

DESENVOLVIMENTO DE UM JOGO TERAPÊUTICO PARA PSICOEDUCAÇÃO NA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

DEVELOPMENT OF A THERAPEUTIC GAME FOR PSYCHOEDUCATION IN SUBSTANCE ADDICTION

Viviane Peçaibes¹

Leandro Miletto Tonetto²

Henrique Macedo Luzzardi³

Resumo

O design pode ser entendido como uma área que possibilita tangibilizar o imaterial. Um contexto no qual essa característica fica evidente é a tangibilização da informação sobre dependência química (imaterial) em um jogo terapêutico (tangível) que auxilie pacientes e familiares a compreenderem a doença e o tratamento. Nessa direção, o objetivo geral da pesquisa foi compreender as possibilidades de projeção de um produto a ser utilizado como recurso terapêutico para facilitar a comunicação entre terapeutas, pacientes e seus familiares. Utilizou-se, para seu desenvolvimento, a pesquisa-ação e a abordagem do Design Estratégico, o que possibilitou entender o problema, enquanto se agia sobre ele, gerando um artefato que se mostrou um agente educativo relevante para o tratamento da dependência química: um jogo terapêutico denominado "Passo a Passo". Ele encontra-se em implantação no Sistema de Saúde Mãe de Deus, em conjunto com o Sistema Único de Saúde na Cidade de Porto Alegre. Seu desenvolvimento e os resultados de pesquisa gerados a partir dele podem fomentar futuros projetos na área de educação gráfica, evidenciando o valor da metodologia utilizada.

Palavras-chave: experiência do usuário; design estratégico; jogo terapêutico; dependência química; psicoeducação.

Abstract

Design can be understood as a field that allows making tangible what is immaterial. A context in which this characteristic is evident is the tangibilization of the information about substance addiction (immaterial) in a therapeutic game (tangible) to assist patients and their families in understanding the disease and its treatment. In this sense, this research is aimed at understanding the possibilities of designing a product to be used as a therapeutic resource to facilitate the communication between therapist, patients and their families. Action research and the Strategic Design approach were used for its development, which allowed the understanding of the problem, while acting on it, creating an artifact that has proved to be an important educational agent for the treatment of addictions: a therapeutic game called "Step by step". It is being implemented in the *Mãe de Deus* health system, together with the *Sistema Único de Saúde* in the city of *Porto Alegre*. Its development and the research results generated from it can foster future projects in the area of graphic education, showing the value of the methodology employed.

Keywords: user experience; strategic design; therapeutic game; substance addiction; psychoeducation.

¹ Mestre em Design, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, vivianepcaibes@gmail.com

² Doutor em Psicologia, Professor Pesquisador do Programa de Pós-graduação em Design da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, ltonetto@gmail.com

³ Mestre em Planejamento Urbano e Regional, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, henriqueml@unisinos.br

1. Introdução

Os problemas do uso de drogas têm um lugar de destaque na sociedade atual. Os prejuízos causados por essa “epidemia” atingem todas as camadas sociais, trazendo violência, insegurança e sofrimento, principalmente para os usuários de drogas e seus familiares. Esse problema de saúde pública é uma doença que precisa ser tratada.

Freud, desde a década de 30, já chamava a atenção para um fenômeno que denominou mal-estar na civilização, marcado fortemente por uma necessidade de as pessoas buscarem evitar desprazeres (FREUD, 1996, originalmente publicado em 1930). Nessa direção, as drogas podem ser entendidas como mecanismos de rompimento com a realidade e, portanto, afastamento da consciência das dores do cotidiano (MENDONZA, 2011).

A partir do século XIX, a medicina gerou e normatizou discursos emergentes sobre o uso de drogas. Muitas pessoas passaram a ter drogas (medicinais) prescritas, e o foco passa a ser a toxicomania dos subversivos e “doentes”. Seres segregados passam ser vistos como delinquentes e, até mesmo, encarcerados em prisões e hospitais (FOUCAULT, 1988).

No contexto atual, a dependência química trata-se de uma doença que remete a um padrão mal adaptativo de uso de substâncias psicoativas⁴, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativos, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2004). Em outras palavras, constitui-se de um conjunto de sinais e sintomas que se repetem com certa frequência em alguns usuários de drogas. Essas substâncias acionam o “sistema de recompensa” do cérebro, uma área encarregada de receber estímulos de prazer e transmitir essa sensação para o corpo todo (UNIFESP, 2012). Como foi possível perceber a partir das leituras de Freud (2011) e Foucault (1998), a dependência pode ser vista como um produto do contexto. Mais que isso, o “cérebro dependente” deve ser entendido em uma perspectiva sócio-histórico-cultural (LURIA, 1976).

Em 2013, a Organização das Nações Unidas (ONU), através do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), lançou um estudo sobre drogas, o World Drug Report. Esse relatório revelou que o Brasil possui o maior número de usuários de cocaína da América do Sul, evidenciando o papel do tráfico de drogas e a degradação da saúde da população. Em outra pesquisa, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), revelou-se que cerca de 370 mil brasileiros de todas as idades usaram regularmente drogas ao longo de pelo menos seis meses em 2012 (FIOCRUZ, 2013).

Para reverter esse quadro, os pesquisadores têm concentrado esforços, a fim de desenvolver metodologias de intervenções que possam eliminar ou minimizar o sofrimento das pessoas, famílias e comunidades atingidas pelo problema das drogas. Tem-se percebido que a presença da família no tratamento é muito relevante para que se consigam resultados satisfatórios. A Terapia de Grupo Multifamiliar é o tratamento que mais ganha espaço nos núcleos de atendimento a dependentes, já que a mudança

⁴ Substâncias Psicoativas: De acordo com o Ministério da Saúde, são quaisquer substâncias não produzidas pelo organismo que têm a propriedade de atuar sobre um ou mais sistemas, produzindo alterações no funcionamento cerebral, causando modificações no estado mental. Elas atuam sobre o cérebro, alterando de alguma forma o psiquismo (OBID, 2007).

de padrões familiares e a possibilidade da família se sentir cuidada e trabalhar em conjunto de forma construtiva, tem revelado resultados bastante efetivos no combate à recaída ou reuso de drogas (ALENCASTRO, 2011).

A Psicoeducação é um dos tipos de intervenção aplicados nesses grupos, em que são explicadas ao usuário de drogas e a seus familiares, características sobre o funcionamento da dependência química em seus diferentes aspectos. Nesse tipo de tratamento é muito importante que a família mude a visão que tem de si mesma, para ajudar efetivamente na recuperação do dependente.

Neste ponto, o caráter interdisciplinar do Design pode auxiliar, pois a área trabalha com a tangibilização do imaterial (BERTOLA, 2004). No tratamento da dependência química, a imaterialidade da informação trabalhada nos grupos multifamiliares pode, portanto, tornar-se mais tangível, deixando o universo das explicações abstratas para habitar o mundo dos artefatos. Nessa direção, como objetivo de pesquisa, buscou-se compreender as possibilidades de projeção de um produto a ser utilizado como recurso terapêutico para facilitar a comunicação entre terapeuta, dependente químico e seus familiares. Esse estudo, relatado no presente artigo, resultou em um jogo terapêutico, denominado Passo a Passo.

