

The background of the book cover features several hands of different skin tones reaching up from the bottom and sides to form a circle. In the center of this circle, a glowing lightbulb is visible, symbolizing ideas and innovation. The overall color palette is warm and neutral, with soft lighting.

CONHECIMENTOS INTERDISCIPLINARES COMO FONTE DE SOLUÇÕES CRIATIVAS

BRUNO MATOS DE FARIAS


epilaya
Editora

Bruno Matos de Farias
Organizador

CONHECIMENTOS INTERDISCIPLINARES
COMO FONTE DE SOLUÇÕES CRIATIVAS

1ª Edição



Rio de Janeiro – RJ
2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

C749 Conhecimentos interdisciplinares como fonte de soluções criativas / Organizador Bruno Matos de Farias. – Rio de Janeiro, RJ: Epitaya, 2023.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

ISBN 978-65-87809-77-9

1. Educação. 2. Interdisciplinaridade. I. Farias, Bruno Matos de.

CDD371.72

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Epitaya Propriedade Intelectual Editora Ltda
Rio de Janeiro / RJ
contato@epitaya.com.br
<http://www.epitaya.com.br>



Bruno Matos de Farias

Organizador

CONHECIMENTOS INTERDISCIPLINARES
COMO FONTE DE SOLUÇÕES CRIATIVAS



Rio de Janeiro – RJ
2023

CONSELHO EDITORIAL

EDITOR RESPONSÁVEL	Bruno Matos de Farias
ASSESSORIA EDITORIAL	Helena Portes Sava de Farias
ASSISTENTE EDITORIAL	Milene Cordeiro de Farias
MARKETING / DESIGN	Gercton Bernardo Coitinho
DIAGRAMAÇÃO/ CAPA	Bruno Matos de Farias
REVISÃO	Autores

COMITÊ CIENTÍFICO

PESQUISADORES	Profa. Kátia Eliane Santos Avelar
	Profa. Fabiana Ferreira Koopmans
	Profa. Maria Lelita Xavier
	Profa. Eluana Borges Leitão de Figueiredo
	Profa. Maria Regina da Silva Pinheiro
	Profa. Cleide Gonçalo Rufino
	Profa. Roberta Kele Ribeiro Ferreira
	Profa. Pauline Balabuch
	Prof. Thiago de Freitas França
	Prof. Daniel da Silva Granadeiro

APRESENTAÇÃO

É com grande satisfação que lhes apresento o e-book intitulado “CONHECIMENTOS INTERDISCIPLINARES COMO FONTE DE SOLUÇÕES CRIATIVAS”. Nele foi possível reunir cinco artigos de pesquisadores brasileiros nas diversas áreas do conhecimento como fruto de suas pesquisas acadêmicas, de iniciação científica, Trabalho de Conclusão de Curso e dissertações de mestrado.

O capítulo 1 intitulado “RAQS EL QAWLIYA” tem como objetivo apresentar a dança iraquiana destacando a criação da coreografia, personagens em busca de sensibilidade da dança.

No capítulo 2 intitulado REABILITAÇÃO CARDIOPULMONAR E SEUS BENEFÍCIOS NAS PRINCIPAIS CARDIOPATIAS: UMA REVISÃO” os autores têm por objetivo fazer uma revisão sobre a reabilitação cardiopulmonar nas principais cardiopatias que acometem a população em geral.

O capítulo 3 “O PAPEL DA GESTÃO ESCOLAR PARA AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DOS ALUNOS NA EDUCAÇÃO BÁSICA” reflete sobre o papel da gestão escolar frente as avaliações de desempenho as quais nossos alunos são submetidos, fazendo um resgate da concepção de avaliação, chegando as avaliações em larga escala e suas abordagens,

No capítulo 4 “CONSTRUINDO PONTES VIRTUAIS: O USO DAS TIC NA EDUCAÇÃO INCLUSIVA EM TEMPOS DE PANDEMIA” os autores investigam quais são os desafios enfrentados pelo docente na utilização das tecnologias de informação e comunicação (TIC), na educação inclusiva na rede municipal de ensino da cidade de Delmiro Gouveia em Alagoas, como forma de suporte e continuidade do aprendizado dos alunos mesmo em meio à pandemia da COVID-19, que inevitavelmente trouxe para todo o âmbito escolar um atraso tanto do calendário acadêmico, como na aprendizagem do aluno.

O capítulo 5 “GRUPO TERAPÊUTICO COM ACOMPANHANTES DE PACIENTES INTERNADOS EM UMA ENFERMARIA ORTOPÉDICA DE UM HOSPITAL REFERÊNCIA EM TRAUMA NA REGIÃO NORTE: RELATO DE EXPERIÊNCIA” tem como objetivo oferecer suporte psicológico para as famílias cuidadoras de pessoas com traumas ortopédicos em um hospital de referência em traumatologia, do norte do país, bem como auxiliar na elaboração da expressão ocupacional frente ao processo de hospitalização e ofertar uma escuta qualificada diante do sofrimento psíquico.

Boa leitura!

Prof. Dr. Bruno Matos de Farias
Doutor em Desenvolvimento Local
Editor-chefe Editora Epitaya

SUMÁRIO

Capítulo 1.....	07
RAQS EL QAWLIYA	
Milena do Carmo Pantrigo França	
<i>Capítulo 2.....</i>	<i>36</i>
REABILITAÇÃO CARDIOPULMONAR E SEUS BENEFÍCIOS NAS PRINCIPAIS CARDIOPATIAS: UMA REVISÃO	
<i>Camila Motta Venturin; Taís Rigotto Rahme Costa; Roberta Faria de Souza; João Paulo Luvizotto Alcântara de Pádua; Beatriz Maria Martins de Souza</i>	
<i>Capítulo 3.....</i>	<i>52</i>
O PAPEL DA GESTÃO ESCOLAR PARA AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DOS ALUNOS NA EDUCAÇÃO BÁSICA	
<i>Amanda Princy Batista Silva; Adriana Lima Brito; Aline dos Santos Barros Azevedo Rocha; Daiana Correia da Silva; Edja Rafaela de Moura Freitas; Mikaelly Ferreira Sousa</i>	
<i>Capítulo 4.....</i>	<i>64</i>
CONSTRUINDO PONTES VIRTUAIS: O USO DAS TIC NA EDUCAÇÃO INCLUSIVA EM TEMPOS DE PANDEMIA	
<i>Ana Maria Alves Linhares; Joana D'arc Magalhães de Holanda; Juliana Portalete Silva; Kellen Fabiane Ferreira; Sara Oliveira e Silva</i>	
<i>Capítulo 5.....</i>	<i>77</i>
GRUPO TERAPÊUTICO COM ACOMPANHANTES DE PACIENTES INTERNADOS EM UMA ENFERMARIA ORTOPÉDICA DE UM HOSPITAL REFERÊNCIA EM TRAUMA NA REGIÃO NORTE: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
<i>Igor Felipe Azevedo da Silva; Jéssica Leonardo Machado</i>	

