

Proposal for a Educational Game to Give Visibility Domestic Violence During Pregnancy

Proposta de um Jogo Pedagógico para dar Visibilidade à Violência Doméstica Durante a Gravidez

Dora Mariela Salcedo Barrientos

Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Curso de
Obstetrícia, Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil
dorabarrientos@usp.br

Paula Orchiucci Miura

Instituto de Psicologia, Departamento Psicologia Clínica,
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil
paulamiura@hotmail.com

António Pedro Costa

Ludomedia e CIDTFF - Centro de Investigação Didáctica e
Tecnologia na Formação de Formadores
DE/UA- Departamento de Educação, Univ. de Aveiro
Aveiro, Portugal
pcosta@ludomedia.pt

Elieni de F.G. Siqueira

Centro de Atenção Psicossocial,
São Paulo, Brasil
elienaiifgama@gmail.com

Abstract — Teenage pregnancy is considered a social determinant and a serious public health problem, due to its magnitude and breadth and is not only fruit, but is also a determinant of family dysfunction [1]. Domestic violence is also a serious public health problem, since it profoundly affects the physical and psychological integrity of the victims [2]. This study aims to evaluate the cumulative incidence and lived experience on domestic violence for pregnant teenagers aged between twelve and eighteen who are attending an University Hospital of São Paulo, as well as submit a proposal for game that meets the health needs of this population. The utilized instruments were to characterize the profile of production and social reproduction and form for collection of related gynecological and obstetric history data; phrases in Diagnostic Inventory of Domestic Violence against Children and Adolescents [3], semi-structured interview. The study included 61 pregnant teenagers in the three months. This article presents the profile and the major health needs of these adolescents and is based on these results that the proposed game will be displayed. So this game should be developed in order to qualify and strengthen the care of professionals in their daily lives, especially when it comes to attention to this population.

Keywords - Domestic violence, Teenage pregnancy, health professionals, gender, game.

Resumo — A gravidez na adolescência é considerada um determinante social e um grave problema de saúde pública, devido a sua magnitude e amplitude e não é apenas fruto, mas também é um determinante da disfuncionalidade familiar [1]. A violência doméstica também constitui um grave problema de saúde pública, uma vez que afeta profundamente a integridade

física e psicológica das vítimas [2]. Este estudo tem como objetivo conhecer a incidência acumulada e a experiência vivenciada diante a violência doméstica pelas adolescentes grávidas com idades entre doze e dezoito anos que frequentam um Hospital Universitário de São Paulo, bem como apresentar uma proposta de jogo que atenda as necessidades em saúde desta população. Foram aplicados os seguintes instrumentos: formulário para caracterizar o perfil de produção e reprodução social e formulário para coleta dos dados relacionados com os antecedentes ginecológicos e obstétricos; Inventário de Frases no Diagnóstico de Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes [3] e entrevista semi-estruturada. Participaram deste estudo 61 adolescentes grávidas no período de três meses. Este artigo apresenta o perfil e as principais necessidades em saúde destas adolescentes e é com base nestes resultados que a proposta de jogo será apresentada. Portanto, este jogo deverá ser desenvolvido no intuito de qualificar e fortalecer o atendimento dos profissionais no seu cotidiano, principalmente, para no que tange a atenção à esta população.

Palavras Chave – Violência doméstica, adolescentes grávidas, profissionais de saúde, gênero, jogo.

I. INTRODUÇÃO

O presente estudo se insere como parte do “Estudo da violência doméstica contra adolescentes grávidas atendidas no Hospital Universitário de São Paulo: Bases para intervenção”, o qual é componente do Grupo de Pesquisa Mulher & Saúde: Violência Doméstica no período gravídico-puerperal/CNPq [4], cujo objetivo central foi diagnosticar os casos de violência, conhecer sua incidência e a experiência vivenciada

diante a violência doméstica pelas adolescentes grávidas que frequentam os serviços públicos de saúde para posteriormente intervir oportunamente.

II. GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A adolescência é uma fase da vida em que diversas transformações sociais, psicológicas e anatomo-metabólicas acontecem, apresentando mudanças biológicas, de comportamento, de aprendizagem e de socialização. Dentre os resultados dessas mudanças, além do biológico encontram-se a construção da personalidade, que é influenciada pela cultura, pela educação, pelas relações e atitudes.