Os jogos com funções terapêuticas vêm sendo explorados na área da educação gráfica. Neste periódico, por exemplo, estudos como “A contribuição do Design no desenvolvimento de jogos paradidáticos: Projeto Rota-Ação” (MARCATO & FIGUEIREDO, 2007) e “O Design e o Produto: parâmetros projetuais para o planejamento de jogos geométricos pré-escolares” (MARCATO & NASCIMENTO, 2010) demonstram a relevância do tema para a área do design gráfico.

Mais que simplesmente buscar desempenhar uma função terapêutica, o design tem buscado trabalhar com métodos que possam examinar e delinear que mundo deseja oferecer às pessoas no futuro (Hekkert & VAN DIJK, 2011). Trabalhar com pesquisa em design para gerar artefatos, nessa direção, é uma forma de trazer as pessoas às quais os designers servem para o processo de design, a fim de assegurar que será possível atender suas necessidades no futuro (SANDERS & STAPPERS, 2013).

Para dar conta de projetar um jogo no cenário da dependência química, o design teve que se relacionar com outras disciplinas, como a psicologia e a psiquiatria, para promover a união de diferentes elementos, buscando harmonia e equilíbrio entre eles (MORAES, 2008). Na busca de um foco metodológico, privilegiou-se uma abordagem que envolvesse um processo coletivo e interativo para modificar a realidade, bem como um olhar sistêmico e estratégico sobre o problema: o Design Estratégico (ZURLO, 2010). Além da característica estratégica dessa abordagem, mais longamente descrita na seção seguinte, a interdisciplinaridade, outra marca do método, possibilitou levar em consideração as diversas competências técnicas envolvidas no tratamento da dependência química e o universo de necessidades do contexto no qual o projeto foi inserido (FONTOURA, 2011). Em termos operacionais, o estudo desenvolveu-se como uma pesquisa-ação (THIOLLENT, 2005), de modo que etapas conectadas de pesquisa com usuários e ação projetual foram desenvolvidas para que o objetivo do estudo fosse alcançado.

Atualmente, o jogo encontra-se em implantação no Sistema de Saúde Mãe de Deus, em conjunto com o Sistema Único de Saúde na Cidade de Porto Alegre. Além disso, rendeu à primeira autora os prêmios Top Cidadania 2013 (Categoria Estudante) e Top Ser Humano 2014 (Categoria Gestão de Pessoas - Acadêmico) da Associação

Brasileira de Recursos Humanos, Prêmio Bornancini 2014 (Categoria Design Universal) e destaque entre os 100 melhores projetos do principal prêmio de Design mundial - IF Student Award 2015.

A fim de descrever as etapas de pesquisa e projeto envolvidas no desenvolvimento do jogo terapêutico em foco, o presente artigo está estruturado em duas seções, além da introdução. A seção seguinte refere-se ao desenvolvimento projetual e de pesquisa, e a terceira às considerações finais do Estudo.

2. Desenvolvimento Projetual e de Pesquisa

O Design Estratégico é uma abordagem do Design que propõe maneiras criativas de pensar e criar soluções para os problemas das pessoas e das organizações. É uma atividade de projeto associada à formulação e ao desenvolvimento das estratégias de uma organização, em que o objetivo é criar um conjunto orgânico e coerente dos vários meios (produto, serviço, comunicação) com os quais a organização constrói a própria identidade, posiciona-se no mercado e define o sentido de sua missão na sociedade (ZURLO, 2004). A abordagem do Design Estratégico opera em âmbitos coletivos, suporta a ação estratégica graças às próprias capacidades e finaliza a sua operacionalidade na geração de um efeito de sentido, que é a dimensão de valor para alguém. Concretiza, assim, este resultado em sistemas de oferta, mais do que em soluções pontuais. (ZURLO, 2010).

Dessa forma, o designer pode solucionar problemas das organizações e da sociedade, e governar situações complexas através da associação da sua criatividade e do seu jeito design de raciocinar (CROSS, 2011), auxiliado pela abordagem do Design Estratégico. (ZURLO, 2004). Esta abordagem possui o caráter interdisciplinar requerido para lidar com a referida complexidade do cenário contemporâneo, já que consegue penetrar em áreas mais abrangentes, como a saúde, área em foco neste artigo, criando respostas criativas para solucionar problemas complexos entregando à sociedade não apenas mais um produto de uso, mas sim uma *mercadoria contemporânea*.

Esta mercadoria contemporânea consiste em bens que estão no mercado e são escolhidos pelos consumidores em uma situação de forte concorrência, pois esses bens não possuem apenas o seu valor de troca (viabilidade técnica e vantagens econômicas), mas sim, possuem valor de uso (usabilidade e sustentabilidade) e valor de relação (o significado). Esses bens ou mercadorias são usualmente concebidos através de uma atenta avaliação, idealização, programação, projeção, realização, comunicação e distribuição. As mercadorias contemporâneas possuem normalmente uma forma não-acidental, porque a obtenção da forma adequada é fruto de um complexo processo coletivo e articulado de ações em um entrelaçamento de competências a fim de atender sua forma multifacetada. (CELASCHI, 2007).

Assim, para dar conta de projetar de forma adequada ao contexto estudado, utilizou-se a metodologia projetual da abordagem do Design Estratégico, que compreende, nesse estudo, as seguintes etapas: Pesquisa de Imersão no Contexto Pesquisado (Pesquisa Contextual), *Brainstorming*, Nuvens Semânticas, Pesquisa *Bluesky* (Pesquisa Não-Contextual), Mapa de Polaridades, Cenários Projetuais e *Concept/Protótipo*. Cada etapa encontra-se descrita nas subseções a seguir.

2.1. Pesquisa de Imersão no Contexto Pesquisado

O projeto teve início com uma etapa de pesquisa, na qual a pesquisadora deveria inserir-se na realidade a ser estudada. O espaço escolhido para esse estudo foi o CAPS AD⁵ Vila Nova, que, juntamente com o CAPS AD IAPI e outras nove unidades espalhadas pelo Estado do Rio Grande do Sul, faz parte do núcleo de tratamento de saúde mental do Sistema Único de Saúde (SUS), conveniado com o Hospital Mãe de Deus. Hoje, essa unidade conta com 11 profissionais das áreas de enfermagem, serviço social, psicologia, psiquiatria e terapia ocupacional. Prestam cerca de 6.000 atendimentos por ano e, para cada caso, é indicado um plano terapêutico específico. Esse plano consiste em prescrição de medicação, atendimento individual com psicólogo e psiquiatra, além da participação de pacientes e familiares nos grupos terapêuticos oferecidos dentro da unidade.