Milena do Carmo Pantrigo França

Graduada no Curso de Pedagogia pela
Universidade Nove de Julho – UNINOVE
Curso de aperfeiçoamento em Danças Ciganas
Professora Aghata Daae

RESUMO

O presente trabalho comenta as várias danças ciganas pelo mundo afora e delas temos muito que aprender, uma vez que a cultura cigana tem uma diversidade de danças e uma cultura peculiar a ser estudada. Raqs el Qawliya é uma dança iraquiana forte e intensa e ainda segue mesmo em volta de tantos perigos que a rodeiam. Destacar também a dança de criação onde através do projeto deuses e deusas, crio uma forma especial de fazer uma coreografia de forma estudada, não apenas criar passos, mas ir além deste estudo, tendo um elo entre o personagem e o ser criador, trazendo mais sensibilidade a coreografia feita.

Palavras-chave: Raqs el Qawliya, danças ciganas, costumes, dança de criação.

INTRODUÇÃO

Com todas as evoluções na vida, e grandes tecnologias e muitas informações correndo de forma ágil e enlouquecida, ainda há permanência da cultura cigana, claro existem ciganos que se afastaram e que escondem a sua origem, mas, contudo, eles tentam permanecer dentro do foi ensinado, a cultura cigana é repleta de histórias, porém não vemos muita coisa escrita, isso porque isso e passado de pai para filho de forma oral.

As danças ciganas possuem uma variedade muito grande, e temos muito que aprender com todas elas, sempre há algo novo a ser estudado, mesmo de forma oral os ciganos trazem a cultura, a dança de forma mágica que encanta a todos por onde passam.

Aqui veremos as variações de danças ciganas, o uso de acessórios, os estilos de dança, até passaremos pela cultura e seguiremos para a dança cigana Iraquiana que por sua vez é pouco divulgada, mas há a problemática onde vemos grandes profissionais da dança mostraram a dança Raqs el Qwaliya como dança Khaleege Iraquiano, que apresentam semelhanças, mas nunca serão iguais.

Na dança de criação desenvolvida por mim pelo projeto Deuses e

Deusas foi criado desde 2014, onde realizo um estudo da dança com o deus(a) escolhido. Assim a utilização do método o tema a ser dançado se torna prática e intensa, não apenas para quem dança, mas para aqueles que o prestigiam, isso torna um estudo que passa muito além de passos, levando emoção e sensibilidade para quem o vê ou sentem.

REVISÃO DA LITERATURA

O filme *Latcho Drom* é um documentário francês de 1993, escrito e dirigido por Tony Gatlif, conduzido principalmente pela música, fala sobre a jornada dos ciganos do noroeste da Índia até a Espanha. Foi exibido na mostra “Un Certain Regard” do Festival de Cannes de 1993.

Este documentário aborda a mistura das mais variadas tradições que foram adotadas e incorporadas pelo espalhamento dos ciganos pelo mundo desde a sua saída na Índia. O resultado dessa mistura é um estilo único que veio caracterizar o conjunto de danças ciganas pelo mundo.

Pode-se dividir a dança cigana em 05 principais regiões: Rajastão, alto do Egito, Turquia, Balcãs, Europa central e Europa Ibérica (França, Portugal e Espanha).

Índia: Danças tanto ritualísticas quanto devocionais praticadas pelos grupos chamados ciganos do Rajastão, já no Alto do Egito as dançarinas são chamadas de ghawazees, que significa conquistadora, quando os primeiros grupos ciganos chegaram ao Egito e se estabeleceram no Cairo, as ghawazes eram muito requisitadas em apresentações públicas nas ruas, feiras, casamentos, seus acessórios é tudo que estiver próximo de suas mãos uso de snujs, jarros etc. Turquia: Temos dois ritmos de dança cigana na Turquia, Kasilama e Schiftetelli ambas as danças têm um ritmo bem-marcado e que mostram a realidade do seu cotidiano.

Balcãs: Região sudoeste da Europa que é compreendida pela Bósnia, Macedônia, Sérvia, Albânia, Bulgária, Grécia, Montenegro, Kosovo, parte da Turquia no continente Europeu (trácia) Croácia, Romênia e Áustria. Temos o chocek que pode ser dançado em grupo ou individualmente. *Europa Central: Hungria, Eslováquia, República Tcheca e Rússia temos o estilo Khelemaski gili, com sapateado rápido e estalados dos dedos, geralmente com músicas muito alegres (SAADAWI, 2002).*

Europa Ibérica: Região da Espanha. As famílias ciganas da Espanha se estabelecem em Andaluzia, O Flamenco cigano pode ser definido como uma mistura de graça e de raiva. Rumba cigana é a rumba catalã, são estilos diferentes de danças quem formam criados pelos ciganos que se instaram em Barcelona, e mantiveram a dança, a música com a sua identidade preservada.

De acordo com Napolitano (2002), a Rumba teve origem com a chegada de tribos africanas trazidas a Cuba pelos espanhóis, mais precisamente da região de língua quimbunda, (Angola) e da Guiné. As danças dessas regiões eram inspiradas nos movimentos de animais, orixás e em situações do cotidiano.

Tais danças agrupavam uma exagerada combinação de movimentos do corpo em detrimento dos pés no chão, ou seja, dançar sem fazer o uso de ponta, pernas bem flexionadas, com este movimento podemos ver o destaque no quadril como resposta da perna, e dançado em seu maior tempo arrastando o pé.,

A melodia era considerada menos importante do que o complexo cruzamento de ritmos produzidos pela percussão dos mais variados objetos do dia a dia, braços bem desenhados, o dedilhado dos dedos, giros de mãos e a postura esguia, também podemos contar com uma certa percussão corporal bater as mãos no peito, braços, quadril por exemplo.

A rumba, hoje, é uma dança de competições e salão, e ainda possui admiradores ao redor do mundo. *Rumba também pode ser apenas uma designação genérica de diversas outras músicas latinas. Acredita ser que a rumba é uma capoeira dançada (NAPOLITANO, 2002).*

Rumba Catalana



Figura 1. Rumba catalana.
Fonte: El Camerino (2014).

Segundo Sarrá (2013), a rumba catalana é um gênero musical desenvolvido pela comunidade cigana catalã na cidade de Barcelona desde meados dos anos 60, tomando ritmos que derivam do flamenco rumba com influências da música cubana e rock & roll.

O gênero é baseado em uma fusão de cantos catalães e andaluzes de ar leve com as chaves básicas da música afro-cubana. A vestimenta para esta dança é usado uma saia que não tenha muita roda, ou vestidos coloridos, pode também ser dançada com sapatos, para acompanhar a bailarina pode ser usado o e-charpe para dar mais sensualidade a dança, pode dançar com os cabelos soltos uma vez que a dançante pode fazer um rabo de cavalo enquanto dança e girar com as mãos transformando em uma dança mais

envolvente.