Um estudo sobre as mães adolescentes brasileiras indica uma diminuição de adolescentes grávidas de 2001 para 2008, contudo o percentual de mães adolescentes tem aumentado, consideravelmente, nas classes mais baixas, famílias com até um salário mínimo [5].

Esse mesmo estudo apontou que a gravidez na adolescência afeta a escolarização, especialmente das adolescentes mães que pertencem à classe social mais baixa (menos de 30%). O nível de escolaridade de adolescentes mães é menor se comparado às adolescentes que não possuem filhos, tendo em sua maioria o ensino fundamental incompleto, o que afetará diretamente a colocação no mercado de trabalho. Dessa forma, pode-se afirmar que o abandono escolar e a falta de participação no mercado de trabalho decorrem tanto da maternidade na adolescência quanto da condição sócio econômica em que viviam previamente [5].

Cabe ressaltar que, apesar da diminuição da população de adolescentes mães, a gravidez precoce ainda gera preocupação, pois a fecundidade na adolescência ainda é alta (em 2007 as mães com idade entre 15 e 17 anos representaram 20% dos partos realizados no país) [6].

Segundo a Organização Mundial da Saúde [7], a gravidez na adolescência constitui-se em uma gestação de risco, visto as possíveis repercussões sob a saúde materno-fetal, além das sequelas psicossociais. No que se refere ao ponto de vista biológico, os riscos que mais se destacam são: hemorragias, trabalho de parto prolongado, complicações em longo prazo, prematuridade, lesões durante o parto, morte perinatal e baixo peso ao nascer. Do ponto de vista psicossocial, encontram-se: abandono dos estudos, inserção precoce na vida laboral, descompasso na integração psicossocial, pouco preparo para o desenvolvimento de uma relação satisfatória com os filhos, etc. [8].

Em um estudo mais recente sobre a maternidade, Granato & Aiello-Vaisberg [9] afirmam que a mesma, como fenômeno biopsicossocial, suscita experiências emocionais primitivas. Isso significa que, tanto pode predispor à sensibilidade materna para cuidar adequadamente do filho, como também pode desencadear um desequilíbrio psíquico, um colapso materno, decorrentes de uma regressão a estados psíquicos primitivos que eram mantidos estáveis por defesas que sucumbem com a maternidade.

III. VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

A violência doméstica constitui um grave problema de saúde pública, uma vez que afeta profundamente a integridade física e psicológica das vítimas. A bibliografia aponta diversos

sintomas e transtornos que podem aparecer em decorrência da violência [2].

Esse não é um problema apenas da realidade brasileira, pesquisas bibliográficas revelam que a violência doméstica está presente em todo o mundo, tanto em países desenvolvidos, como em desenvolvimento.

Nos Estados Unidos, Finkelhor et al. [10] analisaram uma amostra representativa da população de crianças e adolescentes de 2 a 17 anos e verificaram que mais da metade das crianças e adolescentes americanas sofreram agressões físicas; uma em cada oito foi maltratada; uma em cada quatro foi agredida verbalmente; uma em cada três crianças/adolescentes testemunhou ou vivenciou uma forma de violência indireta e apenas 29% delas não passaram por vitimização direta ou indireta.

Uma pesquisa mais recente aponta ainda para a correlação entre a violência doméstica e problemas familiares, como falta de moradia fixa e modos de exercer a parentalidade inadequados com práticas inconsistentes. Ressalta-se ainda que o abuso psicológico e a hostilidade potencializam os efeitos traumáticos da violência em crianças [11].

Outras pesquisas, no âmbito internacional, apontam também para a transmissão do padrão abusivo entre as gerações, como a realizada por Fontaine & Nolin [12] que pesquisaram pais que foram acusados de perpetrar abuso físico ou negligência e verificaram que eles relataram terem vivenciado na própria infância experiências abusivas.

Segundo resultados do artigo de Monteiro et al [13], no contexto familiar, a maioria das gestantes adolescentes, quando revelam a gravidez, sofrem violência psicológica, seguida de violência física, sendo humilhadas, discriminadas, inferiorizadas e punidas.

Como a prática de atos agressivos contra adolescentes grávidas frequentemente está associada às relações familiares, é importante que os profissionais da saúde prestem seu atendimento com um olhar biopsicossocial, dedicando a devida atenção às questões familiares, objetivando detectar, prevenir, apoiar e dar os encaminhamentos corretos às vítimas de maus-tratos.