Segundo dados obtidos oralmente junto aos profissionais do CAPS AD Vila Nova, o público que chega até a unidade para tratamento, em sua maior parte, é do sexo masculino, adulto, com idade entre 18 a 40 anos. Possuem o ensino fundamental incompleto e são portadores de sofrimento psíquico, usuários de álcool e outras drogas associadas. Já o perfil das famílias que fazem parte dos grupos multifamiliares, pertence à classe C e D, a maioria são mulheres (algumas são mães de dependentes ou companheiras/esposas), possuem o ensino fundamental incompleto e com idade entre 30 e 60 anos.

Essa etapa contou com a observação não participante de encontros do grupo multifamiliar e também em todas as outras modalidades de tratamento. As observações foram realizadas semanalmente durante os meses de abril e maio de 2012. No grupo multifamiliar, foi possível perceber que há bastante procura por esse tipo de apoio. Segundo a assistente social responsável pelo grupo, é o maior grupo da unidade e o que tem maior adesão, porque ele é um grupo “aberto”, no qual participam pacientes prescritos para esse atendimento e também pessoas que não fazem tratamento no CAPS AD. A dinâmica é simples; todos são direcionados para a sala de reuniões, sentam-se, e a assistente social dá alguns avisos gerais. Em seguida, ela pergunta aos participantes qual assunto eles gostariam de conversar.

Os tópicos mais comuns abordados durante as observações dos grupos e entrevistas informais realizadas durante a imersão da pesquisadora no CAPS AD Vila Nova foram “Comunicação” e “Controle”. Diversos familiares pediram orientações sobre como se comunicar com o dependente químico enquanto ele está sob o efeito da droga e, também, quando o efeito está mais controlado. Todos concordaram que a melhor comunicação é aquela “sem pressão”, porque, se o usuário de drogas se sentir pressionado, isso pode levá-lo ao consumo mais acentuado.

Após a visitação, as entrevistas e a observação, o principal resultado da pesquisa de imersão foi a constatação de que a comunicação é um problema relevante, delicado e tenso na relação entre familiar e paciente. Percebeu-se, assim, a necessidade de utilizar uma ferramenta terapêutica dinâmica, envolvente e lúdica para a psicoeducação, de forma a tornar o processo mais leve que o atualmente observado.

5 CAPS AD (Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas) são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia e oferecer-lhes atendimento médico e psicológico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

inteiro, beijando, respirando, olhando ou somente pensando (Figura 2 – esquerda superior).

A segunda busca foi determinada pela pergunta “Quais são as maneiras de jogar?” e pelas palavras brincar, chamativo, impactante e envolvente – também levantadas no Brainstorming. Com isso, a busca foi sobre os tipos de dispositivos de jogos: computador, videogame, tablet, celular, tabuleiro, peças diversas, brinquedos e tapetes (Figura 2 – direita superior).

A terceira busca foi feita a partir das palavras escolha, espontaneidade, educação, sensação e liberdade, no intuito encontrar os diferentes tipos de jogos. Existem os jogos sem regras (brincadeiras), os esportes, jogos de raciocínio e estratégia, jogos adultos e também os de memorização e treinamento motor, entre outros (Figura 3 – inferior).

Figura 2: Pesquisas Bluesky Sobre Como Jogar (Esquerda – Superior), as Maneiras de Jogar (Direita – Superior) e Diferentes Tipos de Jogos (Inferior)



Fonte: Elaborado pelos Autores

Interpretando as pesquisas Bluesky e de imersão feitas até esse ponto e levando-as para o ambiente do CAPS AD, foi possível perceber que, quanto mais simples o tipo de interação proposta no jogo, maior seria seu potencial inclusivo. O fato de os pacientes estarem em condições debilitadas e por não terem muito contato com as novas tecnologias, em função de baixo poder aquisitivo, dificulta a incorporação de uma interação tecnológica. A partir dessa perspectiva, partiu-se então para uma nova Pesquisa Bluesky sobre jogos de tabuleiro.

Desenvolvimento de um Jogo Terapêutico para Psicoeducação na Dependência Química

A nova busca focou-se no design de tabuleiros, por meio das palavras recompensa, personagem, subjetivo, cor e comunicável. Encontrou-se jogos de tabuleiro feitos à mão, de massa de modelar, entre outros. Eles podem ter uma trajetória definida, ou ser montados durante a partida. Eles podem ter muitas peças, podem ser brindes na compra de algo ou, ainda, transcender seu formato “de mesa” tradicional e adotar uma orientação verticalizada ou mesmo possibilitar que o jogador se “enrole” nele (Figura 3 – esquerda).

Por último, a pesquisa foi sobre o design de cartas e peças que compõem jogos. Ela foi focada nas palavras desconstruir, interpretável, sensação, leveza e conjunto. Percebeu-se que, na questão dos “peões”, eles podem ser personificados, podem ser de madeira pintada com cores primárias remetendo aos jogos antigos, ou, ainda, podem ter um formato mais leve e indefinido. As cartas podem variar de formato, material, e, principalmente, de linguagem, podendo ser artísticas, pop ou colecionáveis (Figura 3 – direita).

Figura 3: Pesquisas Bluesky sobre Design de Tabuleiros (Esquerda) e Design de Cartas e Peças de Jogos (Direita)



Fonte: Elaborado pelos Autores

Com as pesquisas levantadas, e tendo um maior conhecimento sobre o tema, foi possível passar para a fase seguinte: a construção de um Mapa de Polaridades e a definição de cenários projetuais.

2.4. Mapa de Polaridades e Cenários Projetuais

O mapa de polaridades auxilia na identificação de conceitos de tensionamento opostos, organizando e possibilitando a visualização de possíveis cenários (WELP, 2008). A leitura sobre as tecnologias disponíveis em jogos e os tipos de atividades neles propostas, em conjunto com a observação do contexto do CAPS AD Vila Nova, possibilitaram a observação de algumas tensões - “real x virtual” e “aprendizado passivo x aprendizado ativo”, o que possibilitou a formação de um diagrama de polaridades nesta pesquisa.

