostra bastante apropriado e com potencial efetividade.

A utilização do jogo, no contexto do processo de trabalho em saúde, evidenciou a necessidade de utilizar outras abordagens, associadas às ferramentas tradicionais, para formar e capacitar profissionais. O advento do SUS exigiu e exige tais mudanças, ambicionando a formação de profissionais de saúde alinhados aos paradigmas do atual sistema de saúde e à integralidade das práticas, tendo em vista o desafio de formar profissionais mais críticos, reflexivo e sensível às necessidades dos usuários (PIRES, GUILHEM, GÖTTEMS, 2013). Esse processo de formação/capacitação profissional justifica a ampliação e legitimação de novas ferramentas e atividades, que propiciem a interação com as abordagens lúdicas que segundo Assis (2001) favorecem a aprendizagem, o trabalho em grupo, o fortalecimento de vínculos, mas que ainda são pouco exploradas no contexto assistenciais.

Com isso, concretiza-se o argumento defendido de que *serious games* são capazes de despertar motivações para o aprendizado e mudança de concepções. Em especial, *Caixa de Pandora* apresenta potencialidades para trabalhar o tema da violência doméstica no serviço de saúde e contribuir para uma mudança paradigmática da assistência na saúde da mulher.

6.2.2 Avaliação da aceitação do jogo *Caixa de Pandora*

Provada a efetividade do jogo em relação ao seu potencial para a formulação de conhecimentos pelos jogadores, esse trabalho buscou também avaliar a aceitação da aplicação *Caixa de Pandora*. Para isso, 204 profissionais de 30 USF responderam ao QB após contato com o jogo, o que permitiu identificar as seguintes dimensões: 1) perfil sócio demográfico dos jogadores, 2) aceitação da ferramenta, 3) componentes formativos da aprendizagem, 4) interface e 5) jogabilidade.

6.2.2.1 Perfil dos jogadores

Em relação à atuação profissional, a análise dos resultados de QB indicou a prevalência de Agentes de Saúde (AS), 129, como participantes da pesquisa. Esse fato decorre da composição da equipe, visto que em uma equipe básica os agentes de saúde representam aproximadamente 50% dos profissionais. Quanto às demais características, há uma predominância de participantes do sexo feminino, faixa etária entre 31 e 40 anos, com nível superior completo, perfil já esperado pela modalidade do público alvo (ALMEIDA; MACHADO; MEDEIROS, 2014). O perfil dos participantes da pesquisa está expresso no apêndice N.

6.2.2.2 Aceitação

Para avaliar a aceitação do jogo, o usuário foi questionado em relação à sua posição sobre o jogo: aprovação/reprovação do jogo, opinião sobre a aplicação, motivação para continuar jogando, relevância da temática para a sua atuação profissional, importância da estratégia, indicação para outras pessoas e motivação (tendência) para jogar novamente. Os resultados estão expressos (**Apêndice O**).

Os resultados dessa pesquisa em relação à opinião sobre o jogo corroboram com achados de estudos realizados por Connolly *et al.* (2012) que evidenciaram que os jogadores parecem gostar de abordagens baseadas em jogos para aprender e revelaram terem experimentado uma sensação agradável.

Nesse sentido, a aprovação da aplicação (“gostou do jogo”) por mais de 99% (203) dos participantes dessa pesquisa se mostra como um resultado positivo para que o jogo *Caixa de Pandora* possa despertar motivações para o aprendizado. Essa relação entre aceitação e aprendizado foi citada por Connolly *et al.* (2012) ao defenderem que aceitar e avaliar positivamente a aplicação não significa necessariamente que haverá aprendizado, mas essa aceitação positiva já é uma boa indicação para que isso aconteça.

Além de avaliar como “muito bom”, “muito interessante” e “muito motivador”, a quase totalidade dos participantes da pesquisa, 97,5 % (199 profissionais), ainda declarou que recomendaria o jogo *Caixa de Pandora* para outras pessoas e 171 deles afirmaram que gostariam de jogar novamente.

6.2.2.3 Componentes Formativos da Aprendizagem

Em relação ao potencial do jogo para despertar motivações para a aprendizagem nos aspectos relacionados ao problema da violência contra a mulher e o seu enfrentamento no setor saúde, os profissionais foram questionados sobre a aquisição de novos conhecimentos e a especificação do tema ou assunto apreendido.

Os resultados evidenciaram que quase todos os profissionais perceberam a potencialidade do jogo para a compreensão do problema e para a ampliação do conhecimento sobre a violência doméstica: 201 (98,5%). Esse mesmo quantitativo de profissionais (201) considera que os jogos podem se constituir em um instrumento efetivo no processo ensino-aprendizagem na educação permanente de profissionais. Os jogadores assinalaram também, aproximadamente 94% dos jogadores, que *Caixa de Pandora* contribuiu para a aquisição de novos conhecimentos e marcaram que algo novo foi assimilado, especialmente no que concerne aos serviços de apoio e à atuação profissional na atenção à mulher em situação de violência doméstica. Os resultados estão detalhados no apêndice P.

Tais resultados são importantes considerando a premência de desenvolver estratégias educacionais para profissionais de saúde alternativas às tradicionais, que apenas repassem conteúdos e são qualificadas como tecnicistas. No caso do *serious game* apreciado neste estudo, o jogo atende a sua pretensão de qualificar profissionais de saúde, por meio de uma abordagem construtivista que prioriza o contexto de atuação do profissional abordando questões do cotidiano dessas pessoas através das tarefas e de desafios do jogo. Assim, defende-se que o uso da abordagem construtivista, com a apresentação de mensagens reflexivas que levem a elaboração do conhecimento pelo próprio jogador, sem indicação do “certo” e do “errado”, também conferiu maior efetividade pedagógica ao jogo (ALMEIDA; MACHADO; MEDEIROS, 2014).

6.2.2.4 Interface

Para avaliar aspectos relacionados à Interface, foram questionados itens referentes ao *design* e ao *layout* o que compreende as impressões dos jogadores sobre as imagens, cores e apresentação dos textos nas mensagens e nos diálogos.

A Interface de um jogo possibilita a conexão entre jogador e jogo sem que o usuário “entre” diretamente no próprio jogo (NOVAK, 2010). No caso especial dos *serious games*,

Machado, Moraes e Nunes (2009) destacam que uma interface ideal é aquela que passa despercebida para o usuário e por esse motivo não deve ser excessivamente elaborada para não desviar a atenção do foco principal do jogo, a interação com a história e o seu conteúdo, muito menos complexa a ponto de desmotivar ou desencorajar o jogador.

De acordo com os resultados obtidos, expressos em detalhe no apêndice Q, o *design*, (estilo dos desenhos, cores usadas, fisionomia dos personagens) e a apresentação dos textos e diálogos no *layout* se mostraram satisfatórios com avaliação positiva de mais de 88% (180 e mais) dos participantes da pesquisa.

A obtenção desses resultados pode ser relacionada ao primor e criterioso processo de desenvolvimento gráfico do jogo, como já foi discutido nesse documento. Isso porque todo o projeto de *design* gráfico voltou-se para a proposta de trabalhar aspectos afetivos do processo de aprendizagem. Isso incluiu, por exemplo, descrever em detalhes as cenas e as imagens do jogo para posterior confecção, trabalhar com a progressão das cores ao longo da narrativa e valorizar expressões faciais dos personagens para expressar sentimentos e emoções (ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2013b).

6.2.2.5 Jogabilidade

Em relação à jogabilidade, foram avaliados aspectos relacionados ao nível de dificuldade/facilidade do jogo, à compreensão das mensagens apresentadas, passagem e fluxo do jogo além do uso dos dispositivos de entrada.

Neste trabalho, a jogabilidade assume o significado do conceito defendido por Novak (2010, p.186) que a define “como as escolhas, os desafios ou as consequências enfrentadas pelos jogadores ao navegar em um ambiente virtual.” Para o autor, a Jogabilidade confere atratividade a um jogo. Do mesmo modo, Schuytema (2008) defende que o que garante o sucesso de um jogo não é uma condição final de vitória ou derrota, mas sim o seu contexto, os seus desafios e as emoções que ele provoca.

Como afirma Shell (2011), o jogo não é a experiência, ele possibilita tal experiência. Por esse motivo, todo o jogo tem significações ao longo da sua jornada, na riqueza do seu contexto e não apenas na sua condição final. Assim, é importante avaliar como o conjunto de regras, os desafios e as instruções atuaram no jogo permitindo ou dificultando a interação. Nos jogos com propósito, a Jogabilidade é ainda mais importante, pois ela pode interferir na obtenção do objetivo principal do jogo, seja pela aquisição de conhecimentos ou por despertar

as motivações para mudanças de atitudes.

Sobre o nível de facilidade/dificuldade, o jogo foi avaliado como fácil pelos participantes da pesquisa. Esse resultado era o esperado visto que a pretensão não foi criar uma aplicação com muitas regras e elementos mais complexos para não desviar a atenção do foco principal do jogo: o seu contexto (ALMEIDA; MACHADO; MEDEIROS, 2014). Os resultados em relação à avaliação do jogabilidade encontram-se na figura no apêndice R.

Os resultados quantitativos se somam às impressões qualitativas obtidas com a vivência da pesquisadora durante a pesquisa de campo. De forma geral, os profissionais se apresentaram muito acolhedores à proposta e afirmaram se sentirem motivados com a iniciativa demonstrando interesse livre e espontâneo para participar dos testes.

A aplicação em si foi valorizada pela perspectiva de enfrentamento que apresenta. Capacitar e qualificar os agentes do cuidado a mulheres que sofreram a violência doméstica se apresenta como uma iniciativa importante e bem aceita pelos profissionais que estão na ponta do sistema e que efetivam as intenções das Políticas Públicas de Saúde (ALMEIDA; SILVA; MACHADO; 2013b). Ajudar os profissionais a entenderem as situações e a se posicionarem a respeito “do que fazer”, “para onde encaminhar”, “deve-se notificar”, apresenta-se igualmente importante a trabalhar aspectos culturais de prevenção às formas de iniquidades e violência.

Nesse sentido, a pesquisa de campo possibilitou observar que o jogo despertou motivações para a reflexão e a tomada de consciência no sentido de uma mudança de concepções e de práticas na assistência à mulher em situação de violência doméstica. Os profissionais utilizavam o momento em que jogavam para discutirem entre si a problemática do jogo comparando com a experiência vivenciada no cotidiano, recordando os casos assistidos na unidade. Assim, o momento do teste da aplicação se mostrou como um momento de reflexão sobre o problema, já exercendo algum efeito de qualificação desses profissionais, que retornavam à discussão, em momentos posteriores, lembrando a temática e pensando em novas fases da narrativa (ALMEIDA; MACHADO; MEDEIROS, 2014).

Como pontos positivos, os jogadores citaram o caráter educativo da aplicação, o fato de abordar uma situação cotidiana do seu trabalho, abordar um problema sério de forma lúdica, interativa e didática, dentre outras observações sobre o aprendizado. Como pontos negativos e sugestões, alguns sugeriram controlar a passagem das cenas (que no jogo ocorre de forma automática) e aumentar a quantidade de níveis do jogo dando novos desdobramentos à história, evidenciando um possível interesse de alguns jogadores em “continuar” jogando.

Sobre isso, ressalta-se que o jogo não é o fim muito menos o todo de um processo de capacitação profissional. “Abrir a *Caixa de Pandora*” simboliza apenas o começo para o desenvolvimento de um trabalho de caráter emancipatório e integral. O jogo, portanto, não aborda o assunto como algo acabado, mas sim como uma forma de abrir portas e caminhos para que o profissional se interesse pelo aprofundamento sobre o tema e continue a pensar no assunto e agir positivamente, no sentido de ampliar a visibilidade e o enfrentamento da violência doméstica contra a mulher no setor saúde (ALMEIDA; MACHADO; MEDEIROS, 2014).

“Somos, enfim, o que fazemos para transformar o que somos. A identidade não é uma peça de museu, quietinha na vitrine, mas a sempre assombrosa síntese das contradições nossas de cada dia.”

(Eduardo Galeano)



CONCLUSÕES

A instituição do SUS trouxe transformações na política de saúde com desdobramentos para a área da educação na saúde. Há mais de duas décadas existe um movimento de mudança do processo de formação de profissionais de saúde buscando, segundo Feuerwerker e Sena (2002), sincronizar universidades, unidades de saúde e comunidades com a incorporação de conhecimentos e tecnologias que possibilitem uma metodologia de aprendizagem ativa e centrada no discente.