Pinto Jr. e Tardivo [14] também apontaram que a violência doméstica é um fator de risco para o desenvolvimento de crianças e adolescentes, produzindo efeitos na identidade, distúrbios de personalidade e adaptação social. Os autores ressaltam ainda que esses efeitos perduram ao longo do desenvolvimento, mesmo após medidas de proteção terem sido tomadas.

IV. OBJETIVOS

O presente estudo tem como objetivo identificar o perfil e as principais necessidades de saúde das adolescentes grávidas vítimas de violência, bem como apresentar uma proposta de concepção de jogo pedagógico tendo por base a captação da realidade junto às adolescentes com vistas a orientar a construção de um novo instrumento para qualificar e fortalecer o atendimento dos profissionais no seu cotidiano e suprir esta demanda.

V. CAMINHO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo prospectivo, utilizando a abordagem quanti-qualitativa e sustentado pela Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva - TÍPESC [15].

A TÍPESC, na sua vertente metodológica, é a sistematização dinâmica de captar e interpretar um fenômeno articulado aos processos de produção e reprodução social referentes à saúde e doença de uma dada coletividade, no marco de sua conjuntura e estrutura, dentro de um contexto social historicamente determinado; de intervir nessa realidade e, nessa intervenção, prosseguir reinterpretando a realidade para novamente nela interpor instrumentos de intervenção [15].

Este estudo foi realizado junto a 61 adolescentes grávidas, cadastradas em um Hospital Universitário na cidade de São Paulo as quais compareceram no Pronto Atendimento de Obstetrícia em horários equivalentes das 7h às 19h, durante três meses, de outubro a dezembro de 2012, independentemente de realizar consultas de pré-natal neste estabelecimento de saúde.

Os instrumentos aplicados foram: formulário para caracterizar o perfil de produção e reprodução social (modos de viver e de trabalho); Inventário de Frases no Diagnóstico de Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes (IFVD) [14] e entrevista semi-estruturada.

As entrevistas foram gravadas e transcritas, garantindo o anonimato e o sigilo; o respeito à privacidade e à intimidade e ainda garantindo-lhes a liberdade de participar ou declinar desse processo no momento em que desejassem, respeitando as recomendações do Conselho Nacional de Saúde, conforme resolução 466/2012 [6].

Todos os responsáveis pelas adolescentes participantes assinaram o Termo de Consentimento e todas as adolescentes assinaram o Termo de Assentimento. Portanto, todos os preceitos éticos foram observados e o início da coleta de dados da presente pesquisa se deu após a aprovação deste estudo pelo Comitê de Ética desta instituição (Parecer nº 1214/12 e Registro SISNEP-CAAE: 0043.0.196.198-11).

Os dados empíricos (entrevista semi-estruturada) foram analisados em grupos temáticos e discutidos com base na literatura e referencial adotado pelo estudo sendo utilizado para este fim o *software* webQDA que é um software de análise de textos, vídeos, áudios e imagens e funcionam num ambiente colaborativo e distribuído com base na internet, [16] o que possibilitou a codificação, edição, visualização, interligação e organização dos documentos. Os dados quantitativos foram analisados de forma descritiva e bivariada por correlação.

VI. RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Os resultados encontrados do perfil sociodemográfico das adolescentes foram: idade média de 17 anos; quanto a cor 47,5% das jovens se declararam brancas e 47,5% pardas; 90,1% disseram ser solteiras; quanto à escolaridade adequada para a idade, 54,1% tinham nível médio, e apenas 21,3% não interromperam os estudos, dentre estas uma estava cursando ensino superior. 62,5% das adolescentes são procedentes do Estado de São Paulo e vivem em habitações próprias, com acesso a serviços básicos como água, luz, esgoto e coleta de lixo. Ainda quanto à moradia, a maioria não referiu riscos ambientais para a moradia (65,5%).

A maioria das adolescentes não possui atividade remunerada (78,7%). Das que trabalham, 76,9% possuem registro em carteira de trabalho e destas, 23% trabalham mais do que 8 horas diárias, desenvolvendo atividades sem formação específica para o emprego (69,2%).

Do total das 61 participantes, 36 (59%) sofreram algum tipo de violência ao longo de sua vida. Destas, 33 (54%) foram vítimas de violência durante a gravidez, 13 (21%) sofreram violência antes e durante a gravidez.