Achou-se necessária a utilização das polaridades “aprendizado passivo x aprendizado ativo”, tendo em vista que, nos grupos multifamiliares, o foco é aprender. Aqueles que procuram essa atividade usualmente buscam entender como controlar o vício (no caso dos dependentes) ou compreender como lidar com o usuário (no caso dos familiares). Apesar de ser um encontro para troca de experiências, o grupo possui um

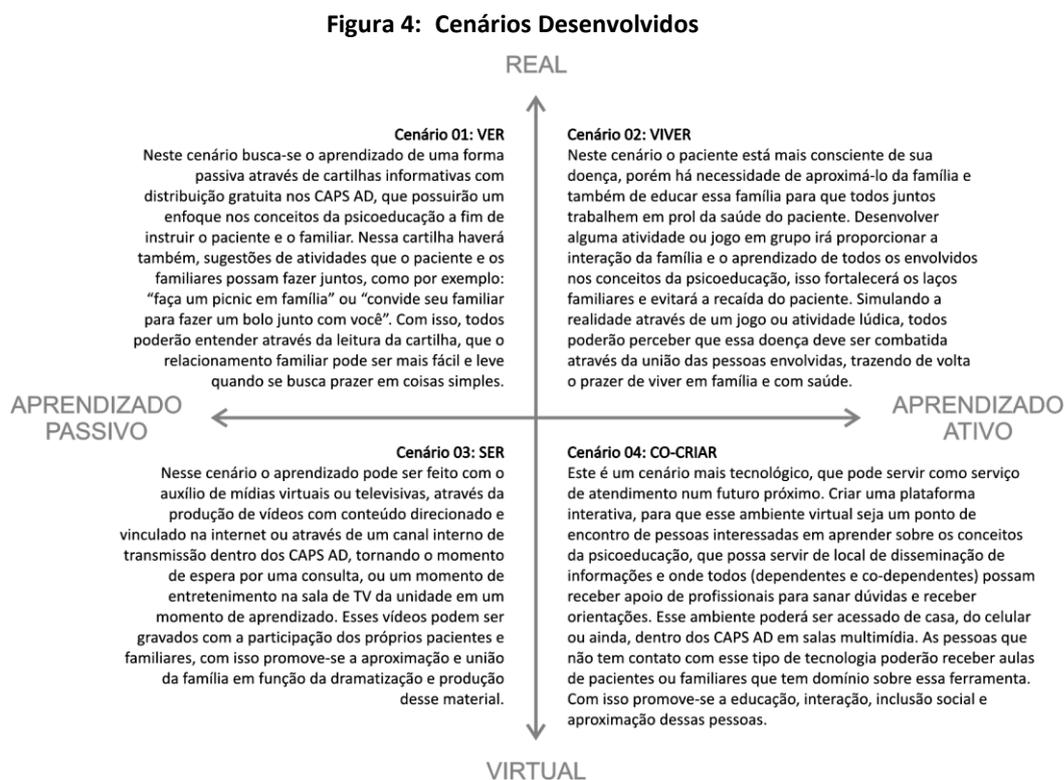
Desenvolvimento de um Jogo Terapêutico para Psicoeducação na Dependência Química

caráter “sala de aula”, no qual há pouca interação e movimentação das pessoas.

Já as polaridades “real x virtual”, foram escolhidas porque o “real” remete às atividades de interação física com algum objeto para auxiliar o aprendizado do paciente e do familiar. Já o “virtual”, além de educar e entreter o paciente e o familiar em uma perspectiva diferente da interação física, possui uma função inclusiva, porque aquele que possui mais intimidade com o mundo virtual auxiliaria o outro, ajudando a fortalecer os laços familiares.

Cada quadrante do mapa de polaridades é determinado pelo cruzamento dos eixos, de forma que cada um deles, pode se tornar um cenário diferente de possibilidades de criação. Os cenários resultantes do cruzamento de eixos opostos permitem ao projetista lidar com incertezas críticas, modificando os modelos mentais estabelecidos. Os cenários possibilitam que o designer consiga perceber um leque maior de possibilidades de projeto além dos modelos de negócios tradicionais (HEIJDEN, 2004).

Os cenários desenvolvidos a partir do mapa de polaridades foram denominados como *Ver* (Cenário 01), *Viver* (Cenário 02), *Ser* (Cenário 03) e *Co-criar* (Cenário 04). A Figura 4 apresenta os cenários, incluindo suas descrições.



Fonte: Elaborado pelos Autores

Avaliou-se que o cenário projetual mais adequado para o contexto estudado seria o Cenário 02 – Viver. De acordo com a pesquisa realizada, o conhecimento, o espírito de equipe e a automotivação da família teriam um excelente potencial a eficácia na recuperação do dependente químico, o que fica mais adequadamente caracterizado no cenário indicado. Sendo assim, finalizou-se a etapa de pesquisa e partiu-se para o

encaminhando para um lugar que promova a saúde. Utilizou-se um padrão cromático escuro e fechado no começo do percurso para transmitir a mensagem de um lugar triste, de dor e sofrimento, que é o reflexo do quadro que o usuário se encontra quando é internado. Quando o jogador começa a avançar em direção à saúde, o padrão cromático muda para tons mais alegres e vivos, a fim de passar a sensação de que ele está tomando atitudes corretas e incentivando-o a continuar em direção à abstinência.

O mínimo de jogadores é quatro pessoas (sendo dois dependentes e dois co-dependentes) e o máximo é dez pessoas (sendo cinco dependentes e cinco co-dependentes). O número máximo foi estipulado em função de que, com muitos jogadores, a partida poderia ultrapassar o tempo estipulado para o encontro multifamiliar.

Todos os jogadores (dependentes ou co-dependentes) recebem um peão para jogar para que participem individualmente do jogo. Assim, cada um pode vivenciar o problema do outro e aprender com o processo.

As ações do jogo são promovidas por três tipos de cartas impressas. A carta “SITUAÇÃO” apresenta uma situação de risco do dia a dia de uma pessoa em tratamento. A carta “O QUE É PRA VOCÊ...” contém os conceitos da psicoeducação e, por fim, o obstáculo “ERA UMA VEZ...” consiste na apresentação de um tema que deve ser dramatizado pelo paciente e pelo familiar. Essas cartas ficam com o profissional de saúde, que deve ser o mediador do jogo. Vale ressaltar que o jogo é indicado para aplicação em unidades de tratamento de saúde e mediado por um agente de saúde.

2.6. Primeira Testagem

Para a primeira testagem, foram convidados um psicólogo, que auxiliou na construção do projeto, e mais uma pessoa de fora da área da saúde. O objetivo foi que o psicólogo pudesse avaliar a adequação do tema da dependência química ao jogo e para que a convidada externa pudesse observar a jogabilidade do protótipo.

Inicialmente, foi explicado o funcionamento do jogo ao grupo. O psicólogo atuou como o mediador, a primeira autora assumiu o papel de dependente e a convidada externa de familiar. O objetivo foi perceber pontos nos quais o jogo poderia apresentar falhas. Foram feitas anotações durante cada jogada para que nada passasse despercebido e que ficassem registradas todas as impressões de todos os participantes.

As principais falhas detectadas foram (a) Tamanho do tabuleiro, (b) Padrão cromático do tabuleiro, (c) Percurso do Tabuleiro, (d) Simulação de Recaída, (e) Revisão das frases de incentivo, (f) Redesenho e diferenciação das cartas de ação, (g) Manuseio das cartas e (h) Revisão do Peão. Elas serão mais bem descritas juntamente com as adaptações realizadas na seção seguinte, que trata da elaboração do segundo *Concept*.