Além de reorientar a formação profissional, a consolidação das atuais políticas públicas de saúde pressupõe também um processo de capacitação e qualificação dos seus profissionais. Esse processo ancora-se nos pressupostos da política nacional de Educação Permanente em Saúde, com ênfase na transformação de práticas. Nessa perspectiva, este trabalho defendeu a adoção de novas tecnologias como ferramentas – *serious games* – alinhadas à política de saúde para subsidiar a qualificação de profissionais de saúde na abordagem à violência contra as mulheres.

A nova concepção de saúde, anunciada na Constituição do País – que inclui as determinações sociais – possibilitou a inclusão da questão da violência nos interesses, nas estratégias e na agenda internacional do campo. Para Minayo e Souza (1999), a violência insere-se como uma preocupação para a área da saúde por dois motivos: o primeiro por considerar o conceito ampliado de saúde, motivo pelo qual deve apreender para seu universo qualquer fenômeno que resulte em agravos e ameaça à vida, às condições de trabalho, às relações interpessoais e à qualidade de vida. O segundo motivo, compreendido pelas autoras como um aspecto mais restrito do problema, consiste em considerar a violência quanto as suas consequências à saúde e à vida.

A violência contra as mulheres corresponde a um fenômeno que tem bases na categoria Gênero. Esse conceito engloba a compreensão dos processos destrutivos na vida das mulheres como a baixa remuneração do trabalho feminino, a tripla jornada de trabalho, a violência e outros fatores que interferem no processo saúde doença das mulheres (FONSECA, 2005). Nesse enfoque, a violência apresenta-se como uma questão de saúde pública, com importante dimensão epidemiológica que precisa ser desvelada e considerada nos serviços de saúde em decorrência da sua determinação no adoecimento de mulheres. Entretanto, muitos são os desafios para a plena consecução das políticas e desenvolvimento das práticas de saúde

nos serviços capazes de garantir uma assistência integral e resolutive a essas mulheres. Um dos principais obstáculos para a obtenção dessa assistência efetiva é uma inapropriada atenção em saúde oferecida a essas mulheres que recorrem aos serviços públicos de saúde.

Pensando na formação e na capacitação de profissionais para o reconhecimento da violência contra as mulheres nos serviços públicos de saúde, o uso de *serious games* se mostra uma estratégia possível, porém abordar a violência em um jogo para profissionais de saúde é um trabalho complexo e minucioso, especialmente pelos seguintes motivos: 1- pela necessidade de se abordar conceitos relativos a diferentes áreas do conhecimento; 2- pela pretensão de mobilizar novos saberes, como instrumentos do processo de trabalho; 3- por buscar alcançar um público adulto com concepções muitas vezes cristalizadas, que orientam suas práticas e 4- pela necessidade de promover uma mudança transformadora da prática, na direção da *práxis*, que se efetive em uma assistência com potencial emancipador da opressão de gênero para as mulheres. Em face a esses desafios, a pesquisa bibliográfica na literatura, sobre jogos e sobre violência contra as mulheres, seguida pela realização de uma oficina com profissionais de saúde, foram eixos orientadores no processo de elaboração de um *game* com essa pretensão.

A pesquisa bibliográfica na literatura sobre jogos que abordavam o tema, evidenciou jogos destinados, predominantemente, para um público jovem na perspectiva da prevenção e da construção de uma cultura de equidade entre meninos e meninas, com relações interpessoais saudáveis e não violentas. Porém não foi encontrada nenhuma aplicação com abordagem semelhante para profissionais de saúde.

A oficina de trabalho com 21 profissionais de uma USF em João Pessoa subsidiou a construção de um Mapa Conceitual com a identificação de temas e a confirmação das categorias a serem explorados no jogo. A oficina de trabalho foi um momento relevante nesse estudo, considerando-se dois fatores: primeiro pela importância de incluir a participação do público alvo em todas as fases de elaboração de um jogo, para que ele apresente especificidade ao seu público e seja promissor na obtenção dos resultados desejados; segundo, pela relevância de problematizar e discutir a realidade dos principais envolvidos com o “problema” para, coletivamente, identificar hipóteses e soluções para as questões colocadas. Essa perspectiva parte do principal pressuposto da EPS que entende as práticas profissionais como carregadas da intencionalidade de cada sujeito, por isso, não se pode pensar em qualificação na saúde sem pensar na criação de espaços democráticos de discussão dos problemas e das estratégias de resolubilidade.

A identificação dos temas conduziu às categorias, Gênero, Direitos Humanos e Saúde como os principais conceitos a serem abordados em um jogo que trata da violência contra a mulher. Por se tratar de temas tomados na dinâmica das relações sociais e afetivas o problema reveste-se de uma complexidade ímpar.

Os resultados obtidos, com a discussão na oficina com profissionais, ratificaram a premência de abordar a violência doméstica contra a mulher com base nas iniquidades entre homens e mulheres, ressaltando essas relações como fruto de uma construção social e histórica. No âmbito dos Direitos Humanos, é preciso reconhecer a igualdade de gêneros como um dos direitos fundamentais das mulheres para garanti-los e ampliá-los a partir da legislação vigente e da atuação dos serviços públicos para o enfrentamento da violência doméstica contra as mulheres. Quanto à Saúde, é primordial ressaltar a violência como problema do interesse e do escopo da área para o desenvolvimento de práticas profissionais que possam investigar, identificar e intervir de modo resolutivo.

Assim, o primeiro resultado dessa pesquisa é o jogo desenvolvido, *Caixa de Pandora*, que se revelou potente para contribuir com o processo de Educação Permanente, no sentido da capacitação de profissionais de saúde para lidar com um tema que, nos serviços investigados até pouco tempo era exclusivamente do âmbito do privado. Desse modo, o jogo contribuiu para ampliar a dimensão do cuidado em saúde à mulher em situação de violência.

O Jogo consiste em um *serious game* que conta a história de uma personagem, Marta, em situação de opressão por violência doméstica sofrida por parte do companheiro, em diferentes fases da sua vida, que busca ajuda nos serviços públicos de saúde. Assim, o jogo revela as relações que se estabelecem com os profissionais de um serviço público de saúde e os desafios que os sujeitos envolvidos enfrentam até conseguir uma ajuda efetiva para a personagem.

Entrar na *Caixa de Pandora* abri-la e desmistificar os sentimentos e percepções existentes nela, para compreender a violência que vitimiza Marta, ajudando-a na superação desse problema, é o grande convite feito ao jogador. Parte-se do pressuposto de que as práticas profissionais requerem o empoderamento do próprio profissional para que este se sinta capaz de fazer o mesmo com outros. Entretanto, por tratar-se de um problema social complexo, cujas práticas são orientadas por concepções pessoais, fundamentadas em valores, o jogo busca através dos elementos simbólicos, da sua abordagem e do seu método avaliativo, trabalhar não apenas aspectos cognitivos do processo de aprendizagem, mas também os afetivos, o que envolve sentimentos, respeito e valorização. Por esse motivo, priorizou-se a

estruturação de todos os elementos do jogo, para despertar as motivações para a reflexão e para a mudança de práticas do profissional, sem julgá-lo ou acusar um caminho certo ou errado. Em particular, o método avaliativo usado no jogo se baseia em princípios da Psicometria para aferir valores e concepções pessoais que orientam a tomada de decisão dos profissionais diante situações de violência contra a mulher.

Outro resultado, do ponto de vista científico, obtido nesta pesquisa refere-se à validação do jogo que ocorreu a partir de uma pesquisa com critérios metodológicos e estatísticos bem definidos, conferindo significância estatística aos resultados. Essa pesquisa quantitativa – com uma amostra estatisticamente significativa de profissionais de saúde nos cinco Distritos Sanitários do município de João Pessoa – permitiu verificar a efetividade pedagógica do jogo e a sua potencialidade para despertar motivações no sentido da aprendizagem sobre o tema, por sua capacidade de mobilização de novos saberes que permitem aos jogadores produzir e/ou recorrer a novos conceitos. O *game* foi avaliado positivamente pelos participantes da pesquisa quantitativa, sendo qualificado como muito bom, muito interessante e como uma ferramenta que pode ser utilizada para a formação e a qualificação de equipes profissionais por ser lúdico, interativo, dinâmico e inovador, nas palavras dos próprios jogadores quando lhes foram perguntados sobre os pontos positivos da aplicação. O jogo despertou em muitos participantes da pesquisa o interesse pelo tema, com sugestões de adaptações para torná-lo uma cartilha para ser acessada pela população usuária dos serviços públicos de saúde, aumentar os níveis do jogo com o desdobramento da narrativa, deixar disponível livremente na *internet* ou ainda adaptar a proposta para outros públicos, a exemplo de escolares podendo integrar atividades do Programa Saúde na Escola. Entretanto, ressalta-se que essas possibilidades demandam novos estudos e novos arranjos no conteúdo e no enredo para adaptar o tema a um novo público alvo, a um outro meio e a diferentes objetivos.

Tornar o tema visível, contribuir na formulação de novos conhecimentos pelos jogadores, quebrar alguns estereótipos. Desses pontos objetivados para o jogo, o maior e mais importante alcançado com *Caixa de Pandora* foi justamente tornar a violência mais visível nos serviços de saúde, cenários do estudo, despertando a responsabilização profissional e as motivações para o seu enfrentamento. Durante os testes, uma profissional confidenciou, em um momento posterior, que o jogo lhe remeteu a inúmeras “Martas” que já havia atendido em seu consultório. Essa introjeção da mensagem principal do jogo é o que se espera de uma ferramenta de qualificação com foco na mudança de práticas: responsabilizar o profissional

sem culpabilizá-lo, tratar do tema sem deixar de considerar o profissional como agente de sua historicidade, considerando sua personalidade e as suas intencionalidades expressas em sua prática.

Por tudo isso, esta pesquisa ratifica a tese defendida de que *serious games* são potentes para qualificar profissionais na abordagem à violência doméstica contra a mulher. O jogo *Caixa de Pandora*, implementado como prova de conceito, foi elaborado a partir de um minucioso e detalhado processo de investigação que envolveu três áreas das dimensões das Ciências da Saúde, das Ciências Exatas e da Natureza e das Ciências Humanas, tendo envolvido especialistas, profissionais de saúde, da informática, da estatística, da educação e da sociologia. O estudo tem também respaldo amplo e com profundidade na literatura pertinente (de jogos e de violência).

Essas particularidades conferem relevância ao processo de produção do jogo, uma vez que foram realizadas todas as etapas de criação do *serious game* com a participação ativa do público de interesse da ferramenta pedagógica, atuando na concepção, na validação do conteúdo, no desenvolvimento da aplicação e no processo de validação da ferramenta. A realização de todas essas etapas imprime qualidade científica de excelência como característica de um produto que se mostra um instrumento eficaz para a Educação Permanente de profissionais da Atenção Básica de Saúde no sentido da atualização do tema da violência de gênero na área da saúde.

De acordo com os resultados de validação da aplicação, o jogo conseguiu alcançar os níveis lembrar, entender e aplicar – na dimensão do cognitivo – e os níveis receptividade e resposta – na dimensão da afetividade – sendo o nível da valorização, no domínio afetivo, alcançada por alguns participantes. Essa valorização, bem como a organização e a caracterização (compromisso, conceituação de valor, comportamento) só será possível através de um trabalho amplo que busque mudança de práticas, pois como bem defende Freire (1989) a conscientização é um compromisso de mudança que pressupõe a percepção do problema, ou seja, a tomada de consciência é seguida por um processo crítico em que o indivíduo reconhece a importância e o compromisso de contribuir para a transformação da realidade. E para a obtenção dessa transformação desejada, *Caixa de Pandora* não é “o processo”, mas ele integra esse processo e se mostrou apto e potente para isso.

Dessa maneira, os resultados evidenciam efetividade pedagógica para a formulação de novos conhecimentos e mudanças de concepções e uma aceitação por parte do público de interesse. Entretanto, como uma limitação desse estudo, apontamos a impossibilidade de

verificar a reorientação do processo de trabalho, no sentido de uma transformação da realidade assistencial. Isso só será possível a partir de uma pesquisa sistematizada, em longo prazo, para avaliação do impacto do jogo. Com esse passo poderemos identificar como os novos saberes instrumentais mobilizados com o jogo passaram a orientar as práticas no cotidiano desses profissionais. Nessa perspectiva, como trabalhos futuros pretende-se ampliar a avaliação do jogo, especialmente no que se refere aos resultados de aprendizagem ligados à afetividade, a partir de um trabalho de acompanhamento de indicadores e de processo de trabalho.