Das 36 adolescentes que sofreram algum tipo de violência ao longo de sua vida, 30 foram vítimas de violência psicológica, 12 (20%) sofreram violência institucional, 6 sofreram abandono materno e paterno na infância e 7 especificamente abandono paterno, totalizando 13 adolescentes foram abandonadas pelo pai na infância, 7 foram vítimas de violência física, 7 foram abandonadas pelo companheiro após a notícia da gravidez, 4 foram vítimas de violência moral, 3 foram vítimas de violência sexual e 3 adolescentes praticaram violência fetal.

Quanto ao perfil do agressor, na violência psicológica percebeu-se que a figura materna foi a principal agressora (34,48%), seguida da figura paterna (20,69%) e do companheiro (17,24%). Na violência institucional, o principal agressor foi o profissional médico (58,33%), seguido pela enfermeira (4%) e pelo agente comunitário da saúde (8,33%). Na violência física, destacou-se a figura do irmão como principal agressor (40%), seguidos pelo pai (20%), pelo companheiro (20%) e pela própria gestante (20%). Na violência sexual, os agressores foram o pai (33,33%), o companheiro (33,33%) e um desconhecido (33,33%). Na violência moral, (25%) dos casos foi causado pela mãe (25%) pela sogra, pela cunhada (25%) e (25%) pela própria gestante.

Por outro lado, a partir da análise das entrevistas em profundidade emergiram 06 categorias empíricas: a) gravidez e violência doméstica; b) gravidez e violência do companheiro; c) gravidez e uso de drogas; d) gravidez e sentimento; e) projeto de vida e f) prática dos profissionais, englobando violência institucional e falta de confiança nos profissionais de saúde e para efeito deste artigo será priorizado a primeira e a última categoria empírica.

VII. GRAVIDEZ E VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Para a família, a maternidade, geralmente, é vista como o encerramento da adolescência e inserção no mundo adulto, gerando preocupações quanto ao projeto de vida, escolaridade, autonomia e ascensão econômica, visto que existe a ideia de que há uma ordem correta no desenvolvimento do indivíduo: primeiro a responsabilidade pessoal, depois a capacidade de relacionar-se afetivamente com o outro e só então a possibilidade de cuidado e educação com um filho [17].

De acordo com Moreira et al [18], são poucas as famílias que aceitam tranquilamente a gravidez na adolescência e lidam com compreensão e afeto com o ocorrido. O não-enfrentamento adequado destes conflitos, por parte dos familiares e/ou parceiros, pode levar a um estresse e resultar em atritos físicos e verbais. Dessa forma, a própria gestação pode ser uma porta de entrada para perpetuação de situações de violência doméstica.

Os relatos abaixo apontam para a violência psicológica infligida pelos membros da família contra as adolescentes durante a gravidez.

Ela (mãe) chorou, me xingou, só não me deu na cara. Mas foi horrível. Ela (mãe) me expulsou tem uns dois meses. Por causa da criança... Simplesmente ela pegou a minha roupa que "tava" no quarto andar e jogou da janela. Simplesmente. (E30)

Porque ele (pai) bebia muito... era muito alcoólatra, né? Aí fazia raiva pra ela assim... ela conviveu muito anos com ele. Ele uma vez ameaçou minha mãe. Minha tia tava até lá, a irmã dele. Tava eu e ela lá. Eu tinha pânico dele. Quando ele começava a beber assim, sei lá, eu tinha pânico. Eu não gostava de ficar perto dele assim, né? (E10)

Esses dados corroboram com a pesquisa desenvolvida por Doubova et. al [19] na Cidade do México com mulheres grávidas, aonde os pesquisadores identificaram a violência psicológica como a mais frequente entre outros tipos de violências.

A violência psicológica mesmo não deixando marcas visíveis afeta significativamente aquele que vivenciou este tipo de violência. As mulheres por estarem grávidas se encontram em um estado ainda mais suscetível e vulnerável, momento em que precisam de maior cuidado e dedicação por parte da família e do companheiro

A violência física entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal” (Art. 7º inciso I, Lei Maria da Penha), pôde ser percebida no decorrer da pesquisa no relato das adolescentes,

Ela (avó) me batia muito e eu preferia ficar na rua do que em casa porque pelo menos na rua ela não ia me bater. Então toda vez que ela bebia eu ia pra rua, ficava na rua. (E26)

Algumas participantes relataram situações de abandono e de negligência por parte da família ao receber a informação que a filha adolescente estava grávida,