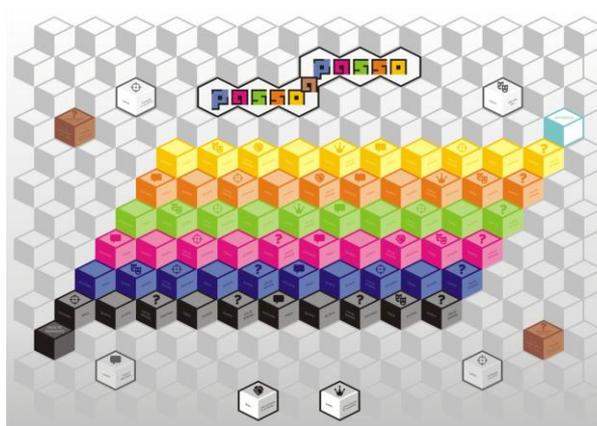
2.7. Segundo Concept / Protótipo

Foi definido, no desenvolvimento do segundo concept, o nome do jogo: Passo a Passo. Esse nome foi escolhido por referir-se à caminhada que o paciente e seus familiares percorrem durante o tratamento. Nas cartas de ação, foi incorporado o termo “passo” para informar o deslocamento do jogador, por exemplo, “Avance um passo” ou “Volte um passo”, para tornar mais marcante e simbólico o nome do jogo.

O segundo protótipo englobou as alterações apontadas na primeira testagem. A primeira delas foi que, em função do número de jogadores (dez jogadores e um mediador), o tamanho do tabuleiro passou a A0 (84,1 x 118,9 cm), já que o formato A3 dificultou a jogabilidade (falha “a” detectada no primeiro teste).

As cores, que no primeiro protótipo estavam no fundo do tabuleiro, foram incorporadas ao percurso do jogo. O padrão cromático utilizado visou a simbolizar o caminho que o jogador faz da doença para a saúde, saindo do preto e cinza (início do tratamento) até o branco e azul turquesa (abstinência), já que não foi avaliado como adequado anteriormente (falha “b” detectada no primeiro teste). Foram distribuídos, nos quatro cantos do tabuleiro, locais para a colocação das cartas, a fim de que todos pudessem ter acesso a elas com facilidade, conforme se pode perceber na Figura 6.

Figura 6: Segundo Concept - Tabuleiro



Fonte: Elaborado pelos Autores

Nesta versão, o percurso do jogo foi caracterizado por linhas, nas quais estão inseridos os dias da semana (segunda a quinta) e o final de semana (sexta, sábado e domingo). Cada dia foi representado por um espaço delimitado em forma de um cubo. A inserção dos dias da semana foi realizada, considerando que o final de semana é sempre uma situação de risco, momento no qual pode haver a recaída. Cada linha compreende um mês de tratamento (quatro semanas). No CAPS AD, a média de tempo de tratamento é de seis meses, motivo pelo qual o percurso do tabuleiro, do início do tratamento até a abstinência, possui seis linhas de cubos. Com isso, os jogadores podem perceber que, agindo de forma correta, poderão alcançar a abstinência, o que não pareceu claro na primeira versão do jogo (falha “c” detectada no primeiro teste).

Também foi criada a casa “Recaída”, simbolizada pelo ícone “?” (Figura 7). O participante que cair nessa casa de ação joga os dados novamente e, se tirar os números 2, 4 ou 6, desloca o seu peão para o local designado como “Recaída”, que está localizado fora do percurso do jogo e perde uma rodada. Se ele tirar os números 1, 3 ou 5, ele “Está limpo” e permanece no jogo. Também foi criado um local diferente para o co-dependente, pois ele também pode recair no seu comportamento e sofrerá a mesma penalidade. Assim, a simulação de recaída, que não tinha um papel claro na primeira versão, foi contemplada (falha “d” detectada no primeiro teste).

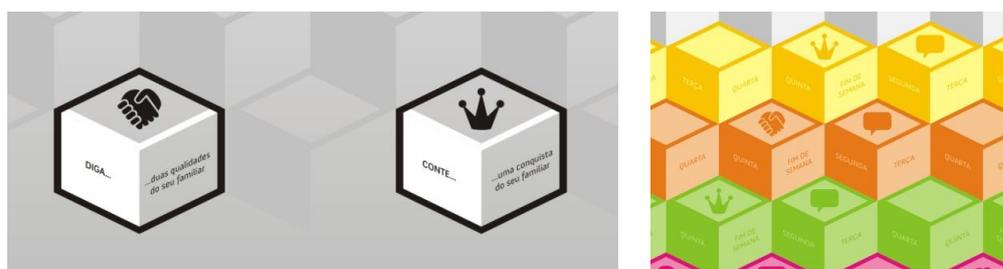
Figura 7: Detalhe Casas Recaída



Fonte: Elaborado pelos Autores

Foram criadas as casas de ação “Conte” e “Diga”, simbolizadas pelos ícones “coroa” e “coração de mãos dadas” (Figura 8). Essas casas foram criadas para substituir as frases de incentivo do tabuleiro que não funcionaram bem na primeira testagem (falha “e” detectada no primeiro teste). O jogador que cair na casa “Conte” deve contar em voz alta uma conquista do seu familiar. Já o jogador que cair na casa “Diga” deve falar em voz alta duas qualidades do seu familiar. O objetivo dessas casas de ação é incentivar o elogio e a demonstração de carinho entre os familiares que estão com dificuldades nas suas relações em função da doença.

Figura 8: Detalhe Casas de Ação “Conte” e “Diga”



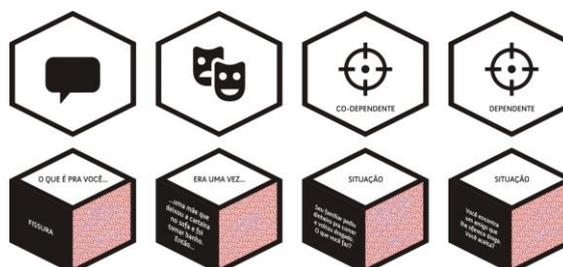
Fonte: Elaborado pelos Autores

As cartas do jogo passaram a ter o mesmo padrão do tabuleiro, remetendo ao desenho dos cubos do percurso. Optou-se por utilizar o padrão preto e branco nas cartas para que as cores fossem designadas apenas para o percurso do tabuleiro, a fim de reforçar a informação de que, no início do tratamento, as cores são escuras e, de acordo com a construção da caminhada para a abstinência, as cores são mais claras.

Foram criadas cartas “Situação” diferentes para dependentes e co-dependentes, já que é difícil o familiar se colocar no lugar do dependente e vice-versa. Além disso, o co-dependente também está em tratamento, e a dependência química possui características próprias que muitas vezes não são percebidas por eles. Com essa distinção, pode-se destacar algumas situações bem específicas do co-dependente para auxiliá-lo no reconhecimento de suas falhas. Diferenciou-se, assim, situações para os

dependentes e co-dependentes e também o redesenho das cartas (falha “f” detectada no primeiro teste) (Figura 9).