É uma dança de rua, ou seja, podemos encontrar no meio da rua pessoas dançando este ritmo, é uma dança popular melhor ainda se não coreografar este tipo de dança.

Seus sinais antropométricos, ritmo 4/4, padrões sonoros e guaracha. Instrumentalmente ele acompanha vocais e palmas com guitarra espanhola, bongos, güiro, que mais tarde são incorporados timbales, congas, pequenas percussões, piano, ventos, baixo elétrico, teclados eletrônicos.

Rei da Rumba Catalã Peret, cujo nome verdadeiro era Pedo Pubill Calaf, (Mataró, 24 de março de 1935 — Barcelona, 27 de agosto de 2014) foi um cantor guitarrista e compositor espanhol natural da Catalunha de etnia cigana. É o principal representante da rumba catalã.

Peret representou a Espanha no Festival Eurovisão da Canção 1974, onde interpretou "Canta y sé feliz", em 1992 atuou Jogos Olímpicos de Verão de 1992, realizados em Barcelona. Destaque para as músicas: "Rumba pa ti", "Don Toribio", "El Muerto Vivo" e "Borriquito como Tú",

Em 2001, Peret gravou um álbum com versões atualizadas de canções antigas, com convidados, como David Byrne, Sergeant Garcia e o Professor Angel Dust. *Em uma época de sua vida largou a rumba catalana e se tornou pastor de uma igreja Evangélica da Filaldéfia, e permaneceu assim por nove longos anos, nesse período sentia saudade de suas origens sem pensar duas vezes largou sua missão como pastor e retornou para a sua música e sua cultura (SARRÁ, 2013).*

Depois de sua morte a igreja insiste em ficar com parte de seus bens uma vez que Peret fez parte de sua igreja, porém a família está há um tempo em um longo processo para não deixar que isso ocorra, uma vez que a igreja repudiava a sua música antes de entrar a igreja.

Rumba Flamenca

Há um notável crescimento na arte Flamenca no ocidente, sobretudo no Brasil, onde se pode encontrar uma grande quantidade de escolas de danças deste estilo. O mesmo acontece em países como Alemanha, França e Estados Unidos, mostrando assim que este tipo de dança desperta o interesse de muitas pessoas.

A Rumba Flamenca é um estilo musical considerado um ramo do flamenco e emprega vozes tanto masculinas como femininas, bem como execuções puramente instrumentais. Este estilo de música se originou a partir da rumba cubana que por sua vez é bastante intensa, seus instrumentos da rumba flamenca são as palmas, o violão flamenco e as castanholas, acessórios de dança para este estilo são: leque, rosa, xale.

Rumba catalana e rumba flamenca

As rumbas são dançadas no ritmo 4/4, pode-se acompanhar com palmas e mãos espalmadas, na rumba catalana o cabelo se movimenta neste

ritmo ,e o seu foco principal é dançar com os pés inteiros no chão, sem o uso da ponta, dançada com as pernas semiflexionadas e com isso temos uma resposta do quadril, trazendo suavidade e sensualidade a dança, a saia é primordial não há necessidade de muita roda, uma vez que usaremos a saia com movimentos baixos, muito alegre. É necessário traduzir as músicas antes de dançar uma vez que temos outros sentimentos que precisamos aflorar e envolver se no ritmo, ou seja, pode estar falando de uma dor da traição, mas o ritmo de sua música está alegre. A rumba flamenca podemos fazer uso de vestidos coloridos, com o sem bolinhas, ou apenas um conjunto de saia e blusa, tem o uso de muitas batidas no pé para acompanhar a música e deixar a dança com mais impacto por isso há necessidade do uso de sapatos, esta dança não tem a necessidade de flexionar tanto os joelhos quase não tem a jogada de quadril. *O olhar em ambas as danças é um olhar (olho a olho) intenso, as saias são usadas com vigor como se fossem labaredas de fogos e a dança com pés no chão sentido a força da terra. Podemos enfeitar os cabelos com rosas (ZANIN, 2005).*

Dança cigana com Xale

Ritmos como rumbas ou danças ciganas russas podem dançar com xale (inclusive deixa-lo no chão, costumes das ciganas russas).

Uma vez que os ciganos tinham hábitos nômades, o uso dos xales era comum entre as mulheres, inclusive nas festividades. E assim o xale passou a ser incorporado como acessório na dança cigana, trazendo encanto e maturidade, trazendo em seu seio os traços de sua ancestralidade e o seu sagrado interior, possibilitando a bailarina se transformar e trazer a sua dança algo tocante e chegar mais próximo ao público, uma vez que xales também foram usados por nossas avós e traz essa lembrança boa e envolvente com seus ancestrais.



Figura 2. Dança cigana com xale.
Fonte: Sandryni (2011).

Dança cigana com punhal

De acordo com Maia (2013), a dança cigana com punhal é um tipo de música exigira músicas lentas ou, músicas andaluzas (instrumental). Com o punhal se deve dançar como se estivesse lutando ou de forma ritualística, lembrando a memória histórica do povo cigano e suas lutas.

Pode-se dançar solos, duplas e grupos. Quando falamos de duelo nunca podemos dançar de forma alegre, e sim com atenção e destreza, movimentos de saia fortes, e com gingados corporais como se estivesse lutando com esgrima, é necessário ter muita atenção para não machucar o colega.

Cultura cigana

O Cigano Jorge Yavanowishy é um cigano puro é foi ele quem nos deu esta aula de costumes e tradição cigana, também comentou um pouco sobre os ciganos em torno do mundo.

Os ciganos Rom (singular) ou roma (plural) propriamente ditos, presentes na Europa centro-oriental e, a partir do século XIX, também em outros países europeus e nas Américas e região sudeste da Europa que compreende a Albânia, Bósnia e Herzegovina, Bulgária, Grécia, Macedônia, Montenegro, Sérvia, Kosovo, Turquia, Croácia, Romênia, Eslovênia e Áustria. Quanto ao Kalderashi encontramos principalmente na Espanha/Portugal (claro existentes em outros países) e Sinti, encontrados na Alemanha, Itália França e Brasil, bem como em áreas germanófonas da Itália e da França, onde também são chamados manoush.

Caló ou calé, os ciganos da Península Ibérica, embora também presentes em outros países da Europa e na América, incluído o Brasil (HILKNER, 2008).

Os Romnichals, principalmente presentes no Reino Unido, inclusive colônias britânicas, nos Estados Unidos e na Austrália. Machoanos, localizados na Rússia e Iugoslávia e Ghawase são os ciganos que moram no Egito e os kawilyeen ciganos iraquianos.