Como desdobramentos e possibilidades futuras, este trabalho desperta para a potencialidade do uso de novas estratégias e abordagens para discutir o problema da violência doméstica contra a mulher nos serviços públicos de saúde. Os resultados positivos e a aceitação do jogo como ferramenta pedagógica apontam para as possibilidades de ampliação do uso dessa proposta para outros espaços de discussão e para outros atores envolvidos, como gestores e usuários do serviço de saúde. Do mesmo modo, outros problemas também de caráter “invisível” para os serviços de saúde, como a saúde mental, por exemplo, podem ser temas contemplados em *serious games* e integrarem processos de Educação Permanente de profissionais de saúde. As repercussões positivas deste trabalho também apontam possibilidades de trabalhar as questões de gênero em jogos para escolares, apoiando-se nas vantagens de acesso oferecidas pelo amplo uso das redes sociais entre os jovens.

PUBLICAÇÕES

Essa pesquisa resultou nas seguintes publicações:

•Artigos completos publicados em revistas científicas:

- 1.ALMEIDA, L. R; SILVA, A. T. M. C.; MACHADO, L.S. O objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero no serviço de atenção básica. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*(Botucatu). São Paulo, vol. 18, n. 48, jan/mar, 2014.
- 2.ALMEIDA, L. R.; SILVA. A. T. M. C; MACHADO, L.S dos. Jogos para capacitação de profissionais de saúde na atenção à violência de gênero. *Revista Brasileira de Educação Médica* (Impresso), v. 37, p. 110-119, 2013.
- 3.ALMEIDA, L. R.; SILVA. A. T. M. C.; SILVA, C. C. ; LUCENA, K.D.T de ; SOUZA, J. A. A violência de gênero na concepção dos profissionais de saúde da atenção básica. *Saúde em Debate*, v. 35, p. 396-404, 2011.

•Trabalhos completos publicados em anais de congressos

- 4.ALMEIDA, L.R.; MACHADO, L.S.; MEDEIROS, A.T. *Serious game* sobre violência contra a mulher: uma avaliação com profissionais de saúde. In: Anais do XIII *Simpósio Brasileiro de Jogos e Entretenimento Digital*, Porto Alegre – RS, p. 568-75, 2014.
- 5.ALMEIDA, L. R.; MACHADO, L.S dos; SILVA. A. T. M. C. Dealing with violence against woman in Serious Games: defining the pedagogical content and the assessment method. In: *E-virtuoses: serious game, simulation, e-learning et gamification, 2013*, Valeciennes, França. LARSEN Actes de Conférences, 2013. p. L1/17-L1/21.
- 6.ALMEIDA, L. R.; MACHADO, L.S dos; SILVA. A. T. M. C. Caixa de Pandora: Desenvolvendo afetividade e cognição em um *serious game* para o enfrentamento da violência contra a mulher. In: Anais do XII *Simpósio Brasileiro de Jogos e Entretenimento Digital, 2013*, São Paulo – SP, p. 23-30, 2013.

•Resumo publicado em anais de congressos

- 7.ALMEIDA, L. R.; SILVA. A. T. M. C; SOUZA, J. A. Atención a la violencia contra la mujer en el cuidado de la salud: El proceso de trabajo como una estrategia para aumentar la emancipación de la mujer. In: *Estudios urbanos, género y feminismo. Teorías y experiencias*, 2012, Barcelona. Estudios urbanos, género y feminismo. Teorías y experiencias, p. 349-349. 2012

•Registro do programa de computador

O Jogo *Caixa de Pandora* foi registrado como Programa de Computador, junto ao Instituto Nacional da Propriedade Industrial (INPI) de acordo com o número do registro 277, em Dezembro de 2012.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, V. S. *et al.* A narrativa da prática como uma estratégia de construção do conhecimento na formação superior em saúde. **Educar em Revista**. Curitiba, Brasil, n. especial 2, p. 191-206, 2010.

ALMEIDA, L. R.; SILVA, A.T.M. Incidência, prevalência e frequência da violência doméstica na saúde-saúde mental de mulheres no Estado da Paraíba. In: **Anais do XVIII Encontro de Iniciação Científica da UFPB**. João Pessoa. Encontro de Iniciação Científica da UFPB (7:2010:João Pessoa-PB). João Pessoa: Editora Universitária/UFPB. p. 697-697, 2010.

ALMEIDA, L.R. *et al.*, A violência de gênero na concepção dos profissionais de saúde da atenção básica. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro – RJ, vol. 35, p. 396-404, 2011.

ALMEIDA, L.R; SILVA, A.T.M; MACHADO, L.S. Jogos para capacitação de profissionais de saúde na atenção à violência de gênero. **Revista Brasileira de Educação Médica** (Impresso). Rio de Janeiro – RJ, vol. 37, p. 110-119, 2013a.

ALMEIDA, L.R.; SILVA, A.T.M.; MACHADO, L.S. Caixa de Pandora: Desenvolvendo afetividade e cognição em um *serious game* para o enfrentamento da violência contra a mulher. In: **Anais do XII Simpósio Brasileiro de Jogos e Entretenimento Digital**, 2013 São Paulo-SP, p. 23-30, 2013b.

ALMEIDA, L. R; SILVA, A. T. M. C.; MACHADO, L.S O objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero no serviço de atenção básica. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**(Botucatu). São Paulo, vol. 18, n. 48, jan/mar, 2014.

ALMEIDA, L.R.; MACHADO, L.S.; MEDEIROS, A.T. *Serious game* sobre violência contra a mulher: uma avaliação com profissionais de saúde. In: **Anais do XIII Simpósio Brasileiro de Jogos e Entretenimento Digital**, Porto Alegre – RS, p. 568-75, 2014.

ANDERSON, L. W. *et al.* **A taxonomy for learning, teaching and assessing**: a revision of Bloom's Taxonomy of Educational Objectives. Nova York: Addison Wesley Longman, 2001. 336 p.

ANDRADE, R. D. *et al.* Jogo educativo: capacitação de agentes comunitários de saúde sobre doenças respiratórias infantis. **Acta Paul Enfermagem**. vol. 21, n.3, p. 444-8, 2008.

ARAÚJO, M. F. Gênero e violência contra a mulher: o perigoso jogo de poder e dominação. **Psicologia para a América Latina**. São Paulo – SP, n.14 México Oct. 2008

BARRETO, A.C. *et al.* Desenvolvimento humano e violência de gênero: uma integração bioecológica. **Psicologia e Reflexão Crítica**. Porto Alegre, vol. 22, n. 1, p. 86-92, 2009.

BERBEL, N.A.N. **Metodologia da Problematização**: uma alternativa metodológica apropriada para o Ensino Superior. Semina: Ci. Soc./Hum, Londrina, vol. 16, n.2, Ed. Especial, p.9-19, out. 1995.

BLOOM, B. **Taxionomia dos Objetivos Educacionais**. Porto Alegre – Rio de Janeiro: Globo, 1983

BLOOM, B. S.*et al.* **Taxonomy of educational objectives**. New York: David Mckay, vol. 01, 1956. 262.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas. Brasília – DF, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **O que é a violência contra a mulher?** Portal Saúde. 2010. [Internet] Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33903> Acesso em: 30 abr. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria Nº 703, de 21 de Outubro de 2011**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0703_21_10_2011.html> Acesso em: 13 de mar. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde da Família: **Uma Estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997, 36p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf> Acesso em: 09 abril 2013.

BRASIL, Presidência da República: **Lei n. 10.778 de 24 de novembro de 2003**. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF. 24 nov. 2003.

BRASIL, Presidência da República. **Lei 11.340 de 22 de setembro de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 25 set. 2006.

BRASIL. Presidência da República. **Pacto Nacional de Enfrentamento à violência contra Mulher**. Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. Brasília: 2007.

BREAKAWAY. **United Nations Secretary General's Campaign**. Disponível em: <www.emergentmediacenter.com/unvaw/involved.php&usg=ALkJrhgqoXAgzfMT5IHS2INyY6ApfVYXw>

BORDENAVE, J. D. PEREIRA, A. M. **Estratégias de Ensino-Aprendizagem**. 9 ed. Petrópolis: Vozes. 1986, 312p.

BUTCHART, A.; GARCIA-MORENO, C.; MIKTON, C. **Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence**. Geneva, World Health Organization, 2012.

CEDAW. **The Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women and its Optional Protocol**. United Nations New York: United Nations, 2003. Disponível em: <http://www.ipu.org/PDF/publications/cedaw_en.pdf> Acesso em: 22 out. 2011.

CHAUI, M. S. Ética, política e violência. In: Thimoteo Camacho. (Org.). **Ensaio sobre a violência**. Vitória: EDUFES, p. 39-60, 2004.

CHAUI, M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: FRANCHETTO, B.; CAVALCANTI, M.L.V.C. e HEIBORN, M.L. (orgs.). **Perspectivas antropológicas da mulher**. Rio de Janeiro, Zahar Editores S/A, vol.4, p. 25-61, 1992

CONVENÇÃO INTERAMERICANA PARA PREVENIR, PUNIR, E ERRADICAR A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER, 2004, Brasília. **Convenção de Belém do Pará – AGENDE: Ações em Gênero Cidadania e Desenvolvimento**. Brasília, dez. 2004. 36 p.

CONNOLLY, T.M.*et al.* A systematic literature review of empirical evidence on computer games and serious game. **Computres&Education**, 59, 661-686.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L. *et al.* Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 14, n.4. p. 1037-1050, 2009.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; SCHRAIBER, L. B. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção. **Revista de Medicina** (São Paulo. Online), vol. 92, p. 134, 2014.

FERRAZ, A.P.C.M; BELHOT, R.V. Taxonomia de Bloom: revisão teórica e apresentação das adequações do instrumento para definição de objetivos instrucionais. **Revista Gestão e Produção**. São Carlos, vol. 17, n. 2, p. 421-431, 2010.

FERREIRA, N. C.S. A Informática no Processo de Ensino Aprendizagem do Instituto Federal Baiano – Campus Guanambi. **Informática na Educação: teoria & prática**. Porto Alegre, vol. 13, n. 1, p. 140-155, 2010.

FEUERWERKER, L. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. São Paulo, vol. 9, n.18, p. 489-506, 2005.

FEUERWERKER, L.C.M.; SENA, R.R. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, vol. 6, n.10, p.37-50, 2002.

FIORIN, J. L. **Linguagem e ideologia**. 6.ed. São Paulo: Ática; 2007.

FINDING ZOE. **Comitê de Ação Metropolitana sobre Violência Contra Mulheres e Crianças** – Metraco. Disponível em: metraco.org

FONSECA, R. M. G. S. Equidade de gênero e saúde das mulheres. **Revista Escola Enfermagem da USP**. São Paulo, vol. 39, n. 4, p. 450-9, 2005.

FONSECA, L. M. M.; SCOCHI, C. G.S. MELLO, D. F. Educação em saúde de puérperas em alojamento conjunto neonatal: aquisição de conhecimento mediado pelo uso de um jogo educativo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. vol.10, n.2, p. 166-171, 2002.

FORESIGHT AND GOVERNANCE PROJECT. **Woodrow Wilson International Center for Scholars**. [Relatório]. 2002.

FREIRE, P. **Extensão ou comunicação?** 10.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1992.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação**: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. Tradução de Kátia de Mello e Silva. 3.ed – São Paulo: Moraes, 1980.

FREITAS, S. de. Game for Change: tecnologia. **Nature**, vol:470, p. 330-331, 2011.

FUZIMOTO, F.Y.H.; MOURA, E. **História em Quadrinhos – Na Onda da Lei Maria da Penha**. Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação. XVI Prêmio Expocom 2009 – Exposição da Pesquisa Experimental em Comunicação. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2009.

GARBIN, C. A. S. *et al.* Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 22, n.12, 2006.

GEE, J. Learning by Design: good video games as learning machines, **E-Learning and Digital Midia**. vol. 2, 2005. Disponível em:
<http://www.wwwords.co.uk/pdf/viewpdf.asp?j=elea&vol=2&issue=1&year=2005&article=2_gee_elea_2_1_web&id=81.193.101.44> Acesso em: 24 abril 2013.

GUEDES, R.N. **Violência Conjugal**: Problematizando a opressão das mulheres vitimizadas sob o olhar de gênero. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.