“O sujeito da negligência é aquele – a pessoa, a família, o Estado, a sociedade, as instituições – a quem é atribuída à responsabilidade dos cuidados. Nessas relações, uma atitude é considerada negligente quando não accidental e quando expressa uma ação negativa ou uma ausência voluntária de exercício desses cuidados pelos seus responsáveis, a qual tem repercussões graves na vida daquele que é cuidado, que configura a negligência, é também caracterizada pela dor ou pelo prejuízo que ela proporciona quando não supre necessidades fundamentais do outro” [20] o qual é possível na frase a seguir:

Isso, ela (mãe) falou pra mim ir embora de casa. Que quando minhas irmãs engravidaram, todas elas eram de menor e ela mandou embora, aí ela tem que continuar a tradição, como diz ela. (E28)

Em outros casos a negligência familiar é anterior à gravidez, adolescentes que nunca tiveram um cuidado familiar, sua rede primária de apoio, que são as relações interpessoais significativas do indivíduo, sua família nuclear e extensa, seus colegas, amigos, vizinhos [21], apresenta-se bastante fragilidade, potencializando a vulnerabilidade das adolescentes e, conseqüentemente, seu processo de amadurecimento e desenvolvimento da maternidade, como é possível evidenciar na frase a seguir:

Com minha mãe e meu pai eu nunca tive contato, minha mãe é usuária de pedra e mora na rua e meu pai mora aqui. Com quem eu mais tive contato foi com a minha avó e agora meu marido, que me

ajuda. Que ficava sempre do meu lado é o meu marido, porque ele se preocupa comigo. (E26)

Diante esta realidade é prioritário um olhar integral e muito mais aprofundado para refletir quem é esta família que tem a obrigação de proteger e dar segurança a esta adolescente e repensar junto com a mesma qual é o tipo de família que ela gostaria construir nesta sociedade, resgatando de fato as suas principais habilidades e potencialidades.

VIII. PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS: VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL E FALTA DE CONFIANÇA NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Das adolescentes vítimas de violência, 12 relataram ter sido vítima de violência institucional por parte dos profissionais da saúde. Observa-se nos discursos das adolescentes uma falta de cuidado, de respeito dos profissionais da saúde para com suas pacientes, causando grandes impactos emocionais na vida delas, que necessitam de tratamento especial por estarem grávidas, prejudicando tanto a mãe quanto o bebê. As adolescentes relatam o quão indignadas ficaram devido a intervenção médica e da enfermagem na rede de atendimento da atenção básica, como é possível verificar nas falas a seguir:

Um médico do posto mentiu. Falou que eu ia morrer... Eu passei muito nervoso. E aí quando eu fui ver, não era isso... Quando eu fui no hospital estava normal. Aí me transferiu para outro posto. Fui fazer o pré-natal com outra obstetra. (E45)

Tem uma médica lá do posto de saúde que o atendimento dela é horrível, é o pior. Ela não conversa, não explica nada. Ela não viu o coração do bebê com esses aparelhos que vocês usam, ela me apertou tanto saí de lá com maior dor. Ela é ignorante... Ela trata os outros igual cachorro né... Tem que processar aquela mulher, ela é horrível. Eu me sinto maltratada, um atendimento péssimo. (E21)

Segundo Foucault [22], numa relação entre profissionais da saúde e usuários, este profissional tem o domínio sobre o corpo do indivíduo, pois é ele que detém o conhecimento científico para combater as doenças, elucidadas nas frases a seguir:

O médico me deu 23 gotas de Berotec, era pra fazer inalação e eu cheguei com falta de ar e ele me deu 23 gotas de Berotec só que o Berotec acelera muito o coração, então eu já tava me debatendo daí eu tirei a máscara do rosto porque era aquilo que tava me fazendo mal e eu não conseguia falar porque eu tava muito mal mesmo, aí veio a enfermeira enfiou a máscara na minha cara de novo. Aí por isso que eu não gosto de ir no médico, por causa disso. Porque eu vou no médico sempre acontece uma desgraça comigo então aí eu prefiro não ir. Eu só to indo no médico agora porque eu to grávida. Mas eu passo mal em casa se tiver que morrer eu vou morrer em casa. (E14)