No nascimento de um cigano, há o seguinte ritual: a primeira peça precisa ser de ouro para simbolizar prosperidade. O primeiro banho coloca-se algo de ouro na água, para dar prosperidade. Na sua casa, os Rons da Europa geralmente têm casa e já não vivem o nomadismo.

Os homens geralmente são empresários e a língua cigana é apenas falada e não escrita. Mulheres trabalham com a cartomancia e cuidar do marido e filhos, se a mulher quiser fazer faculdade ela sai do convívio cigano.

Se houver um casamento que a mulher não seja cigana ela precisará ter a convivência cigana, mas isso não fará dela uma cigana, caso ela não queira ele é excluído da convivência.

A Moeda oficial dos ciganos é o galbeno/ducato cada moeda custa mais ou menos de três a quatro mil reais. O Dote é feito com uma ou duas moedas (a família que decide este valor), se caso houver multa (neste caso

segundo casamento e assim por diante e pago uma moeda a mais)

A Kapara não é uma moeda (mas se parece com uma) quando a moça vai a alguma festa ela precisa ir com esta corrente no pescoço para não ser confundida como uma mulher solteira. O pai do noivo celebra o casamento e faz toda a festa, os ciganos são orgulhosos não pedem ajuda para ninguém. Baski liberdade que os pais dão ao jovem casal para ter a sua casa própria

De acordo com Hilknér, (2008), ciganos homossexuais não ficam no convívio de ciganos ou então convivem como casal hétero. Mulher casada lenço na cabeça, mulher solteira hoje não usa adorno na cabeça.

Tanaúba quando os ciganos enterram os ciganos com os seus pertences (colocando moedas nos olhos). Tretna três dias após o falecimento eles fazem a tudo que o falecido gostava, na cabeceira com a foto e velas e antes de se levar todos falam palavras em Romani e se levantam todos juntos, diz a lenda que se alguém levantar primeiro da mesa está marcado para morrer, a lenda é muito respeitada pelos ciganos.

A Pomana, é o mesmo ritual acima feito após um ano de falecimento. A herança é feita a base da palavra depois é acertado tudo via cartório. Os pertences do falecido são queimados o ritual pós morte para viúva ou (o) dura 41 dias onde a mulher não se maquia e nem usa colorido e não há casamentos.

Gelem Gelem (Djelem Djelem) é o hino do povo rom, também conhecido como cigano, e significa "caminhei, caminhei".

Foi declarado internacionalmente como hino internacional rom durante o Primeiro Congresso Mundial Rom, celebrado em Londres, em 1971, quando se pensou ser necessário fazer um hino e uma bandeira comum que unificasse as diversas comunidades ciganas dispersas por todo o mundo. (Portanto este tipo de música não se dança).

Letra: Gelem Gelem

Gelem, gelem lungone dromensargalem
maladilem baxtale RromençarA
Rromalen kotar tumen aven
E chaxrençar bokhale chavençarA
Rromalen, A chavalen

Sàsa vi man bari familja
Mudardás la i Kali Lègia
Saren chindás vi Rromen vi RromenMaskar
lenoe vi tikne chavorren
A Rromalen, A chavalen

Putar Dvla te kale udara
Te saj dikhav kaj si me manusa Palem
ka gav lungone dromençarTa ka phirav
baxtale Rromençar
A Rromalen, A chavalen

Opre Rroma isi vaxt akana Ajde
mançar sa lumáqe RromaO kalo muj
ta e kale jakha Kamáva len sar e
kale drakha
A Rromalen, A chavalen.

Caminhei, caminhei por longos
caminhos
Encontrei afortunados romaAi,
roma, de onde vêm
com as tendas e as crianças famintas?Ai,
roma, ai, rapazes!

Também tinha uma grande famíliafoi
assassinada pela Legião Negrahomens e
mulheres foram esartejados
entre eles também crianças pequenas.Ai,
roma, ai, rapazes!

Abre, Deus, as negras portas
para que eu possa ver onde está minhagente.
Voltarei a percorrer os caminhos
e caminharei com os afortunados roma.Ai,
roma, ai, rapazes!

Avante, roma, agora é o momento, Venham
comigo os roma do mundo Da cara morena
e dos olhos escurosGosto tanto como das
uvas negras
Ai, roma, ai, rapazes![L1](#)

Dança Cigana Russa

Antes da primeira guerra mundial houve uma grande imigração dos ciganos da Polônia para Rússia, após a guerra houve muita distinção de pessoas, ou seja, os ciganos começaram a ser tratados como a escória (HILKNER, 2008).

Na dança cigana russa podemos utilizar o pandeiro, enfeitado com fitas coloridas, acompanhando o ritmo musical, durante a execução da dança este acessório pode ficar no chão enquanto a bailarina realiza a sua dança e posteriormente voltar a pega-lo para finalizar a sua dança.

Ruska Roma é chamado para a dança cigana Russa, essa dança foi inspirada no ballet Russo com alguns movimentos corporais. As saias são bem rodadas, faz uso de mangas, algumas bailarinas mostram um pouco da barriga, seu olhar é mais altivos, porém com movimentos delicados, nesta dança as mulheres usam pandeiro e xale, em sua cabeça é usado uma espécie de fita, podendo ser usada rosas na cabeça, a dança masculina é bem parecida com a dança tradicional russa, suas vestimentas são simples. O passo principal da dança cigana russa seria a dança rom 1-2-3-1, passo usado na dança romanês, conhecido como passo cigano, não apenas usado

na dança cigana russa, mas usado nas danças húngaras e é claro na dança romani, quanto as músicas o violino e sempre o principal instrumento.



Figura 3. Dança cigana Russa.
Fonte: Sandryni (2011).

Dança Cigana Hungara ou çínderica

Hungria e Romênia são os dois países que a discriminação contra os ciganos é bem mais latente. Isso porque os ciganos sempre foram perseguidos e expulsos de onde ficavam que por sua vez absorviam a cultura local, por este motivo a dança cigana contém muitas faces, mas voltando a perseguição em 1492 no descobrimento da América. Havia muitos ciganos onde foram perseguidos e escravizados e levados para outros países, como por exemplo no descobrimento do Brasil, portugueses trariam alguns ciganos para o Brasil. Então a perseguição contra ciganos não é algo novo, e a Europa geral tem ainda tem perseguições grosseiras contra ciganos.