GUEDES, R.N.; FONSECA, R.M.G.S. A autonomia como necessidade estruturante para o enfrentamento da violência de gênero. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**(Impresso). São Paulo – SP, vol. 45, p. 1731-1735, 2011.

GUEDES, R. N.; SILVA, A.T. M. C.; FONSECA, R. M. G. S. A violência de Gênero e o processo saúde doença das mulheres. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro –RJ, vol. 13, n. 3, p. 625-31, 2009.

GOMES, A.P. *et.al.* O Papel dos Mapas Conceituais na Educação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, vol. 35 n. 2, p. 275-282, 2011.

GONÇALVES, R. B. M. **Práticas de saúde**: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; 1992.

IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Sistema de Indicadores de Percepção Social (SIPS)**: Tolerância Social à Violência contra as mulheres. Brasília, 40p. 2014. Disponível em:

<http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/140327_sips_violencia_mulheres_novo.pdf> Acesso em 23 novembro 2014.

JOÃO PESSOA, Secretaria Municipal de Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica-SIAB/2013**.

KISS, L. B. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**. Abrasco. Rio de Janeiro-RJ, n. 50, 2008.

KRONBAUER, J.F.D.; MENEGHEL, S.N. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo – SP, vol. 39 n. 5, p. 695-701, 2005.

LETTIERE, A; NAKANO, A.M.S; RODRIGUES, D.T. Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, vol. 42, n.3, p. 467-473, 2008.

LIMA, D.C.; BÜCHELE, F.; CLÍMACO, D. A. Homens, gênero e violência contra a mulher. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.17, n. 2, abr. jun. 2008.

LOKK- Honra em Jogo. **Serious Games Interactive**. Disponível em: <<http://www.seriousgames.dk/lokkaerepaaspil>> Acesso em: 26 de junho de 2012

MACHADO, L.S; *et. al*. Serious games baseados em realidade virtual para educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, vol.35, n. 2, p. 254-262, 2011.

MACHADO, L.S.; MORAES, R.M.; NUNES, F. Serious Games para Saúde e Treinamento Imersivo. Book Chapter. In: Fátima L. S. Nunes; Liliane S. Machado; Márcio S. Pinho; Cláudio Kirner. (Org.). **Abordagens Práticas de Realidade Virtual e Aumentada**. Porto Alegre: SBC, p. 31-60, 2009.

MAGALHÃES, C.R. O jogo como pretexto educativo: educar e educar-se em curso de formação em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação(Botucatu)**, v.11, n.23, p. 647-654, 2007.

MARFISI-SCHOTTMAN, I. *et al.*; Towards Industrialized Conception and Production of Serious Games, In: **ICTE International Conference on Technology and Education**, Paris, France, p. 1016-1020, 2009.

MARX, K. **O Capital**. Livro 1, vol. 1. Rio de Janeiro: Brasiliense; 1996.

MEDRONHO, R.A, *et. al*. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2008, 796p.

MENEGHEL, S. *Net al*. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. vol.27, n.4, p. 743-752. 2011.

MICHAEL, D.; CHEN, S. **Serious Games: Games that educate, train, and inform**. Thomson: Boston, 2006, p. 287.

MORAIS, A. M. **Planejamento e desenvolvimento de um serious games voltado ao ensino de saúde bucal em bebês**. Dissertação. Programa de Pós Graduação em Modelos de Decisão e Saúde. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2011.

MORAIS, A.M; MACHADO, L.S; VALENÇA, A.M.G. Definindo a Abordagem de Comunicação no Planejamento de um Serious Games Voltado para Saúde Bucal em Bebês. In: **Proc. Congresso da Sociedade Brasileira de Computação** - Workshop de Informática Médica, p. 1556-1565. Belo Horizonte. CDRom, 2010.

MORAES, A. F.; SORJ, B. Os paradoxos da expansão dos direitos das mulheres no Brasil. In: MORAES, A. F.; SORJ, B. (Org.). **Gênero, violência e direitos na sociedade brasileira**. Rio de Janeiro: 7Letras, 2009.p. 07-22.

MORENO, C. G., et al.; Violence Against Women. Policy Forum.Public Health. **Science**, vol. 310, p. 1282-1283, 2005.

NITTAS DIGITAL VÍDEO. **Michel Foucault**. Coleção: Pensadores e a Educação. [DVD] ISBN: 0005938201. 1ª ed., 2009.

NOVAK, J. **Desenvolvimento de games**. Trad: Pedro César de Conti. Rev.: Paulo Marques Figueiredo de Andrade. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

OLAYANJUA, R.N.G. *et al.* Combating intimate partner violence in Africa: opportunities and challenges in five African countries.**Aggression and Violente Behavior**, vol.18, n.1, p. 101-112, Janeiro 2013.

OLIVEIRA, C.C de; FONSECA, R. M. G. S de. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, vol. 41, n. 4, p. 605-12, 2007.

OLIVEIRA, G. C. A. Responsabilidade Social e a Equidade de Gênero. **Centro Feminista de Estudos e Assessoria**, 2007. Disponível em: <
http://www.cfemea.org.br/publicacoes/artigos_detalhes.asp?IDArtigo=31#> Acesso em: 06 abr. 2010.

OLIVEIRA, R.N.G. **Violência de gênero e necessidades em saúde**: limites e possibilidades da Estratégia de Saúde da Família. Tese. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2011.

OMS, Organização Mundial de Saúde. **Relatório Mundial sobre violência e saúde**, Genebra, 2002.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Washington. “**Informe mundial sobre la violencia y La salud: resumen**.” Publicado em español por la OPAS, para La Organizacion Mundial de La Salud, Washington, DC. 2002.

OPAS (Organización Panamericana de laSalud). **Resolución XIX: Violencia y Salud**. Washington, DC: Opas, 1993. (Mimeo).

PAIVA, P.V.F. **Um Ambiente Virtual Colaborativo para Educação de Equipes Cirúrgicas**. Dissertação (Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde) - Universidade Federal da Paraíba. 2014

PARAÍBA, Secretaria de Segurança e Defesa Social. **Paraíba reduz homicídios de mulheres pelo segundo ano consecutivo**. Portal internet. Disponível em: <
<http://www.paraiba.pb.gov.br/82672/paraiba-reduz-homicidios-de-mulheres-pelo-segundo-ano-consecutivo.html>> Acesso em 03 fev 2014.

PASQUALI, L. **Psicometria**. Teoria dos testes na psicologia e educação. 4.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

PASQUALI, L. **Psicometria**. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo –SP, vol. 43, n. esp. p: 992-9, 2009.

PEDROSA, C.M.; SPINK, M.J.P. A violência contra mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, vol. 20, n.1, p. 24-135, 2011.

PELIZZARI, A.; *et al.* Teoria da Aprendizagem Significativa segundo Ausubel. **Revista PEC**. Curitiba, vol. 2, n. 1, p: 37-42, 2002.

PENG, W; LEE, M.; HEETER, C. The Effects of a Serious Game on Role-Taking and Willingness to Help. **Journal of Communication**. vol.60, n. 4, p:723–742, 2010.

PIAGET, VYGOTSKY, WALLON. **Teorias psicogenéticas em discussão**. Por: Yves La Taille, Marta Kohl de Oliveira e Heloysa Dantas. São Paulo: Summus, 1992.

PINHEIRO, R. Atenção Básica à Saúde: um olhar a partir das práticas de integralidade em saúde. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**. vol. 9, n.2, p: 174-178, 2005

PIRES, M.R.G.M.; GUILHEM, D.; GÖTTEMS, L.B.D. Jogo (In)Dica-Sus: estratégia lúdica na aprendizagem sobre o Sistema Único de Saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, vol. 22, n.2, p.379-88, 2013.

PORTO, M. Violência contra a mulher e atendimento psicológico: o que pensam os/as gestores/as municipais do SUS. **Psicologia Ciência e Profissão**. Brasília, vol.26, n.3, p. 426-439, 2006.

RATAN, R.; RITTERFELD, U. Classifications Serious Games. In. **Serious Games – Mechanisms and Effects**. Edited by: Ute Ritterfeld, Michael Cody, Peter Vorderer. New York and London: Routledge, 530p. 2009.

RODRIGUES, H.F.; MACHADO, L.S.; VALENÇA, A.M.G. Applying Haptic Systems in Serious Games: A Game for Adult s Oral Hygiene Education. **SBC Journal on 3D Interactive Systems**. vol. 5, p. 16-25, 2014.

ROMEIRO, J. A Lei Maria da Penha e os desafios da institucionalização da “violência conjugal” no Brasil. In: MORAES, A. F.; SORJ, B. (Org.). **Gênero, violência e direitos na sociedade brasileira**. Rio de janeiro: 7Letras.p. 49-74,2009

SAFFIOTI H. I. B. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2011.

SANTOS, A.D. **Simulação Médica Baseada em Realidade Virtual para Ensino e Treinamento em Ginecologia**. Dissertação (Mestrado em Informática) - Universidade Federal da Paraíba. 2010.

SANTOS, B.S. A construção multicultural da igualdade e da diferença. **Centro de Estudos Sociais**. Coimbra, Oficina CES, n. 135, 1999, 61p.

SANTOS, R.V. Abordagens do processo ensino aprendizagem. **Revista Integração**. São Paulo. Ano XI, nº 40, p. 19-31, Jan/Fev/Mai 2005.

SCOTT, J. **Gênero: Uma categoria útil para Análise Histórica**. Recife: SOS Corpo, 1991.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. L. P. Violência contra as mulheres: Interfaces com a saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo – SP, v.3, n.5, p. 11-26, 1999.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* **Violência dói e não é direito**. A violência contra a mulher a saúde e os direitos humanos. São Paulo: UNESP, 2005, 183 p.

SCHARAIBER. L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Romper com a violência contra a mulher: como lidar desde a perspectiva do campo da saúde. **Athenea Digital – CARPETA** - Universidade de São Paulo, n. 14, p. 229-236, 2008.

SCHRAIBER, L. B.; PORTELLA, A.P.; MENICUCCI, E. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 14, n.4 p. 1019-27, 2009.

SCHRAIBER, L. B.; PEDUZZI, M. Tendências e possibilidades da investigação de recursos humanos em saúde no Brasil. **Educación Médica y Salud**, vol. 27, n. 3, p. 295–313, 1993.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, vol.41, n.3, p. 359-367, 2007

SCHUYTEMA, P. **Game Design**. A practical approach. São Paulo: Cengage Learning, 2008.

SHELL, J. **A arte de game design: o livro original**. Tradução: Edson Furmankiexicz. Rio de Janeiro: Elsevier, 490p. 2011.

SILVA, A. T. M. C da. **A reforma psiquiátrica em João Pessoa-PB: limites e possibilidades de transformação do trabalho para produzir saúde mental**. Tese Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo-SP, 2003.

SILVA, A.T.M.C. **O impacto da violência Doméstica na Saúde-Saúde Mental de mulheres no Estado da Paraíba**. [Projeto de Pesquisa – PIBIC]. Universidade Federal da Paraíba-CNPq. João Pessoa; 2009

SILVA, S. **O que é a caixa de Pandora?** Super mundo. Edição 179, [online], 2002.Disponível em:<http://super.abril.com.br/superarquivo/2002/conteudo_120628.shtml>

SOUSA, A.S.; VALENÇA, A.M.G.; MACHADO, L.S. **Serious Games para Fonoaudiologia**, Uma Abordagem Voltada à Terapia em Motricidade Orofacial.1.ed., v. 1., 2014.

SQUIRE, K. From Content to Context: Videogames as Designed Experience. **Educational Researcher**, vol.35, n.8, p. 105-111,2006.

SUGG, N.K.; INUI, T. Primary care physicians' response to domestic violence. **JAMA**, vol.267, n. 27, p. 3157-60, 1992.

TAG.Taken Action Games. **Say No** – Unite to end violence against women. Disponível em: <http://takeactiongames.com/TAG/UN_WOMEN.html>.

TURATO, E. R. Métodos Qualitativos e Quantitativos na Área da Saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo.vol.39, n.3, p.507-14, 2005.

VICENTE, L.M.; VIEIRA, E.M. O conhecimento sobre a violência de gênero entre estudantes de medicina e residentes médicos. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, vol. 33, n.1, p. 63-71, 2009.

VIEIRA, S. **Como elaborar questionários**. São Paulo: Atlas, 1.ed, 2009, 176p.