Figura 9: Cartas de Ação

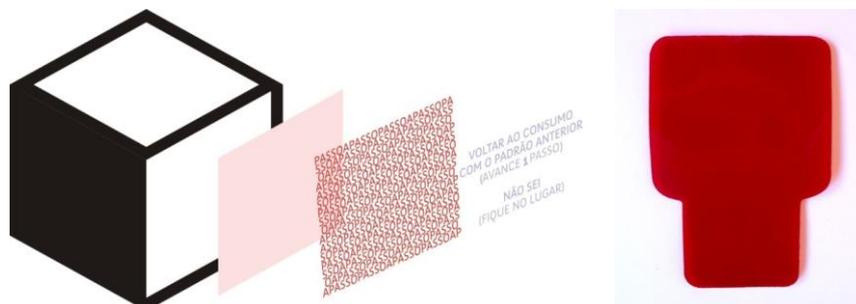


Fonte: autores

Para que as respostas das cartas pudessem ser ocultas, e com isso facilitar o manuseio, foi criado um mecanismo de “camuflagem”, para que os jogadores possam manipular as cartas sem conseguir ler a resposta correta (falha “g” detectada no primeiro teste). Para tanto, criou-se duas camadas de cor sobrepostas, uma sólida de cor magenta claro e outra com textura (feita com o nome do jogo “Passo a Passo” em caixa alta) em vermelho. A resposta correta foi colocada acima das duas camadas anteriores em um lilás claro. Assim, o olho humano percebe primeiramente os tons de magenta e vermelho, e impossibilita a visualização do lilás que contém a resposta (Figura 10 - esquerda).

A única maneira de ver a resposta na carta é utilizando uma “Máscara Reveladora”. Composta de material plástico na cor vermelho translúcido funciona como um filtro (Figura 10 - direita). Quando colocada na frente da “camuflagem”, pode-se ler facilmente a resposta. Esse mecanismo facilitou o manuseio das cartas por parte dos jogadores. Essa “Máscara Reveladora” fica com o mediador para que somente ele tenha acesso às respostas corretas do jogo.

Figura 10: Mecanismo de Camuflagem das Respostas (Esquerda) e Máscara Reveladora (Direita)

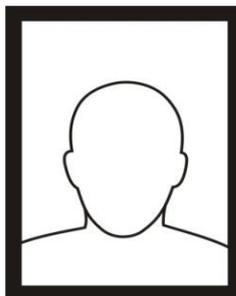


Fonte: Elaborado pelos Autores

Para a movimentação dos jogadores, foi criado um “Cartão-Peão” customizável, para que cada jogador possa caracterizar o seu peão como quiser (Figura 11). Isso auxiliará o mediador a perceber o estado emocional dos jogadores, como uma espécie de escala de humor e pré-disposição para jogar, o que não pareceu claro na primeira

testagem (falha “h” detectada no primeiro teste). O mediador, percebendo o nível de stress dos participantes, passa a ter melhores condições para conduzir o jogo.

Figura 11: Protótipo do Peão



Fonte: Elaborado pelos Autores

Com todas as peças do jogo terapêutico desenvolvidas, passa-se para uma nova etapa de pesquisa com usuários, a fim de avaliar a sua eficácia, jogabilidade e adequação ao ambiente, desta vez em um contexto real de uso do jogo.

2.8. Segunda Testagem

A testagem do segundo protótipo aconteceu na unidade CAPS AD Vila Nova, no mesmo grupo multifamiliar observado durante a etapa de imersão. Como o número de participantes do grupo foi maior que a quantidade de jogadores, optou-se por criar um ambiente central para o jogo (com mesa e cadeiras) e um ambiente periférico (somente com cadeiras) para que todos pudessem assistir e participar.

Foi combinado antecipadamente com a coordenadora da unidade que a autora chegaria uma hora antes do horário da terapia de grupos multifamiliares, a fim de instruir o profissional de saúde que seria o mediador do jogo. A mediadora foi a assistente social responsável pelo grupo. Os jogadores foram escolhidos por ela, porque, como haveria apenas uma oportunidade de testagem, procurou-se selecionar configurações diferentes de participantes (mãe e filho, pai e filho, dependentes e co-dependentes com idades diferentes) para que houvesse um grupo de participantes diverso para observação.

A testagem começou com a customização dos peões. Foram distribuídos os cartões-peão em branco para cada um dos jogadores e eles foram instruídos a preencher com seu nome e a se desenhar neles, utilizando as canetas hidrográficas coloridas que estavam à disposição. Essa atividade foi bem recebida por parte dos jogadores. Alguns criaram seus retratos reais, outros não (um jogador careca se desenhou com cabelo, por exemplo) e alguns colocaram apenas seu nome ou outro tipo de identificação (Figura 12). Apesar do excelente funcionamento da customização dos peões, percebeu-se que o peão deveria ter dois lados que pudessem servir como orientação para os jogadores. Muitos perdiam seu peão e terminavam mexendo nos peões dos outros e retirando-os de seus lugares.

Figura 12: Protótipo do Peão



Fonte: Elaborado pelos Autores

Após a customização, o jogador da esquerda da mediadora tirou o número maior no dado, assim, o jogo circulou no sentido horário. Apesar das diferenças de idade e de cultura dos jogadores, todos (cada um no seu ritmo) conseguiram entender as instruções do jogo e se movimentaram com facilidade pelo tabuleiro.

A “Máscara Reveladora” de respostas ficou de posse da mediadora. Esse instrumento permitiu que ela tivesse domínio do processo. Esse procedimento revelou que o envolvimento do mediador é crucial para o bom desempenho do jogo. Algumas vezes durante a testagem, por exemplo, as respostas dos participantes não eram as mesmas das cartas de ação, mas a mediadora as julgou corretas e indicou o avanço do peão do jogador.

As cartas de ação funcionaram com êxito. Houve facilidade no reconhecimento dos ícones, na leitura e na manipulação das cartas. Todos participaram das ações sugeridas com disposição. Jogadores e expectadores, segundo seus relatos ao final do jogo, se divertiram e aplaudiram a participação dos demais. Essa interação trouxe uma satisfação também relatada ao final do processo.

Por outro lado, cada um que caía no ícone da casa de ação “Recaída” ficava apreensivo ao jogar os dados novamente e ver se permanecia no jogo ou não. Quando eles ficavam no jogo, os outros participantes torciam, gritando conteúdos como “Uh! Quase!”. Todos que caíram na “Recaída” e tiveram que sair do percurso do tabuleiro e perderam uma rodada, comentaram que se sentiram tristes em ficar de fora do jogo, mas conseguiram perceber a frustração que é recair. A mediadora comentou: “Isso é uma simulação da vida real de vocês, quando acontece uma recaída, vocês ficam de fora de tudo. Essa sensação que vocês tiveram é muito importante para a manutenção da saúde”.