**Figura 4: Dança Cigana Hungara Companhia Lady Agatha
Espetáculo Horizonte Cigano**

Na Hungria existem dois tipos de dança cigana a tradicional e as de missia como se fossem uma espécie de restaurante. Na música húngara há o tocar do violino que foi incluído no século 19 antes a música era apenas percussão e voz, contém o som do jarro e o som das colheres que por sua vez é destaque na música cigana húngara, as colheres usadas na dança são de madeira e soam um som diferente das colheres convencionais, as colheres não são apenas usados pelo instrumentista, mas também é usado na mão da bailarina que por sua vez dança e toca no ritmo da música. O ritmo musical neste estilo de dança é o TÁ TUM TÁ TUM. As Csárdás na grafia colocam-se czardas/ taberna geralmente são tocadas com mais de um violino, são músicas de origem húngara, são músicas alegres popularizados pelos ciganos, há países próximos da Hungria que tocam este tipo de música, alguns países que tocam este tipo de canção são: Sérvia, Eslovênia, Ucrânia, Transilvânia, Croácia, Eslovênia . O principal passo na dança cigana húngara também é o passo 1,2,3,1 que chamamos de passo romani.

As roupas femininas são simples podem ser usados com duas peças ou um vestido como se fosse roupas de senhoras tradicionais, usam na cabeça o lenço com um coque ou duas tranças, sempre usam avental simples ou avental. Seu olhar é reto, mas com um ar de timidez e não há o uso de maquiagem ou pouquíssima maquiagem e acessórios nesta dança menos e mais em caráter de roupas e acessórios, já os homens as roupas são simples e se assemelham com a dança russa, porém a dança masculina na dança húngara é mais altiva, geralmente eles batem as mãos no corpo como se deles saíssem o som percussivo, bater com a mão no peito, pernas, pés, braços e mãos diferente da dança cigana feminina os homens pulam, descem ao chão com muito estilo abrem braços e até cantam junto.

Dança Cigana Manea



Figura 5: Dança cigana Manea- Romênia

Grupo de dança Lu Barcelos

Podemos chamar a dança Manea de Mahala ou Maneli, considerada uma dança Balcã com influências Turcas, vinda do Sul da Romênia.

Maneli significa comerciante de rua, para se dançar a dança cigana Maneli dança se com lenço na cabeça, saia não é rodada, camisa com gola arredondada avental drapeado com bastante roda, que as vezes este avental é confundido com uma saia devido a sua roda, usam sapatos para dançar há movimentos sensuais, pois existem deslocamentos pélvicos, esta transferência sempre é marcada na dança, com estalar de dedos e batidas no quadril com a mão fechada lembrando até mesmo a dança turca, há também movimentos delicados com a mão aberta, existem poucos giros e a mão geralmente em movimentos circulares, é uma dança que não vemos uma coreografia marcada o que tem denotação livre.

A música maneia é muito tocada em restaurantes tem influência do hip hop, com músicas balcânicas e orientais, suas letras geralmente falam de amor, alcoolismo, dificuldades da vida também tem há composições para casamentos. Segue alguns cantores: Adrian Minune conhecido como menino maravilha, Florin Fermecatorul, Jean de la Craiova, Prințesa de Aur, Sorin Copilul de Aur. Estes estilos de músicas são tocados nas rádios piratas e em pequenas rádios, em algumas tvs como ProTV, Prima TV e Antena 1, aparecem com frequência cantores de maneia.

Dança Cigana Balcãs



Figura 6: Bailarina Lumena (trocar a foto)
Espectáculo Horizonte Cigano-Diretora: Aghata Daae

De acordo com Maia (2013), na Península Balcânica, todas as músicas da Romênia são consideradas Balcãs, mas são diferentes Cocek ou Chocek é um dança de roda não considerada uma dança cigana, popular entre os ciganos, principalmente na região dos balcãs, ritmo preservado de gerações e preservada pelos ciganos, muito usada em casamentos e festas, dançado no compasso 9/8, pode ser dançada em grupos ou em solo com movimentos pequenos, pode ter ou não uma coreografia marcada.

O Kolo é uma dança em linha que lembra o Dabik (dança folclórica oriental Árabe). Dança da região dos balcãs, tradicional de grupo, parte superior imóvel, pode ser feita com circula fechado ou duas linhas paralelas. As roupas femininas são bem diferentes usa -se saia ou uma calça “Aladin”, uma espécie de e-charpe amarrada na cintura, blusinha um pouco mais colada e um colete, podendo usar lenço na cabeça. *A dança e bem parecida com a dança Manea, muda mais as vestimentas (SIMÕES, 2007).*

A música Balcã tem influência Turca devido a ocupação turca na região que deu por volta de 500 anos, antigamente era tocado com uma zurca que é uma espécie de flauta de madeira hoje é substituído com saxofone/clarinetes.

Dança cigana Turca ou Roma Havasi



Figura 7.

Fonte: Espaço saphyra de dança- bailarina Saphyra

Para Maia (2013), a dança cigana Turca tem influência Árabe, chama-se roma Havaz ou Turkish roma dance, é considerada também uma dança Balcã. Esta dança representa o cotidiano, exemplo dançar limpando casa, lavando roupa, indo para uma festa, tocando algum instrumento musical, representando algum sentimento alegria ou tristeza, sua música é 9/8, porém necessita respeitar mesmo os dois primeiros toques mais altos DUM DUM, DUM, TA, TA, ou seja, uma dança extremamente marcada, necessita o conhecimento da melodia para dançar-la.

O figurino da dança turca é bem simples, saia sem roda com duas marcações, lenço de quadril amarrado na frente, pode usar um lenço de moedas e um sem moedas juntar os dois e colocar na cintura amarrado na frente para dar ênfase ao movimento, lenço de cabelo amarrado de lado, bolero manga longa ou curta, camiseta de alcinha de algodão para não marcar, brincos maquiagem simples, no lugar da saia pode usar a calça gênio da lâmpada, a vestimenta será parecida com a dança balcã, a diferença entre uma e a outra serão o uso de alguns acessórios.

Kalbelia

Rajastão fica no norte da Índia, próximo ao Paquistão é uma região desértica, a região de Japur- Capital moram mais de 3 milhões de habitantes, e bem abastada, faz parte do deserto de Thali. Criada pelo governante da Umber 1728, sua moeda é a Rupia Japur é considerada a cidade rosa, não necessariamente rosa tem cor salmão e é regularmente pintada dessa cor, desde 1876 devido a um decreto do marajá Sawai Ram Singh, para receber o príncipe Albert.

Kalbelia foi considerada patrimônio desde 2010 pela UNESCO da

humanidade é uma dança que lembra o movimento das serpentes, região muito conhecida pelos encantadores de serpentes que por sua vez a serpente é negra (HILKNER, 2008).

A dança Kalbelia contém uma variedade de giros as de mãos são delicadas e parecem uma serpente, os quadris se movimentam sempre para baixo, as pernas estão ligeiramente flexionadas, esta dança fascinante faz uso de cambres e quedas turcas, nesta dança não se usa snujs, e suas músicas não envolvem questões políticas ou algo do gênero.