VILLELA, W. V. *et al.* Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. **Saúde e Sociedade**. São Paulo – SP, vol.20, n.1, p. 113-123,2011.

VILLEILA, W.V; MONTEIRO, S; VARGAS, E. Incorporação de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso da categoria gênero. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, vol. 14, n. 4, p. 997-1004, 2009.

WHAT IT IS. **Comitê de Ação Metropolitana sobre Violência Contra Mulheres e Crianças** – Metrac. Disponível em: <metrac.org>

WOUTERS, P; OOSTENDORP, H. A meta-analytic review of the role of instructional support in game-based learning. **Computers and Education** [online] vol. 60, n.1, p. 412–425, 2013.

WU, W.H. *et al.*, Re-exploring game-assisted learning research: The perspective of learning theoretical bases. **Computers and Education** [online]. vol. 59, n. 4, p. 1153-61, 2012.

Apêndice A - Roteiro da oficina de validação do conteúdo teórico

- 1)Apresentação pessoal;
- 2)Apresentação do grupo;
- 3)Apresentação do tema;
- 4)Informar sobre objetivos da oficina;
- 5)Abrir para dúvidas e questionamentos;
- 6)Iniciar provocação do grupo:
 - Peça para que citem casos de Violência Doméstica contra a mulher (VDCM)que já atenderam, descrevendo a sua atuação;
 - Cada pessoa, fale uma palavra, aquela que primeiro lhe vier à mente quando se pensa em VDCM.
- *Refinar os resultados:*
 - Dentre o que foi dito, quais as grandes áreas do conhecimento (conceitos teóricos) que precisam ser contemplados quando se pretende abordar VDCM?
- 7)Apresentar os três desafios de cada tema e abrir pra discussão. Antes das alternativas, estimular a discussão.
- 8)No fechamento: enfatizar o quanto eles foram importantes para a melhoria do seu trabalho e abrir a fala para o grupo deixar sugestões e ressaltar pontos positivos e negativos da oficina.
- 9)Encerramento.

Apêndice B - Questionário A

Avaliação de aprendizado sobre a violência contra a mulher

Você está sendo convidado a responder este questionário que foi desenvolvido para avaliar o jogo *Caixa de Pandora*, em relação ao seu conteúdo pedagógico.

Obrigada pela sua colaboração!

Dados de Identificação
Nome(Iniciais):
Atuação na equipe de saúde: (1) Ag. Saúde (2) Ag. Saúde Bucal (3) Téc. De Enfermagem (4) Enfermeira(o) (5) Dentista (6) Médico
Sexo: () F () M
Idade: (1) 20 a 30 anos (2) 31 a 40 anos (3) 41 a 50 anos (4) 51 a 60 anos (5) Mais de 60 anos
Grau de Instrução: (1) Ensino fundamental completo (1ª grau/ginásio) (2) Ensino médio incompleto (2ª grau) (3) Ensino médio completo (2º grau) (4) Ensino superior incompleto. (5) Ensino superior completo. (6) Pós-graduação.
USF:

Você já jogou o jogo 'Caixa de Pandora'?

() SIM () NÃO

Se sua resposta foi **SIM**, até que nível do jogo você chegou?

- () Só até o 1º nível;
- () Joguei até o 2º nível;
- () Fui até o 3º nível, mas não ganhei;
- () Fui até o 3º nível e ganhei o jogo.

BLOCO 1: Dentre as alternativas, escolha a que considerar mais adequada!

1) Considerando que há uma diferença entre os conceitos “Gênero” e “Sexo”, marque a alternativa que expressa corretamente essa diferença:

- (A) Sexo refere-se às características biológicas de homem e mulher. Gênero refere-se às características sociais, atribuídas a homens e mulheres.
- (B) Gênero refere-se às características biológicas de homem e mulher. Sexo refere-se às características sociais, atribuídas a homens e mulheres.
- (C) Não sei explicar.

2) Considerando que todos os fenômenos sociais têm uma determinação, no caso da violência contra a mulher escolha entre as alternativas abaixo aquela que apresenta maior relação com a determinação desse problema? Marque apenas UMA alternativa.

- (A) Idade da mulher e do homem (geração)
- (B) Machismo e posseção do homem (gênero)
- (C) Injustiça social (equidade)
- (D) Raça/etnia

3) O que é violência contra a mulher? Marque as DUAS alternativas que considerar mais corretas.

- (A) É toda ação feita contra a vontade da mulher, que lhe traga danos e/ou prejuízos.
- (B) É toda ação em que ocorre apenas agressão física e/ou sexual.
- (C) É toda ação que cause danos ao corpo e/ou a mente, com ou sem perdas de bens materiais.
- (D) São atos de violência física extrema que resultam em danos irreversíveis como a invalidez ou a morte.

4) A Notificação Compulsória consiste na comunicação de doenças, agravos e eventos de Saúde Pública (Portaria nº 104/2011 MS) às autoridades sanitárias por profissionais de saúde. Ciente disso, pra que serve a Notificação Compulsória dos casos de violência contra a mulher? Marque apenas UMA alternativa.

- (A) Para denunciar o agressor às autoridades policiais responsáveis, resultando na denúncia formal do agressor.

- (B) Para identificar os casos na vigilância epidemiológica e gerar dados para o planejamento de políticas públicas de enfrentamento do problema.
- (C) A notificação compulsória só tem efeito no caso de violência contra idosos e crianças, por serem pessoas indefesas e suscetíveis à violência.
- (D) Para identificar o casal com problema e encaminhar para a psicologia/assistência social.

5) O que diz a Lei Maria da Penha no que se refere à punição do agressor? Marque APENAS UMA alternativa.

- (A) Que a violência contra mulheres é um crime de menor potencial, portanto o agressor é punido com o pagamento de cestas básicas e trabalho social.
- (B) Que a violência contra a mulher pode ser psicológica, moral, patrimonial e física, e que o agressor deve ser processado e pode ir preso.
- (C) Que a autoridade policial deve intervir na relação do casal e mediar uma conciliação entre as partes.
- (D) Que a mulher ao denunciar o marido e mudar de ideia, ela pode retirar a queixa e tentar a conciliação com o acusado.

6) Ao identificar uma mulher em situação de violência doméstica, você se sente preparado para atuar e cuidar dessa mulher? Marque APENAS UMA alternativa.

- (A) Não. Não acho conveniente intervir em assuntos familiares e íntimos,
- (B) Maiores ou menos. Esse problema me incomoda, mas não me sinto preparado para intervir, a não ser realizar orientações para o cuidado com o profissional especializado.
- (C) Sim. Sinto-me preparada para atuar com a equipe: cuidar das consequências físicas e psíquicas e encaminhar essa mulher para os serviços de apoio da rede.
- (D) Sim, mas não tenho tempo nem recursos operacionais (fichas, contatos de outros serviços, instrução) para fazer essa intervenção.

7) Você conhece a rede de serviços de apoio e proteção à mulher em situação de violência doméstica? Marque APENAS UMA alternativa.

- (A) Maiores ou menos. Sei que existe a Delegacia da Mulher e outros que estão sendo implantados.

- (B) Não. Só sei que existe Delegacia da Mulher.
- (C) Sim. Além da Unidade de Saúde há Delegacia, Centro de Referência de atendimento social e um para agravos sexuais e Casa abrigo.
- (D) Mais ou menos. Sei que existem, mas não sei a função deles.

BLOCO 2: Para cada expressão da tabela, marque com um X de acordo com os graus de importância, frequência, concordância e relação!

8) O que deve fazer uma mulher que sofre agressão por parte do companheiro?

	Importante	Pouco Importante	Sem Importância
(A) Procurar ajuda nos serviços públicos de apoio.			
(B) Tentar resolver, sem intervenção de terceiros na relação do casal.			
(C) Procurar a família e pedir ajuda de parentes e amigos.			
(D) Buscar adaptar-se à situação e tentar não provocar novas agressões.			

9) Muitas mulheres persistem em uma relação de violência, sofrendo insultos por parte do companheiro, privação de liberdade e até mesmo agressões, sem tomar providências. Para você, por que elas agem assim?

	Frequentemente	Raramente	Nunca
(A) Por questões econômicas, principalmente pelo sustento dos filhos.			
(B) Porque ela gosta de sofrer.			
(C) Porque tem medo.			
(D) Porque sente afeto pelo companheiro e tem esperanças que ele mude.			

10) Considerando o contexto biopsicossocial, quais as principais queixas/características de mulheres, que fazem você suspeitar de uma situação de violência doméstica?

	Relacionada	Pouco Relacionada	Sem Relação
(A) Tosse recorrente, insônia, pouco acesso ao serviço de saúde.			
(B) Dores crônicas, auto estima baixa, isolamento social.			
(C) Lesões corporais, pensamentos suicidas, companheiro não gosta que ela trabalhe/estude.			
(D) Hipertensão, desânimo e aparente tristeza, baixa adesão aos cuidados prescritos.			

11) Em termos de necessidades de saúde, o que a mulher em situação de violência precisa quando recorre ao serviço de saúde, independente de ter ou não lesões físicas?

	Importante	Pouco Importante	Sem Importância
(A) Escuta e Acolhimento.			
(B) Atendimento médico/psicológico/social.			
(C) Encaminhamento e informações sobre outros serviços.			
(D) Ajuda para conversar com o agressor, para que ele mude.			

12) Dentro da sua atuação profissional, o que fazer quando você reconhece que uma mulher sofre algum tipo de violência, precisa de ajuda, mas não relata abertamente o problema?

	Importante	Pouco Importante	Sem Importância
(A) Encaminhar a mulher à assistência social/psicologia.			
(B) Espera o momento em que ela relate algo.			
(C) Tentar conversar com ela sobre outros assuntos para buscar um relato.			
(D) Buscar saber por outras pessoas: vizinhos, parentes.			

13) Refletindo como profissional de saúde, marque com um X a opção que considerar mais adequada para as seguintes expressões do senso comum?

	Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
(A) Em briga de marido e mulher não se mete a colher.				
(B) Um tapa, em uma discussão calorosa, não simboliza violência.				
(C) A violência motivada pelo ciúme é uma prova de amor.				
(D) A mulher, muitas vezes, provoca a violência.				
(E) A mulher que não denuncia a violência que sofre é masoquista.				
(F) O homem só é violento quando há um motivo para isso.				
(G) É da natureza do homem ser mais agressivo do que a mulher.				
(H) A violência contra a mulher só existe em classes sociais mais baixas.				
(I) A violência contra a mulher só é motivada pelo uso de álcool e drogas.				
(J) A violência é algo normal na vida do casal.				

Apêndice C - Questionário B**Avaliação da aceitação do jogo**

**Você está sendo convidado a preencher este questionário que foi desenvolvido para
averiguar as impressões do jogador sobre o jogo Caixa de Pandora.**

Obrigada pela sua colaboração!