Teve uma vez que não foi muito bom, não. Mas nas outras vezes foi tudo normal. Essa vez não foi boa por causa que eu fiquei internada 04 dias. Aí depois desses 04 dias mandaram eu vim tomar medicação aqui (HU) na veia. Aí eu tava tomando acho que era Buscopan e outro medicamento. Aí o Buscopan não podia ser aplicado puro, né? Só colocar na seringa e aplicar... Tinha que diluir no soro. Aí a enfermeira não quis fazer isso. Tava escrito pra não aplicar puro e ela aplicou puro, entendeu? Depois, assim que ela aplicou, começou... Me inchou aqui e ficou vermelho ao redor. Quando que eu falei “tava escrito” e mostrei pra ela o que tava escrito, mesmo assim ela falou assim “não, mas aqui é assim, que isso, aquilo outro”. Fiquei com muita raiva. (E29)

No que diz respeito aos conflitos, foi possível identificar fragmentos de fala no discurso de algumas participantes que

relacionam à falta de vínculo entre serviço de saúde-paciente. Elas disseram não comentar com os profissionais que as atendem na UBS questões mais pessoais, o que nos faz refletir sobre o predomínio do caráter biomédico durante os atendimentos, em que as questões sobre o contexto social e psicológico não costumam ser investigados e/ou a própria paciente as considera “íntima” para relatar durante as consultas.

“Eu não falo as coisas que acontecem comigo com o pessoal do posto, não. Eles nunca me perguntaram nada” (E57).

Vale ressaltar que dentre estas participantes, foram vítimas e/ou estão vulneráveis a situações de violência doméstica, tornando esta crise de confiança entre profissional-paciente ainda mais alarmante, uma vez que os profissionais de saúde têm um papel importante para a quebra do ciclo da violência, principalmente no que se refere à identificação, apoio psicossocial e encaminhamento dos casos.

Em um estudo realizado por Salcedo-Barrientos [23] evidenciou que os profissionais defendem a importância de dar atenção e ouvir o paciente, sendo esse tipo de assistência facilitadora no processo de trabalho e de compreensão das necessidades dos usuários. Os profissionais de saúde declararam não terem apoio dos outros serviços de saúde de maior complexidade, o qual possui uma grande demanda e, ao mesmo tempo, não possuem suporte (instrumentos) necessário para supri-la.

Os profissionais também declararam grande dificuldade em atender gestantes que sofrem violência e acabam deixando as mulheres desamparadas e sem solução para a situação que estão submetidas.

Dentro das dificuldades do processo de trabalho dos profissionais de saúde além da falta de suporte dos serviços, que acabam não conseguindo suprir a demanda manifestaram também a dificuldade em atender, identificar e intervir nos casos de gestantes vítimas de violência doméstica. Alguns profissionais atendem e prestam assistência por meio de métodos de trabalho que priorizam o lado biológico da doença e se isentam de identificar as necessidades de saúde.

Sendo assim, observa-se que a formação dos médicos e enfermeiros necessita de reavaliação dos conteúdos, para que os futuros profissionais possam sanar a demanda que temos atualmente no atendimento em saúde, bem como é necessário viabilizar também a qualificação dos profissionais em exercício, fortalecer a grade curricular por meio de cursos complementares; oficinas de capacitação e propor a construção de novas ferramentas para suprir estas necessidades.

IX. PROPOSTA DE JOGO

Tendo por base a captação da realidade, etapa inicial desta pesquisa torna-se essencial munir a equipe, que trabalha junto a esta população alvo, de recursos pedagógicos que permitam além de levantar e diagnosticar as percepções iniciais das jovens grávidas, atuar através de atividades que permitam refletir e debater sobre a percepção das gestantes diante das suas famílias, bem como das famílias que gostariam de construir.

Contudo, convém realçar que são os métodos utilizados que permitem que se atinja o objetivo da “instrução” desejada e não os meios que se utilizam, os quais não fazem mais do que implementar as metodologias utilizadas. A organização deste

recurso, irá considerar os aspectos de natureza subjetiva do público-alvo a que se destina, configurando as iniciativas de natureza pedagógica de acordo com o tipo de aprendizagem que se pretende, mas também, irá seguir regras básicas de design multimídia tendo por base a perspectiva do utilizador [24][25].