As roupas tem o fundo preto para se parecem com as serpentes do deserto em suas saís e blusas são costuradas bastante fitas coloridas, saia rodada, blusa simples, e adereços costurados como pom pom , não se usa moedas na testa na cor dourada, tem uma calça por baixo muitas pulseiras e para marcar o som da música nos tornozelos são amarrados os gungrus ou guizos, fazem uso de muita maquiagem, também é necessário o uso do véu, pode ser usado o pirceng indiano que vai do nariz a orelha, muitas bailarinas usam o bindi para enfeitar a testa.



Figura 8. Figurino para dança Kalbelia.

O Ghoomar é outra dança cigana indiana feita por mulheres do povo nômade a diferença das roupas para Kalbélia e que o fundo da roupa geralmente são bem coloridas é uma dança circular, que na primavera dançam em homenagem a deusa Saravasti deusa hindu da sabedoria, é uma dança de festa a utilização do véu é bem maior, dançada geralmente em palacetes é associado a riqueza.

Ghawaze

Grande parte das pessoas que tem interesse pela cultura árabe conhecem sobre a dança ghawazee. Os ghawazee são um povo cigano que passou a morar de modo sedentário no Egito, depois de viverem como

nômades por uma pequena parte da África. A palavra *ghawazee* pode ser traduzida como “cigana” de forma literal, e como “invasoras de coração”, em sua forma poética, devido a maneira sedutora e delidada de seduzir o seu público (ALFAYA, 2016).



Figura 9. Dança Ghawazee.
Fonte: Alfaya (2016).

Como se pode ver na Figura 9, essas mulheres normalmente eram muito exóticas, mantendo os pés e as mãos pintados com hena e utilizando muitos colares, pulseiras, anéis e tornozeleiras. Muitas vezes elas dançavam em eventos como celebrações de casamentos e outras ocasiões alegres, além de lerem a sorte, realizarem partos e tocavam uma infinidade de instrumentos com o objetivo de ganharem dinheiro e sustentarem as suas famílias.

Ghawazee significa invasora de corações ou cigana, estes ciganos ficam na região da Síria, Palestina e Egito. A primeira aparição das Ghawazee foi em 1835 no Egito. Antes da invasão inglesa no Egito existiam mais ou menos sete mil ciganos, após esta invasão não ficam mais de quatrocentos. As Ghawazee dançavam na rua e com isso não tinham boa reputação devido sua exposição, elas dançavam para o povo é uma dança de resistência, mas até hoje é uma dança marginalizada infelizmente.

De acordo com Assunção (2016), as dançarinas do Ghawazee por volta de 1798, foram proibidas de se aproximarem do exército de Napoleão Bonaparte, pois esse imperador encarava a atividade delas como perigosa para os soldados, com medo de transmissão de doenças sexualmente transmissíveis. Napoleão também temia pela miscigenação racial.

Alfaya (2016, p. s/n), menciona que:

No ano seguinte, em 1799, o ditador de origem albanesa Mohammad Ali é nomeado vice-rei do Egito com o apoio das autoridades europeias e com a promessa de modernizar o país. Em 1834, por conta de pressões religiosas e políticas, Mohammad baixa um decreto que bane as ghawazee do Cairo e elas são obrigadas a migrar para a Região Sa'idi (também chamada de Alto Egito, ao sul do país). No tempo em que estiveram na

região sul do Egito a cultura ghawazee, como é característico das culturas ciganas, se adaptou e incorporou a musicalidade local e é por isso que se pode ver tantas músicas para dança ghawazee com o ritmo sa'idi e dançadas com bastão ou bengala.

Posteriormente em 1866 foi revogado o decreto de banimento para as ghawazee que puderam retornar à cidade do Cairo para exercerem as suas atividades, desde que recolhessem os devidos tributos. Embora se fale muito da linhagem de Ghawazee relacionando-os a mulheres e dançarinas. Essas pessoas comuns nasceram e se criaram nas famílias Mazzin e El Ghazay.

Ghawazee é uma dança alegre, espontânea, muito animada e carismática. Normalmente marcada por movimentos amplos, ondulações de abdômen, marcações de quadril, travadas, encaixes e desencaixes, batidas de pés, cambres e trabalhos de chão. O objetivo principal é chamar a atenção do público, e um aspecto interessante é que a dança com candelabros (Raks el Shamadam) se originou com a ghawazee. Alguns ritmos podem ser apreciados nas músicas próprias para dança, nas quais as principais são o maksum, o fallahi e o sa'idi, para a bailarina e escritora Márcia Dib “quando for dançar said seja mais ghawazee”, contendo força e expressão que é necessária.

Suas roupas são: saia longa levantada aos lados ou não, pode ser usada por baixo uma calça de “Aladim”, uma bata comprida com mangas, na cabeça lenço até metade da cabeça e moedas, cinturão de moedas ou outros cinturões oi importante e trazer o foco para o quadril, elas não usam flores na cabeça, acessórios brincos pulseiras. Em sua dança há bastante deslocamento com muita movimentação de quadril, podem usar pandeiro egípcio. Os snujs são instrumentos que marcam o ritmo da música, além de ser um adereço para a bailarina usar em sua performance, dançar e tocar ao mesmo tempo.



Figura 10. snujs usados para marcar o ritmo da dança.
Fonte: Nut (2011)

Zambra

A zambra, conhecida também como mora ou moura é uma dança flamenca, feita geralmente pelos ciganos de Granada, Espanha. Há uma possibilidade desta dança ser o resultado da evolução de antigas danças dos mouriscos ou espanhóis muçulmanos forçados a converterem-se ao cristianismo em 1502.

Conforme Bourguetti (2004, p. 131):

A zambra é a dança típica das cerimónias nupciais ciganas e nas últimas décadas foi transformada em atração turística. Os espetáculos para turistas decorrem nas cuevas (grutas, ou seja, casas escavadas nas encostas) do Sacromonte, o bairro cigano de Granada. Durante algum tempo a zambra esteve proibida em Espanha por se considerar uma dança pecadora, devido à sensualidade que envolve. Em tempos mais recentes foi adotada por dançarinas como Carmen Amaya (1917–1963), La Chunga (n. 1938) e Pilar López Júlvez (1912–2008) e foi popularizada pela dançarina Lola Flores e pelo cantor e compositor Manolo Caracol nos anos 1940 e 1950.

Bourguetti (2004, p. 120), menciona que a “zambra é composta por três subgéneros, correspondentes às partes em que se divide o ritual nupcial originalmente associado à dança: a alboreá, a cachucha, a mosca e a zambra propriamente dita”. Assim, pode-se dizer que a zambra tem algumas semelhanças com a dança do ventre do Médio Oriente.