Dados de Identificação:

Nome: _____ Atuação: _____

USF: _____ Idade: _____

Impressões do jogador e aprendizado:

1 Você gostou do jogo *Caixa de Pandora*?

(A) Sim

(B) Não

Por quê? _____

2 Qual a sua opinião geral sobre o jogo?

(A) Muito bom

(B) Bom

(C) Ruim

(D) Muito ruim

3 Você se sentiu motivado com o desafio proposto com jogo?

(A) Muito motivado

(B) Pouco motivado

(C) Não fui motivado

4 O que você acha do assunto abordado pelo jogo *Caixa de Pandora*?

- (A) Muito interessante
- (B) Interessante
- (C) Pouco interessante
- (D) Nada interessante

5 Qual o grau de importância do assunto do jogo **para sua atividade profissional**?

- (A) Muito importante
- (B) Importante
- (C) De pouca importância
- (D) Sem importância

6 O que você achou da Estória do jogo *Caixa de Pandora*?

- (A) Muito interessante
- (B) Interessante
- (C) Pouco interessante
- (D) Não interessante

7 Você considera que o jogo *Caixa de Pandora* lhe ajudou a compreender melhor o fenômeno da violência contra mulheres?

- (A) Sim
- (B) Não

8 Você apreendeu algum novo conceito com o jogo?

- (A) Sim
- (B) Não

8.1 Se você respondeu sim, sobre o quê, especificamente?

- (A) Causas da violência
- (B) Legislação de proteção às mulheres
- (C) Serviços de apoio às vítimas
- (D) Consequências da violência
- (E) Atuação do profissional
- (F) Outro: _____

Jogabilidade

9 O que você achou do nível de facilidade/dificuldade do jogo?

- (A) Muito fácil – Joguei sem dificuldades
- (B) Fácil – Joguei sem grandes dificuldades
- (C) Difícil – Joguei com dificuldades
- (D) Muito difícil – Não consegui jogar

10 O que achou do uso do dispositivo mouse para jogar?

- (A) Foi suficiente
- (B) Gostaria de usar também o teclado
- (C) Preferia usar só o teclado

11 O que você achou do mecanismo de passagem “automática” das cenas?

- (A) Gostei
- (B) Médio: gostaria de ter a opção de também controlar
- (C) Não gostei: preferia ter a opção de controlar

12 Você conseguiu chegar em qual fase do jogo?

- (A) Não passei da primeira

- (B) Cheguei na segunda
- (C) Cheguei na terceira, mas não ganhei
- (D) Completei todas as fases e ganhei o jogo

13 O que você achou das perguntas dos desafios do jogo?

- (A) Fáceis de entender
- (B) Poderiam ser mais fáceis
- (C) Difíceis de entender
- (D) Não consegui entender algumas delas

14 O que achou das opções de respostas dos desafios?

- (A) Fáceis de entender
- (B) Poderiam ser mais fáceis
- (C) Difíceis de entender
- (D) Não consegui entender algumas delas

15 O que você achou das mensagens do jogo?

- (A) Fáceis de entender
- (B) Poderiam ser mais fáceis
- (C) Difíceis de entender
- (D) Não consegui entender algumas delas

16 O que você achou das imagens do jogo? Marque com um **X** sua escolha.

Característica	Gostei	Não gostei	Indiferente
Fisionomia dos personagens			
Cores			
Estilo do desenho			
Caixas de diálogos (textos)			

Pontos positivos, negativos e sugestões

17 Você considera que jogos computacionais podem ajudar no aprendizado?

- (A) Sim
- (B) Não
- (C) Talvez

18 Você gostaria de jogar novamente esse jogo?

- (A) Sim
- (B) Não
- (C) Talvez

19 Você recomendaria esse jogo para outras pessoas?

- (A) Sim
- (B) Não
- (C) Talvez
- (D) Apenas para aquelas que acho que se interessariam pelo tema

20 Quais os pontos positivos do jogo?

21 Quais os pontos negativos do jogo?

22 Você tem alguma sugestão para melhorar o jogo?

Apêndice D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

- 1 - Você está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada *Caixa de Pandora: serious game para profissionais de saúde na abordagem à violência de gênero*. Estas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que tem como objetivo avaliar o jogo *Caixa de Pandora*, quanto a sua aceitação pelo público alvo e o seu potencial pedagógico.
- 2 - A sua participação na pesquisa se dará por meio da sua colaboração em jogar o jogo *Caixa de Pandora* e responder aos questionários que avaliam a aplicação, que durará em média 30 minutos.
- 3 - Esse estudo não apresenta risco atual ou potencial, individual ou coletivo à saúde ou à sua vida, nem tampouco oferecerá constrangimento ou sanções no ambiente de trabalho.
- 4 - A partir dessa pesquisa, esperamos identificar as necessidades de melhoramento/adequação da aplicação, para que ela possa ser usada nos processos de capacitação profissional e qualificação de práticas na abordagem à violência contra a mulher, mediados pela gestão em saúde.
- 5 - Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você poderá ter acesso aos pesquisadores responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. Os pesquisadores são: Luana Rodrigues de Almeida, sob orientação da Prof. Liliane S. Machado. Todos podem ser encontrados no Departamento de Estatística da Universidade Federal da Paraíba. Cidade Universitária - Campus I. Castelo Branco - João Pessoa, no telefone: (83) 87600147, ou ainda no e-mail: luanaralmeida02@gmail.com.
- 6 - É seu direito, como participante de uma pesquisa, continuar ou não voluntariamente neste estudo. Compreendendo sobre o que, como e porque este estudo está sendo feito. Caso opte por abandonar a participação no estudo, basta que entre em contato com qualquer um dos pesquisadores e manifeste a sua intenção sem que precise oferecer qualquer justificativa para tal;
- 7 - Direito de confidencialidade: as informações obtidas serão analisadas em conjunto com as dos demais voluntários, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante;
- 8 - Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante, em toda a fase do estudo, incluindo todo o processo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação;

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito das informações que li, descrevendo o estudo *Caixa de Pandora: serious game para profissionais de saúde na abordagem à violência de gênero*.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento.

João Pessoa, _____ de _____ de 201_.

Assinatura do(a) participante

Assinatura da pesquisadora

Contato do pesquisador responsável: Luana Rodrigues de Almeida

Universidade Federal da Paraíba, Departamento de Estatística – CCEN, Tel: (83) 8760-0147.

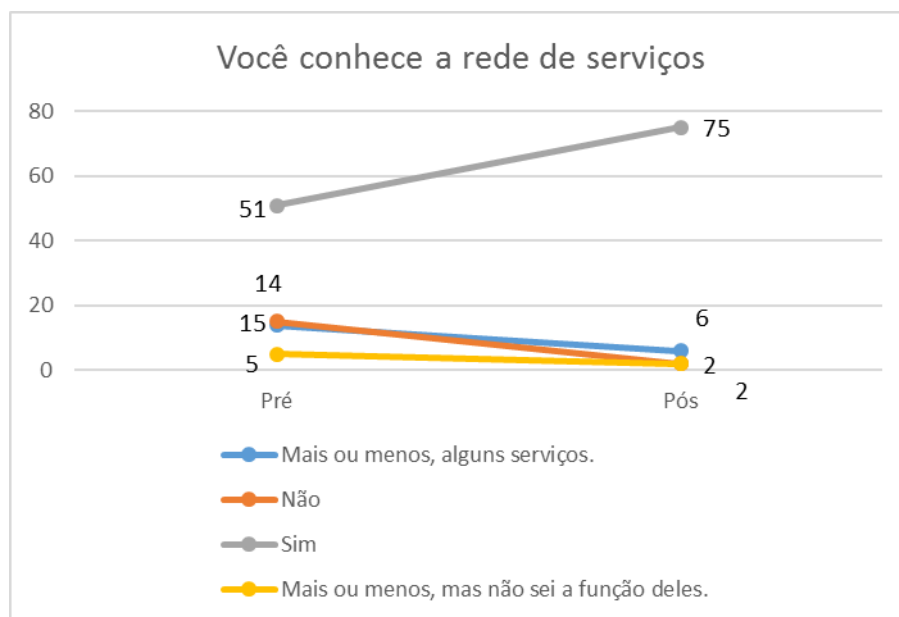
E-mail: luanaralmeida02@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do HULW:

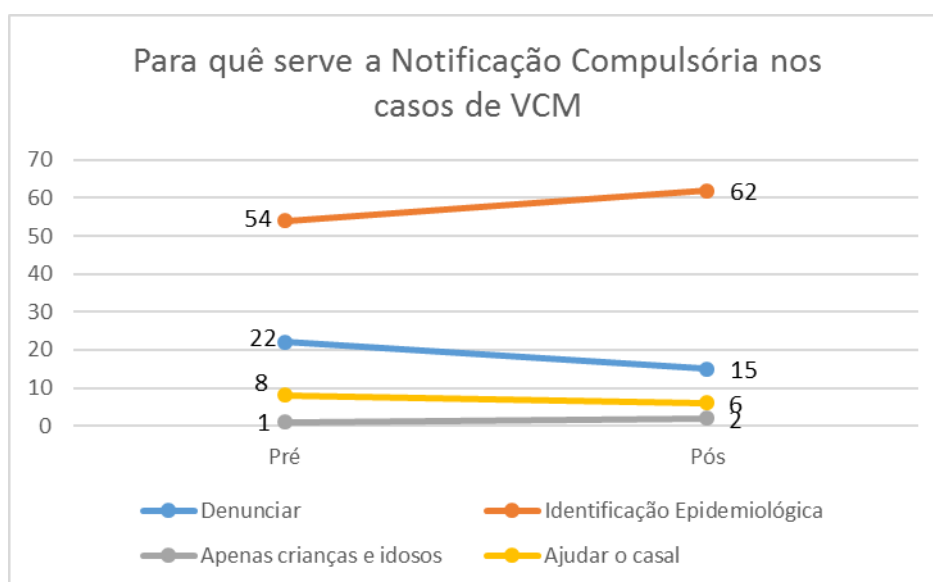
Hospital Universitário Lauro Wanderley - 4º andar, Campus I - Cidade Universitária - Castelo Branco.

CEP: 58059-900 - João Pessoa - PB (83) 3216-7522 / 3216-7964

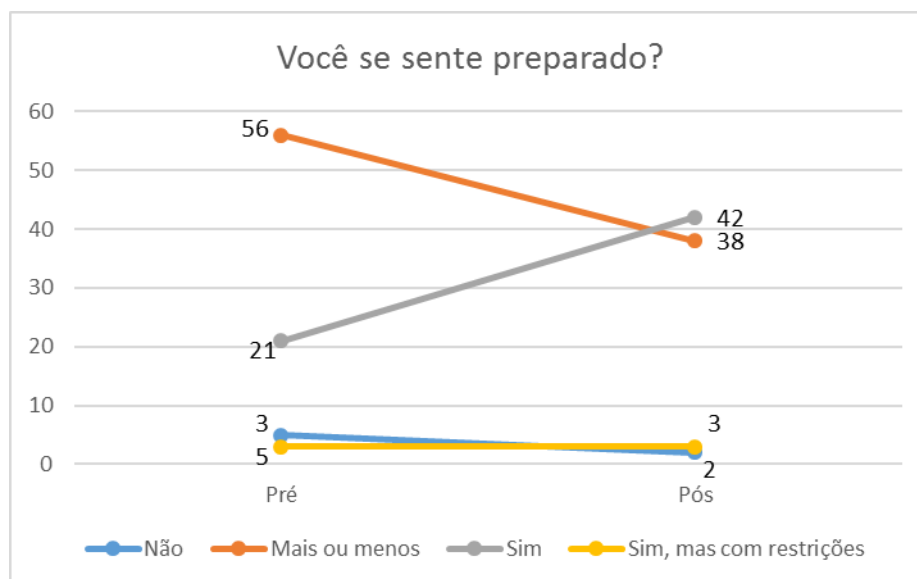
Apêndice E - Resultado da pesquisa de validação da efetividade do jogo –
Conhecimento sobre a rede de serviços de enfrentamento à violência



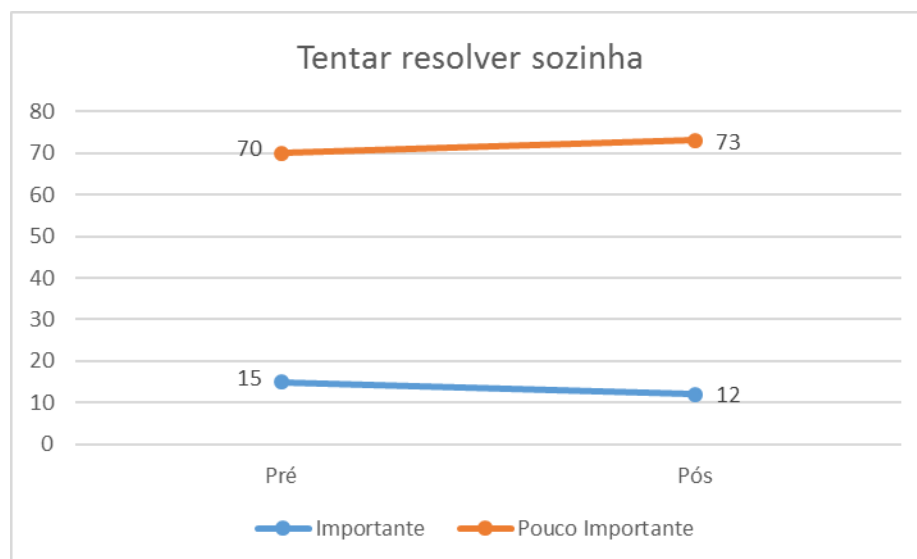
Apêndice F - Resultado da pesquisa de validação da efetividade do jogo – A percepção do profissional sobre a Notificação Compulsória (NC), nos dois momentos da pesquisa