Após a partida, a mediadora sugeriu que todos se reunissem embaixo da sombra de uma árvore para comentar suas impressões sobre a experiência, a fim de auxiliar na projeção do protótipo final. Alguns participantes sugeriram, quando o jogador “Recair”, que ele tenha a oportunidade de comentar a respeito dessa experiência, criando uma estratégia de prevenção à recaída. Comentaram, ainda, que gostaram de jogar e que acharam a experiência muito divertida e agradeceram a oportunidade e a conversa sobre o sentimento de recaída, apesar da dificuldade inicial de leitura de alguns elementos do tabuleiro, como o próprio nome do jogo, que não respeitava o padrão ocidental de leitura (de cima para baixo, da esquerda para a direita). Percebeu-se, com isso, que o jogo pode ser apenas um instrumento para integração do grupo e que serve para criar um novo ambiente, no qual as pessoas sintam-se à vontade para dar suas opiniões. A Mediadora observou, ainda, que não haveria problema em parar a

partida no meio para que houvesse um debate sobre algum assunto abordado durante o jogo. A jogada poderia ser retomada em outros encontros com facilidade.

Durante a testagem, percebeu-se que o tamanho do tabuleiro estava certo. No entanto, ele amassou e ficou com pontas levantadas, em função de ter que ser enrolado para o transporte. A partir dessa testagem, pôde-se perceber que seriam necessárias algumas modificações no protótipo final do jogo, descrito a seguir.

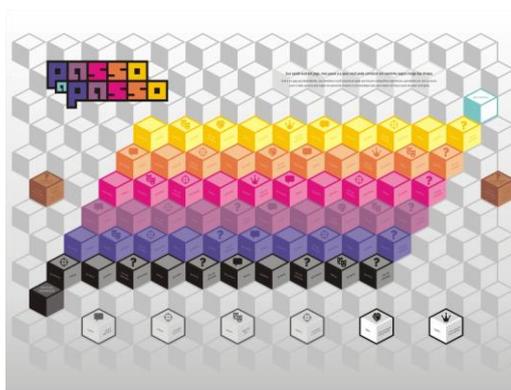
2.9. Protótipo Final

O Protótipo final incorpora todas as alterações e sugestões feitas pelos pacientes e familiares na segunda testagem. Primeiramente, a marca foi redesenhada e redistribuída, também foi descartada a sua moldura e realinhadas as letras que compõem o nome do jogo, a fim de facilitar sua leitura. As cores passaram a remeter mais diretamente ao novo padrão cromático do percurso do tabuleiro, e o desenho das letras passou a representar os cubos do jogo (Figura 13).

Já com relação ao tabuleiro, foram feitas poucas modificações do protótipo 2 para o protótipo final. Ainda respondendo às dificuldades de alguns na leitura do tabuleiro, a principal mudança foi na cor do percurso do jogo. Optou-se por um padrão cromático mais harmonioso e que tivesse um caráter “crescente” de cores para definir melhor o caminho da doença para saúde no trajeto do jogo. Dessa maneira, obteve-se um resultado mais atraente para o percurso. Além disso, foram redistribuídos os locais para a colocação das cartas. Optou-se por colocá-los em linha, abaixo do percurso do jogo, juntamente com a legenda das casas de ação “Conte” e “Diga”, porque esses elementos possuem o mesmo padrão e deixam o tabuleiro visualmente melhor organizado (Figura 13).

Também houve o realinhamento das casas “Recaída” (Figura 13). No protótipo 2, elas estavam em diferentes pontos e passaram a estar alinhadas, colaborando para a organização visual do tabuleiro. Atendendo a sugestão feita pelos jogadores, foi inserida, na casa de simulação de recaída, uma regra que, quando o jogador recair, ele se desloca para a casa marrom dedicada a ele (dependente ou co-dependente) e, na rodada seguinte, antes dele voltar a jogar, deve criar uma estratégia de prevenção à recaída e falar em voz alta para compartilhar o conhecimento com os outros jogadores.

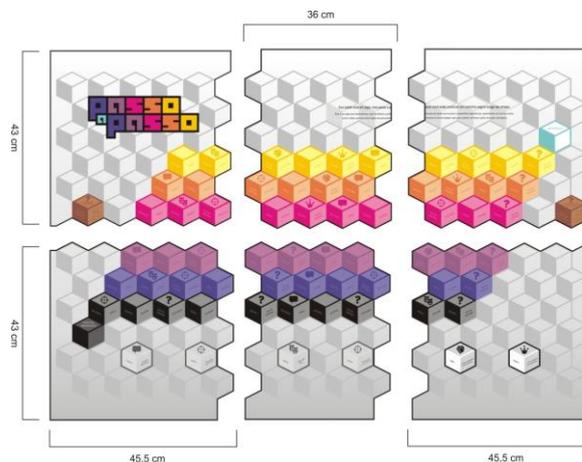
Figura 13: Protótipo Final - Marca e Tabuleiro



Fonte: Elaborado pelos Autores

A fim de solucionar o problema de transporte e danificação do tabuleiro, criou-se uma “faca” que o divide em 6 partes. Assim, foi possível desenvolver uma embalagem mais adequada que aumente a durabilidade do tabuleiro (Figura 14).

Figura 14: Protótipo Final - Divisão do tabuleiro

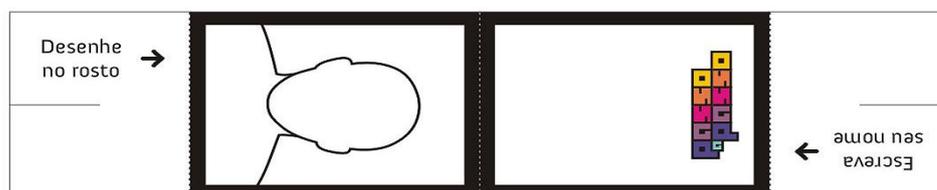


Fonte: Elaborado pelos Autores

As cartas possuem o mesmo layout criado no protótipo 2. Na testagem, percebeu-se que o tamanho das cartas, as cores, a camuflagem das respostas e o conteúdo estavam adequados ao ambiente e aos objetivos do jogo. A Máscara Reveladora também não sofreu modificações, pois funcionou perfeitamente.

Já o peão teve que ser remodelado, porque, na testagem, ele apresentou diversos problemas. Desenvolveu-se, então, um peão feito de papel, que permite a customização de ambos os lados. Ele possui o desenho de um boneco em branco de um lado e, do outro, o jogador poderá escrever o seu nome, facilitando a identificação. Ele possui vincos para ser dobrado e dois cortes nas pontas para encaixe, servindo de base para ficar em pé (Figura 15).

Figura 15: Protótipo Final - Peão remodelado



Fonte: Elaborado pelos Autores

Chegou-se, assim, à versão definitiva do jogo Passo a Passo. Ela se encontra em uso no Sistema de Saúde Mãe de Deus em conjunto com o Sistema Único de Saúde na Cidade de Porto Alegre desde o ano de 2013. Seus contextos de uso encontram-se ainda em expansão.

3. Considerações Finais

A partir dos resultados obtidos, percebeu-se que a inserção do design no contexto do tratamento da dependência química trouxe consigo a necessidade de uma nova postura frente ao desafio que se apresentou. Essa postura passou pelo aprofundamento e apropriação de conceitos oriundos de outras áreas do conhecimento, além de uma sensibilidade na busca pela adequação do resultado projetual à realidade sociocultural do público-alvo. O uso da metodologia do Design Estratégico mostrou-se adequado a esse processo, na medida em que levou a um procedimento cíclico de troca de informações com atores com conhecimentos e visões diferentes, enriquecendo a construção da proposta e tornando o resultado final adequado ao processo de tratamento e à realidade física dos centros de apoio psicossocial.