Esta dança é extremamente forte contém deslocamentos, há algumas ondulações e redondos da dança árabe, juntamente com a dança flamenca, batida dos pés, giros das mãos, fazem a junção e que ao final dará a zambra. O figurino para esta dança é uma saia não necessita muita roda, camiseta, um bolero de mangas curtas ou longas, pode ser usado um xale na cintura, pode colocar cinturão de moedas para representar a parte árabe que há na música, flores na cabeça é muito bem-vindo, é necessário que se dance descalço este estilo de dança, uma vez que se dança calçado terá de seguir as normas da dança flamenca a risca.

Aos acessórios para esta dança são leque, xale, castanholas. O melhor desta dança é a sua simplicidade.



Figura 11. Estilo Zambra
Fonte: Bailarina Elisa Zamith

Flamenco Árabe, as músicas são de origem espanhola, com bastante acompanhamento do derbake, ou não, pode haver algumas músicas que são puramente flamencas e então a bailarina vai misturar movimentos do flamenco com a dança árabe.

RAQS EL QAWLIYA

Kawlya, kawleea ou qawliya se trata de um termo árabe que se refere aos ciganos que residem no Iraque, geralmente concentrada em vilarejos ao sudeste de Bagdá. Utiliza-se a expressão árabe “*jama*” at el qawliya para se referir ao agrupamento de giangos, já que *jam’at* significa grupo em árabe. *Para mulher cigana chamamos de kawliya, para homem cigano é chamado de kawliy, mulheres ciganas kawliyar e homens ciganos kawilyeen, e para homens e mulheres Kumawawleh (SOARES, 2014).*

É um tipo de dança que vem sendo conhecida no Brasil, até mesmo confundida por leigos, muitos a chamam de Khaleege iraquiano e na verdade se chama Qawliya, porque há semelhança entre as danças quando se trata de giros da cabeça. *As Ucrânicas são as que mais dançam este estilo de dança nos países ocidentais, porém estas bailarinas de vestem com mais glamour, diferente das danças iraquianas raiz, ou seja, as Ucrânicas que colocam a dança mais performática (SALGUEIRO, 2012).*

A extensão territorial do Iraque equivale os estados de São Paulo e Paraná, juntos formam uma área de 450.00 km², o país faz fronteira com a Turquia, ao nordeste da Síria, ao oeste da Jordânia e ao sul do Kuwait, e a

o leste com Irá e com a Arábia Saudita no sul e oeste, é banhado pelos rios Tigre e Eufrates, e sua capital é Bagdá.

Em 634 a Mesopotâmia foi invadida pelo Árabes que deixaram como herança a língua e a religião islâmica, atualmente 60% dos iraquianos são xiitas. No ano de 1979 o general Ahmed Hasan Albakr que governava o país desde 1968, deixou seu cargo por motivos de saúde e quem o substituiu foi seu braço direito Saddam Hussein.

A primeira guerra no golfo foi em 1980 e a segunda guerra sucedeu em 1990 onde Iraque invadiu o Kuwait devido as divergências de demarcações de fronteiras e petróleo, terminando a guerra em 1991 onde Estados Unidos deram início a operação Tempestade no Deserto e destruíram boa parte do exército iraquiano.

Após a guerra, os iraquianos se revoltam contra o governo de Saddam Hussein, que por sua vez respondeu com muita violência obrigando os insatisfeitos a fugirem para países vizinhos como Irã e Turquia. No ano de 2003, os Estados Unidos invadiram o Iraque sob pretexto que o atual governador estava construindo um estoque de armas de destruição em massa. Mesmo sem provas o governo norte americano o capturou e o condenou ao enforcamento público em 30 de dezembro de 2006. Hoje o Iraque se vê na mais completa destruição e vem se tornando um país mais sofrido devido a constante ameaça terrorista e sem autonomia política.

Os ciganos que moram no Iraque são chamados de El Qawliya e mesmo havendo relatos que eles tenham se estabelecido na região quando ainda era Mesopotâmia, eles nunca foram aceitos pelas elites e pela maioria dos dirigentes iraquianos. Com relação as mulheres eram vistas como fáceis e vulgares uma vez que cantavam e dançavam em público e algumas se prostituíam, já os homens eram vistos como baderneiros pessoas que não gostavam de trabalhar.

Uma vez ali alocados acabaram de assumir alguns aspectos da cultura e vida local. Os Qawliya eram colocados à margem da sociedade, mas na época de Saddam Hussein eles conquistaram a cidadania iraquiana e dessa forma conseguiram ter um pouco mais de alívio para as suas vidas (SALGUEIRO, 2012).

Com a queda de Saddam Hussein muitos ciganos foram assassinados, perderam a sua cidadania e voltaram a sofrer perseguições, principalmente por muçulmanos extremistas. Sendo assim ciganos buscam abrigo em outros países tais como Síria, Jordânia e dentro do próprio golfo Pérsico. Outros ciganos mais pobres que não conseguiram sair e permaneceram na cidade de El Diwaniah, no sul de Bagdá. Trata-se de uma área bastante carente sem as mínimas condições de moradia. Muitos ciganos negam suas origens por medo e por vezes adotam os hábitos típicos da região para não serem percebidos.

Dança Iraquiana

No Iraque as danças típicas são Hajaa, Chobi, Kashaba, hewa e são danças que tem seus próprios códigos de sua história, porém o Iraque não reconhece e nem valoriza as atividades dos Qawliya, logo não se aplica aos olhos iraquianos a dança aqui estudada. Quanto ao Khaleege Iraquiano (nome errôneo dado a dança qawliya), as danças ciganas que estão no Iraque chegou ao Brasil como Khaleege iraquiano e se popularizou desta forma, mas khaleege e qawliya são danças diferentes.

Khaleege refere-se a uma cultura complexa que localiza-se no Golfo Pérsico, mas o Iraque não é um país de cultura Khaleege, apesar de estar ali geograficamente, por isso dizer que um Khaleege Iraquiano acaba por se uma titulação equivocada.

Qawliya

Dizer apenas que vamos dançar qawliya, não fica bem uma vez que quando dizemos estas palavras sozinha falamos apenas do povo que vive no Iraque, agora se acrescentamos raqs el quwaliya então estamos falando apropriadamente da dança. Raqs el Qawliya em sua tradução significa dança dos qawliya

A dança qawliya não é bem-vista uma vez que as ciganas sofrem intensa discriminação e uma vez que o país tem a religião muçulmana que tem muitas regras e proibições para todos. Muitos Iraquianos associam a dança com prostituição ou simplesmente pessoas desqualificadas. A dança considerada pelos Iraquianos se chama Chobi ou Dake iraquiano.

O ponto forte desta dança são os movimentos de ombro, peito e quadril, giros de cabeça, jogadas de cabelo e estalar dos dedos. Todos esses movimentos retratam muita sensualidade, por isso, as mulheres que a dançavam não eram bem-vistas pela sociedade, uma vez que se expunham demais através da dança.