O recurso seguirá como teoria de aprendizagem o interacionismo, sendo um exemplo desta teoria fundamentada por Vygotsky, os jogos RPG¹. Neste tipo de recursos exige-se cumprimento de regras estabelecidas por todos os participantes. Permite também, a interação de jogadores mais experientes com os iniciantes, o que contribui para a reafirmação dos saberes pelos primeiros e a aquisição de novos conhecimentos pelos últimos [26]. Assim este tipo de recurso seguirá um misto de duas arquiteturas cognitivas preconizadas por Clark [27]:

- **Descoberta Guiada (*Guided Discovery*):** o objetivo é a construção de conhecimento através de fontes e experiências proporcionadas, existindo *feedback* através de várias fontes. A aprendizagem é proporcionada por meio de situações/problemas reais e permite o controle do utilizador sobre a aprendizagem e a sua participação no acesso à informação. São exemplos de atividades, as palavras cruzadas, as sopas de letras, os criptogramas ou a construção de puzzles, que podem levar o aluno a desenvolver pesquisas para conseguir responder corretamente.
- **Exploração (*Exploratory*):** o utilizador tem um elevado controle sobre a sua aprendizagem, sendo esta construída através da pesquisa na Internet. Permite aos aprendizes menos experientes aceder a uma sequência estruturada e aos mais experientes maior flexibilidade para selecionar a sua própria sequência.

Todo este processo leva a que no decorrer dos encontros ou sessões de formação dos profissionais e/ou estudantes da área da saúde os dinamizadores assumam um papel de mediação, evitando ao máximo a transmissão.

Neste âmbito, o recurso deve integrar várias tipologias de *software* (simulações, inquérito, pesquisa) com atividades especificadas em manuais, tanto para os profissionais da saúde e áreas afins que atuam na prática como também para os discentes em formação profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apontou para a complexa e profunda situação de vulnerabilidade em que as adolescentes grávidas vítimas de violência se encontram. Elas relataram ser vítimas de violência doméstica, em um período que requer mais atenção, cuidado e acolhimento, pois estão mais sensíveis e mais vulneráveis. Além da violência entre os familiares, as adolescentes deflagaram a alta incidência de violência institucional, aumentando ainda mais vulnerabilidade destas adolescentes e a desconfiança na relação com os profissionais de saúde, os quais deveriam proporcionar um ambiente seguro e confortável de atendimento, ao contrário, abusam de seu poder e agridem os usuários. Essas experiências de violência tanto doméstica quanto institucional marcam profundamente as pessoas, sendo

¹ *Role Playing Game*, jogo de interpretação de papéis.

necessário repensar a práxis do modelo assistencial e dos modelos de atenção com intuito de oferecer novos caminhos de ação.

Desta forma, pretende-se construir e sistematizar novas metodologias pedagógicas e instrumentos inovadores para fortalecer a formação dos profissionais da saúde, principalmente a formação dos discentes do curso de Obstetrícia e áreas afins. Levando em consideração as deficiências na formação destes profissionais e dos alunos no atendimento em saúde frente a esta população específica, adolescentes grávidas vítimas de violência doméstica; essa nova metodologia deverá focar a temática da violência doméstica de maneira a engendrar reflexões no nível da complexidade que o tema requer, bem como deverá abordar a gravidez na adolescência de forma que os profissionais da saúde possam proporcionar um atendimento em saúde integral, ético e acolhedor.