O resultado do projeto demonstra o potencial do design gráfico como agente de transformação no contexto da saúde. Um rito convencional, como uma reunião psicoeducativa em grupo, pôde ser repensado, incluindo a projeção de toda uma dinâmica para interação entre as pessoas através do jogo Passo a Passo. A correta articulação dos elementos do design gráfico, tais como formato, grid, tipografia, cor e materiais, foi essencial para a definição dos protótipos e da versão final do jogo. No entanto, a imersão no contexto de uso do produto foi o diferencial que permitiu adequar a dinâmica do jogo às reais necessidades dos atores envolvidos (profissionais, dependentes e co-dependentes). Nesse sentido, verificou-se a importância central que as testagens possuíram, através da interação com o psicólogo, com a mediadora e com os participantes, e que, em conjunto com as observações da pesquisadora, permitiram refinamentos, ajustes e alterações de rota que não seriam comumente possíveis em um processo de projeto.

Na mesma direção, a pesquisa-ação, aliada ao Design Estratégico, mais que um método de pesquisa, mostrou-se como uma postura essencial perante a realidade estudada, já que possibilitou movimentos complexos de compreensão da realidade. Assim, considera-se que a “reflexão-na-ação” (SCHÖN, 2000) realizada nesse estudo pode inspirar outros educadores e projetistas, permitindo ampliar os horizontes e enriquecer o processo de ensino e aprendizagem na área da educação gráfica.

Algumas limitações também foram encontradas. Em primeiro lugar, fica evidente que o desenvolvimento do jogo tomou como base a realidade social e cultural específica das classes populares da Cidade de Porto Alegre. Novos testes poderiam ser desenvolvidos em outras regiões brasileiras, a fim de detectar possíveis necessidades de adaptação da versão final do protótipo apresentado neste artigo. Além disso, informações específicas sobre diferentes categorias de substâncias psicoativas não foram contempladas na formulação do conteúdo do jogo, de modo que existem oportunidades de desenvolvimento de novos jogos que não tenham foco em discutir a dependência química em si, mas em conteúdos segmentados por categoria de drogas.

Considerando os resultados e as limitações do estudo, percebeu-se que o jogo apresentado e a pesquisa gerada a partir dele podem fomentar futuros projetos na área de educação gráfica. É grande o potencial do design gráfico na promoção da saúde mental. A educação gráfica, seguindo o movimento de conscientização sobre o papel social do design, pode consolidar-se como uma área de pesquisa e intervenção em realidades que possam beneficiar-se de esforços para tornar aspectos imateriais da experiência, como a informação na psicoeducação, em elementos de mais fácil compreensão – tangíveis – como o proposto no jogo terapêutico “Passo a Passo”.

Referências

- ALENCASTRO, Leandro. **Terapia familiar cognitivo comportamental no tratamento da dependência química através de grupos multifamiliares**. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização (Especialização em Dependência Química) – Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Ciências da Saúde de Porto Alegre, 2011.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. DSM-IV. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- AUSTRIA, United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), **World Drug Report**. Viena: 2013.
- BERTOLA, P. **Il design nel pensiero scientifico**: verso una fenomenologia del design. In: P. Bertola e E. Manzini (Ed.). *Design Multiverso: appunti di fenomenologia del design*. Milão: Poli design, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília, DF. 2004.
- DF. FIOCRUZ. **Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas Capitais do País**. 2013. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/maior-pesquisa-sobre-crack-já-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil>>. Acesso em: 23 out. 2013.
- DF. OBID. OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS. **Informações sobre Drogas**. 2007. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11250&rastra=INFORMAÇÕES+SOBRE+DROGAS/Definição+e+historico>. Acesso em: 23 out. 2013.
- FONTOURA, A. A interdisciplinaridade e o ensino do design. **Projética Revista Científica de Design**, Londrina, v.2, n. 2, p. 86-95, dez. 2011. Acesso em: 14 nov. 2014.
- FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I: A Vontade de Saber**. 11.ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
- FREUD, S. **O mal-estar na civilização**. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, Vol. 21, pp. 81-148. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- HEIJDEN, K. **Planejamento de Cenários**: a arte da conversação estratégica. Porto Alegre: Bookman, 2004.
- HEKKERT, P.; VAN DIJK, M. **Vision in Product design: a guidebook for innovators**. BIS publishers, 2011.
- KEINONEN, T. and TAKALA, R. (eds.), **Product Concept Design**: A Review of the Conceptual Design of Products in Industry. New York: Springer, 2006.
- LURIA, A. **Cognitive Development: its cultural and social foundations**. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1976.
- MARCATO, D.; FIGUEIREDO, J. A contribuição do Design no desenvolvimento de jogos paradidáticos: Projeto Rota-Ação. In: **Revista Educação Gráfica**, Vol. 11 nº 02, 2007.

MARCATO, D.; NASCIMENTO, R. O Design e o Produto: parâmetros projetuais para o planejamento de jogos geométricos pré-escolares. In: **Revista Educação Gráfica**, Vol. 14 nº 01, 2010.

MENDONÇA, J.R. **A droga como um recurso ao mal-estar na civilização**. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 17, n. 2, p. 240-260, 2011.

MORAES, D.; KRUCKEN, L. **Cadernos de Estudos Avançados em Design – Transversalidade**. Caderno 2. Minas Gerais: FAPEMIG, 2008.

PARODE, F.; SCALETSKY, C. Imagem e pesquisa Bluesky no design. In: **Anais do XII Congresso SIGraDi 2008**, Havana: CUJAE, 2008.

SANDERS, S.; STAPPERS, P.J. **Convivial Toolbox: Generative Research for the Front End of Design**. BIS Publishers, 2013.

SCHÖN, D. A. **Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

THIOLLENT, M. **Metodologia da Pesquisa-ação**. 14. Ed. aum. São Paulo: Cortez, 2005.

UNIFESP (São Paulo). Dr. Ronaldo Laranjeira (Ed.). **Dependência Química**. 2012. Entrevistador: Dr. Dráuzio Varela. Disponível em: <<http://drauzioarella.com.br/dependencia-quimica/>>. Acesso em: 10 abr. 2012.

WALKER, D.; DAGGER, B.; ROY, R. **Creative Techniques in Product and Engineering Design: A Practical Workbook**. England: Woodhead Publishing Ltd., 1991.

WELP, M. **Polarity Mapping Worksheet**. 2008. Disponível em: <www.equalvoice.com>. Acesso em: 23 nov. 2013.

ZURLO, F. Design Strategico. In: **XXI Secolo**, vol. IV, Glispazi e Learti. Enciclopedia Treccani. Roma: 2010.