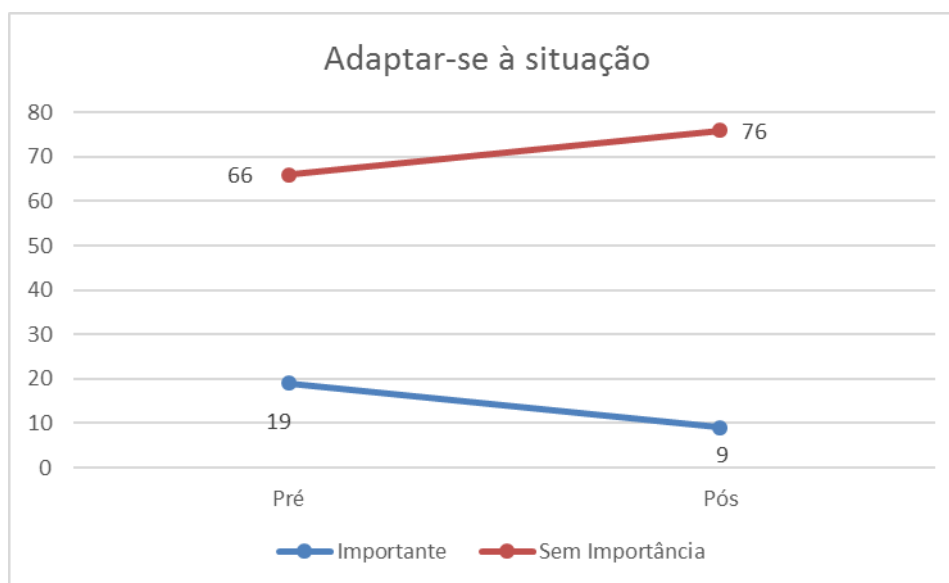
Apêndice G - Resultado da pesquisa de validação da efetividade do jogo – A percepção do profissional sobre o seu preparo para atuar nos casos, nos dois momentos da pesquisa



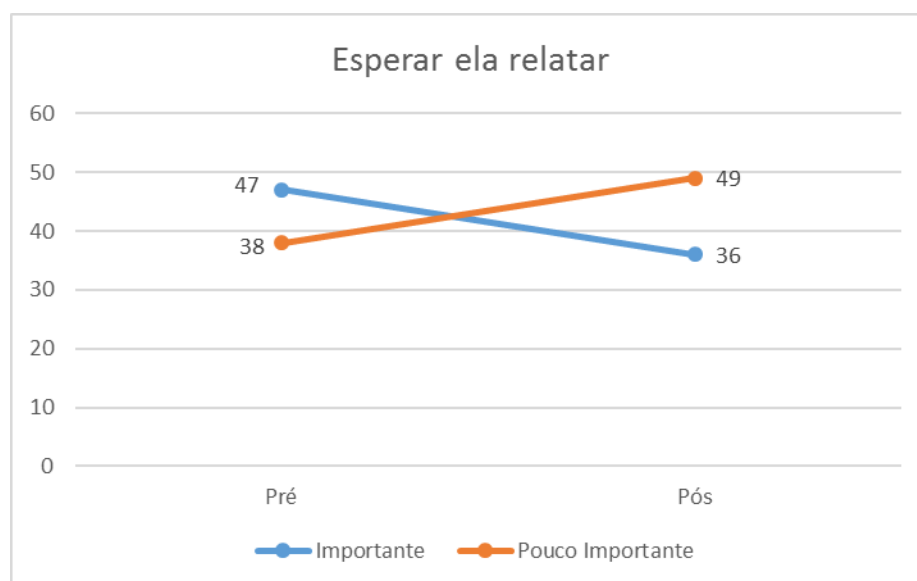
Apêndice H - Resultado da pesquisa de validação da efetividade do jogo – Concepção dos profissionais quanto às possibilidades de enfrentamento do problema pela mulher



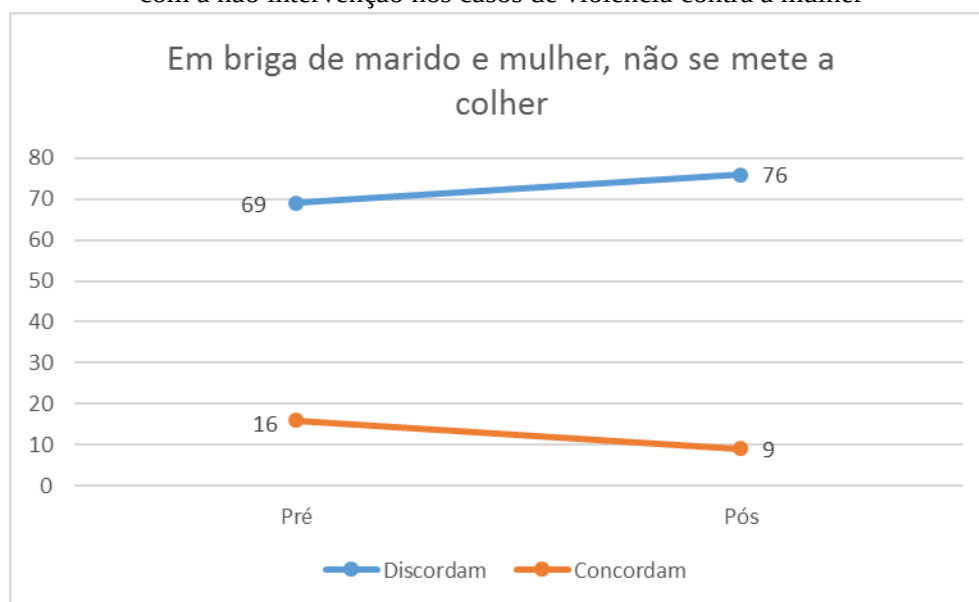
Apêndice I - Resultado da pesquisa de validação da efetividade do jogo – Concepção dos profissionais quanto às possibilidades de enfrentamento do problema pela mulher



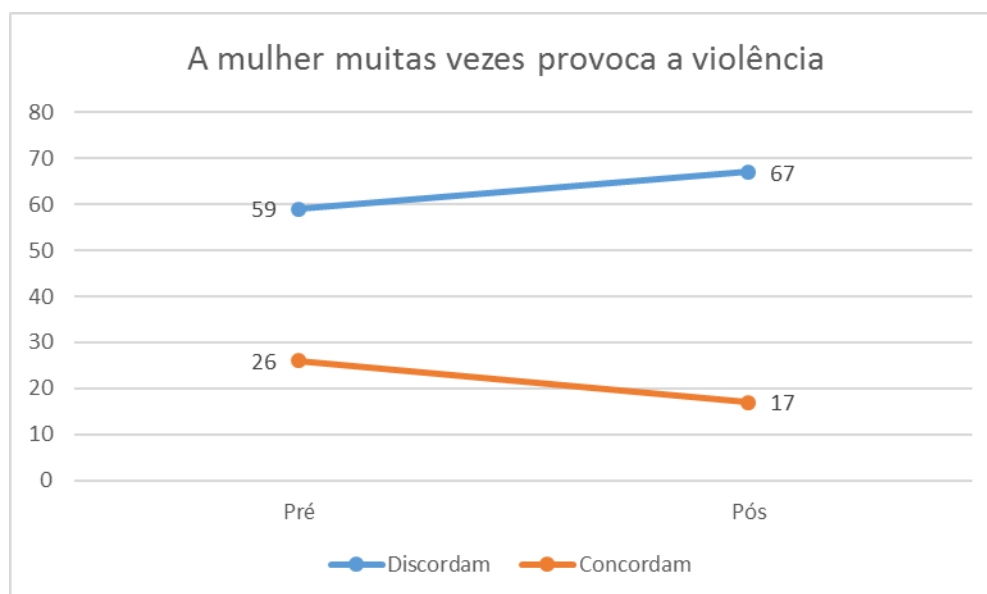
Apêndice J - Importância ao relato da mulher, nos dois momentos



Apêndice K - Resultado da pesquisa de validação da efetividade do jogo – Concordância com a não intervenção nos casos de violência contra a mulher

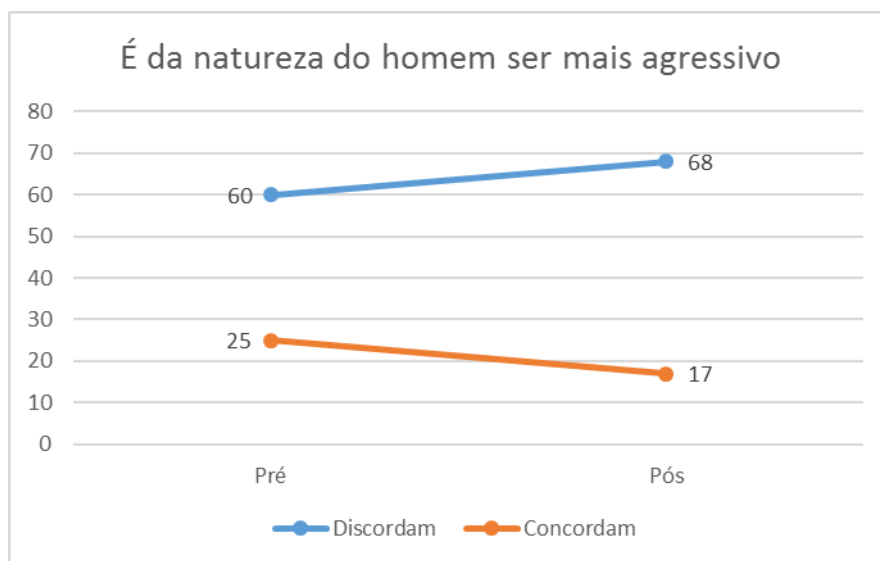


Apêndice L - Resultado da pesquisa de validação da efetividade do jogo – Concordância com a afirmação de que a mulher provoca a violência¹⁰

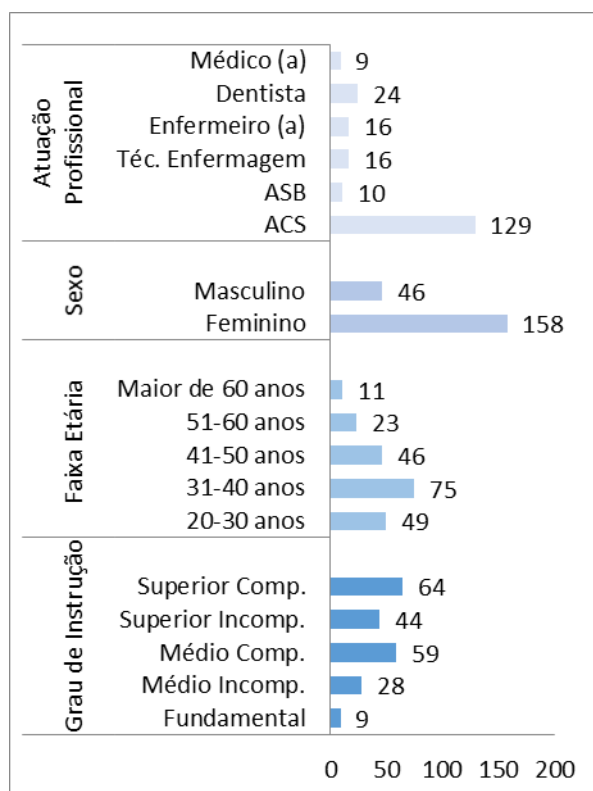


¹⁰ Um participante não assinalou resposta.