AGRADECIMENTOS

Agradecimento ao CNPq pelo financiamento desta pesquisa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Ximenes Neto FRG, Dias MSA, Rocha J, Cunha ICKO. Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2007 [acesso 10 Dez 2011]; 60(3): 279-285. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n3/a06.pdf>
- [2] Carvalho-Barreto A, Bucher-Maluschke JSNF, Almeida PC et al. Desenvolvimento humano e violência de gênero: uma integração bioecológica. Psicol reflex crit [Internet]. 2009 [acesso em 19 Set 2011]; 22(1):86-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v22n1/12.pdf>
- [3] Clark, R. C. Four Architectures of Instruction. 2003. [Online]. Available: <http://apan.net/meetings/busan03/materials/ws/education/articles/4architectures.pdf>.
- [4] Tardivo, LSLPC; Pinto Junior, AA. (2010). Inventário de frases no diagnóstico de violência doméstica contra crianças e adolescentes. 1ª ed. São Paulo: Vetor (Coleção).
- [5] Salcedo-Barrientos, DM. (2013). Estudo de Violência Doméstica contra Adolescentes Grávidas atendidas no Hospital Universitário de São Paulo: Bases para Intervenção. Relatório Final de Pesquisa. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil.
- [6] Novellino MSF. Um estudo sobre as mães adolescentes brasileiras. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 21 [1]. 2011. P. 299-318
- [7] Brasil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha. [acesso em 10 Dez 2011]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm
- [8] Organização Mundial da Saúde [homepage] (2005). Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer : primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia : resumen del informe. [acesso em 10 Dez 2011]. Disponível em: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summaryreportSpanishlow.pdf
- [9] Barbón Pérez, O.G. Algunas consideraciones sobre comunicación, género y prevención del embarazo adolescente. Cienc. enferm. [Internet]. 2011 [acesso em 14 Dez 2011]; 17(1): 19-25. Disponível em: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n1/art_03.pdf Brasil. Ministério da Saúde. Brasil acelera a redução de gravidez na adolescência, 2010. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=ds_pDetalleNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11137> Acesso em 01/06/2012
- [10] Finkelhor, D.; Ormrod, R.; Turner, H.; Hamby, S. L. The Victimization of Children and Youth: A comprehensive National Survey. Child Maltreatment. 10(1): 5-25, 2005.
- [11] Turner, H.A.; Finkelhor, D. Ormrod, R. Hamby, S.; Leeb, R.T.; Mercy, J.A.; Holt, M. Family context, victimization and Child Trauma symptoms: Variations in safe, stable and nurturing relationships during early and middle childhood. American Journal of Orthopsychiatry. 82(2): 209-219, 2012.
- [12] FONTAINE, D. & NOLIN, P. Personality Disorders in a sample of parents accused of Physical Abuse or Neglect. J. Fam. Viol. 27. p. 23-31. 2012.
- [13] Monteiro CFS, Costa NSS, Nascimento PSV, Aguiar YA. A violência intra-familiar contra adolescentes grávidas. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2007 [acesso em 11 Dez 2011]; 60(4): 373-376. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n4/a02.pdf>
- [14] Tardivo, LSLPC; Pinto Junior, AA. (2010). Inventário de frases no diagnóstico de violência doméstica contra crianças e adolescentes. 1ª ed. São Paulo: Vetor (Coleção).
- [15] Egry E Y. *Saúde coletiva*: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone, 1996.
- [16] Souza FN, Costa AP & Moreira, A (2011) Questionamento no processo de dados qualitativos com apoio do software WEBDQA. Eduser: Revista de Educação, Inovação em educação com TIC, vol 3 (1).
- [17] Lomonaco, BP, et al. Mundo Jovem: desafios e possibilidades de trabalho com adolescentes. São Paulo: Fundação Tide Setubal, 2008. 148p.
- [18] Moreira TMM, Viana DS, Queiroz MVO, Jorge MSB. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, v. 42, n. 2, pp. 312-320, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reecusp/v42n2/a14.pdf>. Acesso em 10 de dezembro de 2011.
- [19] Doubova SV, Pámanes-González V, Billings DL, Torres-Arreola LP. Violencia de pareja en mujeres embarazadas en la Ciudad de México. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(4):582-90.
- [20] Volic C, Baptista MV. Aproximações ao conceito de negligência. *Serviço Social & Sociedade*, n. 83, 2005.
- [21] Lacroix JL. L'individu, sa famille et son réseau: les thérapies familiales systémiques. Paris: ESF, 1990.
- [22] Foucault M. O nascimento do hospital. In: *Microfísica do poder*. 16ª ed, Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- [23] Salcedo-Barrientos, DM (2012) Reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde das mulheres grávidas vítimas de violência doméstica na zona leste de São Paulo. Relatório Final de Pesquisa. Comissão Especial de Regimes de Trabalho (CERT). Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo. CERT. Brasil.
- [24] Clark, R. C. Applying Cognitive Strategies to Instructional Design. 2002. [Online]. Available: <http://www.clarktraining.com/CogStrat.pdf>.
- [25] Costa, A. P. Metodologia Híbrida de Desenvolvimento Centrado no Utilizador. Universidade de Aveiro, 2012.
- [26] Alvarez, A. M. T. Taxonomia dos jogos educativos computadorizados. In: *As Tecnologias de Informação e Comunicação na Escola*, vol. 01. A. J. Osório and M. dels P. V. Puga, Eds. Braga: Universidade do Minho, 2007, pp. 33-49,49-61.
- [27] Clark, R. C. "Four Architectures of Instruction," 2003. [Online]. Available:<http://apan.net/meetings/busan03/materials/ws/education/articles/4architectures.pdf>.