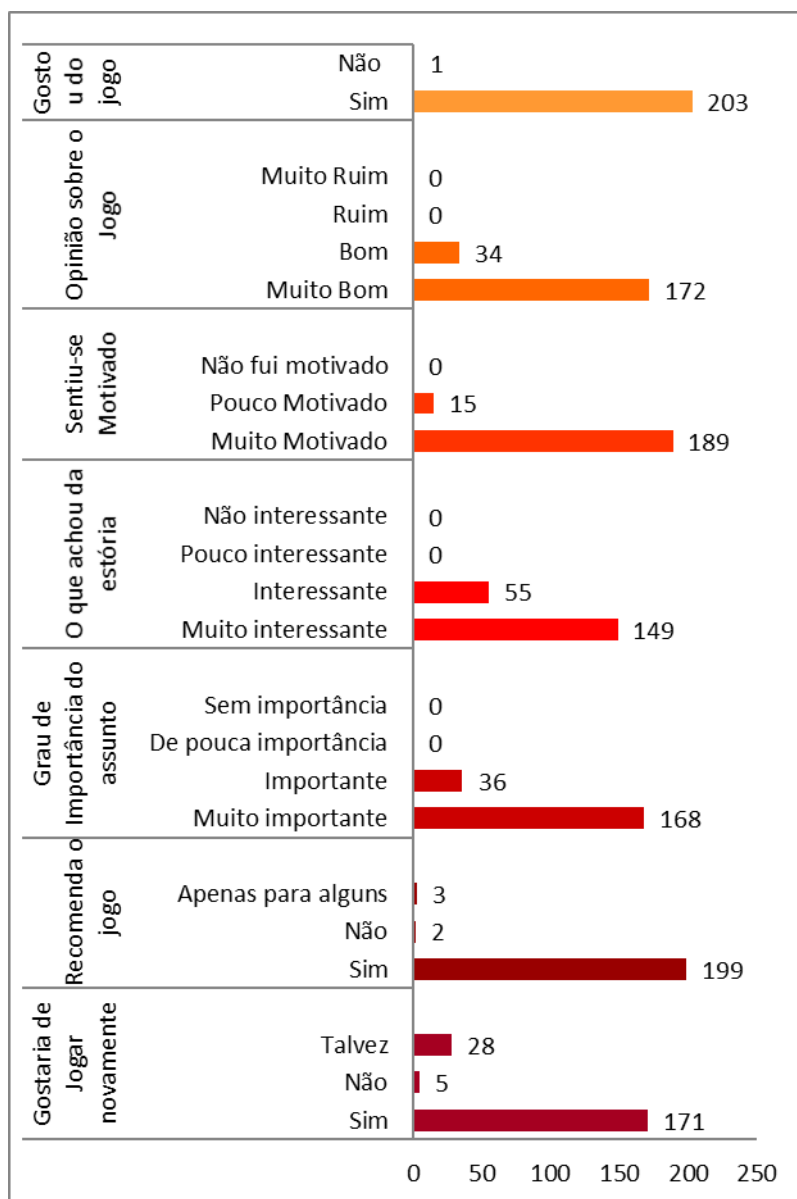
Apêndice M - Resultado da pesquisa de validação da efetividade do jogo –
Concordância com a naturalização da agressividade masculina



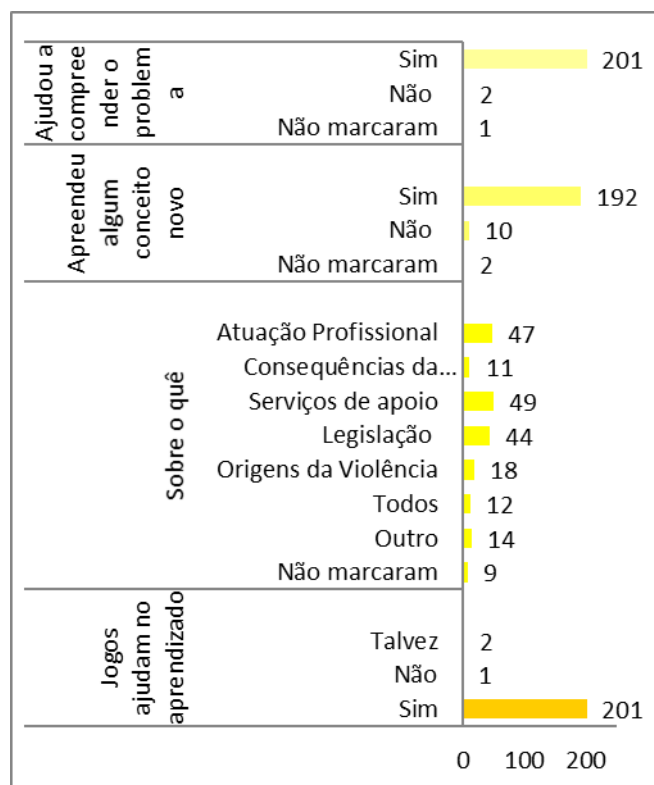
Apêndice N - Resultado da pesquisa de validação da aceitação do jogo –
Perfil dos participantes da pesquisa



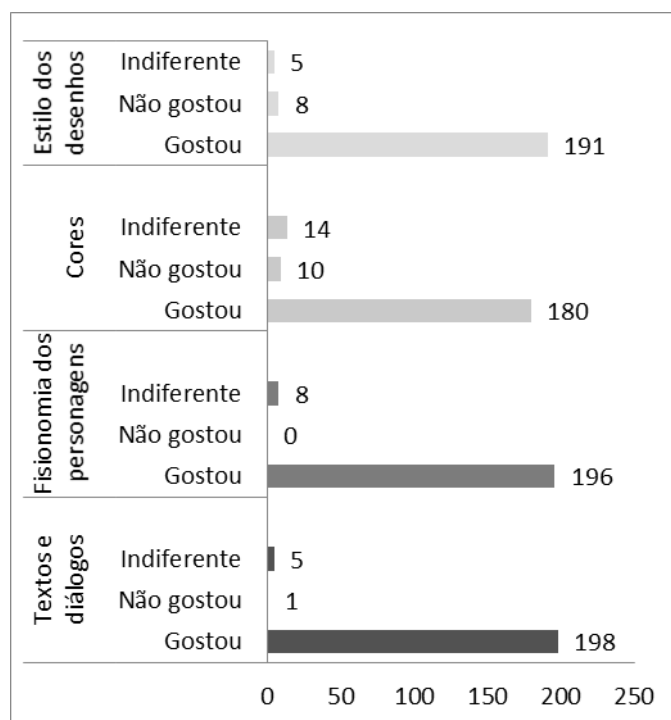
Apêndice O - Resultado da pesquisa de validação da aceitação do jogo –
Avaliação da Aceitação da aplicação pelos participantes da pesquisa



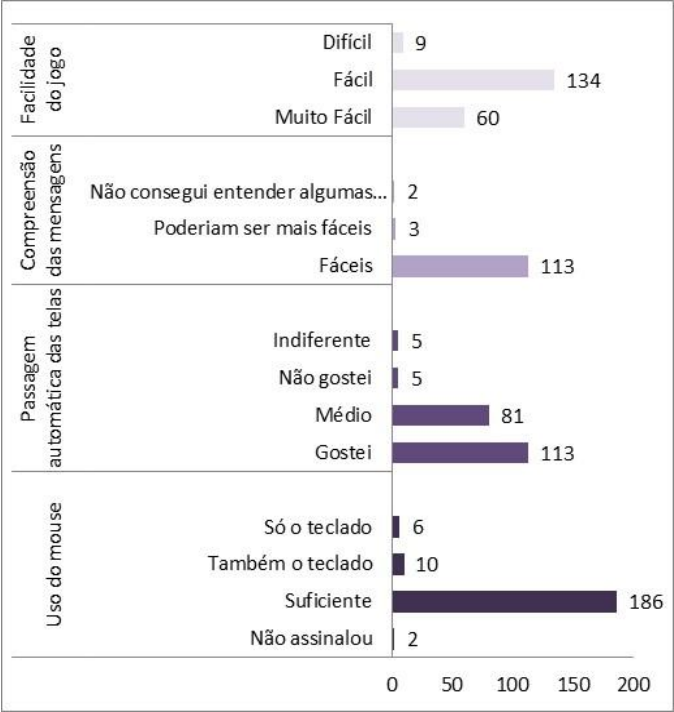
Apêndice P - Resultado da pesquisa de validação da aceitação do jogo – Avaliação dos Componentes Formativos da Aprendizagem pelos participantes da pesquisa



Apêndice Q - Resultado da pesquisa de validação da aceitação do jogo – Avaliação da Interface pelos participantes da pesquisa



Apêndice R - Resultado da pesquisa de validação da aceitação do jogo –
Avaliação da Jogabilidade pelos participantes da pesquisa



Anexo A - Parecer do Comitê de Ética

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
LAURO WANDERLEY/UFPB

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Caixa de Pandora: Serious Game para profissionais de saúde na abordagem à violência de gênero

Pesquisador: Luana Rodrigues de Almeida

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 16753713.0.0000.5183

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 318.042

Data da Relatoria: 18/06/2013

Apresentação do Projeto:

A violência é um fenômeno histórico presente em todas as sociedades, desde os primórdios da humanidade. Sua prática configura-se como uma violação e uma transgressão de direitos, por representar a tentativa de dominação e opressão entre os sujeitos envolvidos. O uso das mídias e interfaces digitais tem sido cada vez mais familiar na vida das pessoas. Usadas para facilitar as atividades diárias, no trabalho e em momentos de lazer, os recursos e vantagens dessas novas tecnologias vem sendo aproveitados por diferentes ramos do mercado e áreas do conhecimento, que vêm desenvolvendo ferramentas que objetivam tornarem mais fáceis, interativas e rápidas o desempenho de seus usuários e/ou trabalhadores.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar o Serious Game Caixa de Pandora, quanto à sua aceitação e efetividade pedagógica, com profissionais de saúde de Unidades de Saúde da Família do município do João Pessoa

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos presumíveis. O uso das mídias e interfaces digitais tem sido cada vez mais familiar na vida das pessoas. Usadas para facilitar as atividades diárias, no trabalho e em momentos de lazer, os recursos e vantagens dessas novas tecnologias vem sendo aproveitados por diferentes ramos do mercado.

Endereço: HULW-4º andar - Campus I - UFPB

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.059-900

UF: PB

Município:

Telefone: (833)216-7302

Fax: (833)216-7522

E-mail: iaponiracortez@yahoo.com.br; cepulw@hotmail.

Página 01 de 03


Iaponira Cortez Costa de Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY/UFPB



Continuação do Parecer: 318.042

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A racionalidade é consistente e os procedimentos metodológicos são compatíveis com o objetivo proposto

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo está adequadamente elaborado e permite claramente uma avaliação dos aspectos éticos envolvidos na investigação.

Recomendações:

Todas as recomendações solicitadas pelo CEP-HULW foram atendidas.

Ressaltamos que o TCLE deverá ser obtido em duas vias, uma ficará com o pesquisador e a outra com o participante da pesquisa, fazendo-se obrigatória a rubrica em todas as páginas do TCLE (caso tenha mais de uma via), tanto pelo pesquisador como pelo participante da pesquisa, conforme recomenda a Carta Circular nº 003/2011/CONEP/CNS.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Favorável ao desenvolvimento do protocolo de pesquisa. Projeto de pesquisa segue o rigor científico e bioético.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo de pesquisa APROVADO pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do Hospital Universitário Lauro Wanderley-CEP-HULW, em reunião Ordinária realizada em 18 de junho de 2013. solicitamos a(o) pesquisador(es):

- 1- entregar à coordenação (chefia) do setor (local da pesquisa), uma cópia deste Parecer Consubstanciado.
- 2- Anexar uma cópia deste parecer de aprovação à Monografia, Dissertação, Tese, quando for o caso.
- 3- Os documentos e/ou prontuários para fins de pesquisa, não devem ser retirados do âmbito da instituição.
- 3-Apresentar relatório final da pesquisa ao CEP/Plataforma Brasil (via online) até 30 dias após o término da mesma.

Endereço: HULW-4º andar - Campus I - UFPB

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 58.059-900

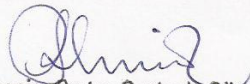
UF: PB

Município:

Telefone: (833)216-7302

Fax: (833)216-7522

E-mail: iaponiracortez@yahoo.com.br; cephulw@hotmail.


Iaponira Cortez Costa de Oliveira

Anexo B - Declaração de solicitação de Registro do Jogo

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO GERAL DE INOVAÇÃO TECNOLÓGICA
NÚCLEO DE INOVAÇÃO TECNOLÓGICA – REDE NIT-NE**

DECLARAÇÃO

Declaro para fins comprobatórios que **Liliane dos Santos Machado, Luana Rodrigues de Almeida e Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva** entraram com um pedido de registro de PROGRAMA DE COMPUTADOR relativo à “CAIXA DE PANDORA”, e que o mesmo se encontra em fase de tramitação no âmbito desta Coordenação.

Ressalta-se que o referido pedido de PROGRAMA DE COMPUTADOR encontra-se sob guarda **COM SIGILO** conforme Lei Nº 9.609/98.

João Pessoa – PB, 28 de janeiro de 2013.


Cleverton Rodrigues Fernandes
Administrador
SIAPE 35555277

Cidade Universitária – Campus I – Prédio da Reitoria, 2º Andar.
CEP: 58.051-900. E-mail: cgkit@prpg.ufpb.br – Fone: (83) 3216.7558



Anexo C - CD com o Jogo Caixa de Pandora