De acordo com Salgueiro (2012), quando o exército de Napoleão invadiu o Egito, havia ali bailarinas que dançava, qawliya, conhecidas como ghawazee.



**Figura 12. trajes mais conservadores da qauliya
(bailarina Assala Ibraim)**

Características da dança

A bailarina Assal Ibrahim, descreve a dança como algo natural, com muito improvisado sem muitas regras e carregada consigo influências das danças iraquianas, sem preocupação de coreografia. *Se reparamos na dança não há dissociação de movimentos comuns dança do ventre, ou seja, nesta dança elas não aparecem, ele é fluído sem bloquear parte do corpo, demonstra garra e alegria ao mesmo tempo.* (SALGUEIRO, 2012). Esta dança se expande mostrando a força da mulher em seus movimentos, e muitas vezes assumam as pessoas que veem pela forma explosiva que é apresentada.

Os cabelos dançam também e são protagonistas nesta dança os movimentos são circulares ou em oito, jogando também para frente e para trás e fazem movimentos curtos como se os cabelos estivessem tremendo, mas a dança não se resume apenas para movimentar os cabelos e ir além disso. Trabalha se chão, deslocasse com os joelhos, queda turca, senta, agacha e dá pequenos pulos, saltos e marcações com és são presentes na dança, rolam no o corpo no chão e voltam a ficar de joelhos, usados shimmies de peito e quadril, poucas batidas laterais, mãos que batem com força no quadril (mãos fechadas), a batida dos pés no chão, tive a oportunidade de conversar com a bailarina Assal Ibrahim e a mesma comentou que esta batida significa acordar a terra para nos dar bons frutos, ou seja, é uma dança conectada cem por cento ao elemento terra, sempre dançada descalço. Por isso as roupas usadas para esta dança não são as batas que são largas, mas sim vestidos mais justos para deixar mais livre os movimentos nesta dança.

As russas ucranianas deram uma diferente interpretação a esta

dança, com acrobacias e com grau de dificuldade e que também chegou aos figurinos o que distância a dança feita no Iraque, mas que são de extrema valor uma vez que o povo tão discriminando seja sim lembrado (SALGUEIRO, 2012). Olhando alguns vídeos o que se percebe que as russas e ucranianas deram vida a esta dança, uma vez que este tipo de dança raramente é dançado no Iraque devido a discriminação, mas voltando as europeias elas deram mais sensualidade a dança isso digo aos movimentos e também com as roupas elaboradas, com mais brilho e transparência não que isso seja ruim, mas que não são raiz das ciganas iraquianas uma vez que suas vestimentas são mais simples, nem por isso deixam de ser elegantes e demonstram toda sua beleza e cor em sua dança.

Usam-se músicas e ritmos iraquianos inicia se com o mawal (gênero musical popular que teve seu maior sucesso entre 1960 e 1980, tipo de canto não improvisado cantado nas regiões do Cairo) e possuem características campestres e são interpretadas com um misto de alegria e tristeza. Os ciganos usam músicas como Chobi ou dake iraquiano, músicas muito apreciadas em seu país.



**Figura 13. Traje da dança com influência Russa e Ucraniana.
Fonte: Nut (2011)**

Os ciganos usam músicas como Chobi ou dake iraquiano, músicas muito apreciadas em seu país.

Principais bailarinas que dançam raqs el qawliya são: Assala Ibraim Hanna Adbellah, Melayeen, Alena Papucha, Yana Tsehotskaya, Carmen Fragoso, Warda Maravilha. Principais cantores raqs el qawliya: Sajda Obaid, Hossaam El Rassam, Sattar al saadi

Quanto ao figurino, as bailarinas geralmente usam vestidos de noite, usadas pelas ucranianas geralmente vestem com uma roupa que valoriza as

curvas, mas geralmente são saias longas com largas camadas, sempre coloridas e confortavelmente justas ao corpo, mangas compridas largas nas pontas, lenço de quadril é opcional, com acessório brincos, anéis pulseiras e colares, os lenços podem-se ou não ser amarrados ao cabelo.

Punhal

Punhal ou adaga, fazem parte da dança iraquiana antiga, símbolo de poder e orgulho, como muitos ciganos qawliya trabalham como ferreiros naturalmente este objeto é incorporado a dança, os punhais são decorados com flores, fita ou lãs, e não possuem um significado a dança ,através do punhal pode se transmitir a sua revolta força ou tristeza, geralmente tendem a ser movimentos contra si ou contra outra pessoas, com aponta voltada para si ou para fora, isso não significa nada como morte ou que deseja fazer mal a alguém é apenas uma característica na dança.



Figura 14. Punhal usado na dança iraquiana.
Fonte: Nut (2011)

O punhal é chamado de hischa, pelos iraquianos e é um símbolo de poder e orgulho. Na dança, porém, o uso de punhais tem um caráter mais romântico, como se o amor fosse afiado como um punhal. *Na dança iraquiana, os punhais são apenas mostrados pelas dançarinas, que não os usa como armas, mas apenas como um adereço (NUT, 2011).*

ESTUDO DE CRIAÇÃO

Oyá-lansã:
O vento da transformação
“O raio de Inhansã sou eu
Cegando o aço das armas de quem guerreia
E o vento de Inhansã também sou eu
Que Santa Bárbara é Santa que me clareia”
(A dona do raio e do vento, Paulo César Pinheiro).



Figura 15 Imagem de lansã.

Fonte: lansã | FUEP - Federação Umbandista do Estado do Paraná

O projeto Deuses e Deusas nasceu há alguns anos atrás, onde minha eterna professora Telma Sares, em um de seus espetáculos de dança, o tema seria natureza, qualquer coisa relacionada a natureza, e tinha perguntado a ela quais eram os temas que já haviam sido desenvolvidos e um deles ela já estava trabalhando o tema era o mar.

Por um momento fiquei sem saber o que poderia fazer para contribuir para o espetáculo de dança a sorte que minha professora tinha passado o tema a ser desenvolvido com antecedência. E teria um certo tempo para pensar o que poderia fazer.

Um dia ouvi a música do cantor Zeca Pagodinho, onde ele cantava “quando o canto da seria” e suas backing vocals cantavam o canto das sereias, por um momento voltei a ser criança e me lembrei do dia em que vi o mar pela primeira vez onde fiquei tão eufórica que minha mãe teve de

chamar mais pessoas para me tirar da água. Lembrei dos fatos a música e tudo que passei quando criança, então resolvi falar do mar de uma maneira diferente e lembrei que poderia falar de Yemanjá, falaríamos de um mesmo tema de forma diferente, e não atrapalharia a minha professora na sua evolução do espetáculo.

E foi um ano estudando, fazendo roupa, escolhendo a melhor música, aguçando os sentidos me sensibilizando de forma geral. No dia da apresentação minha professora nem imaginava como seria falar do mesmo tema que ela, mas o deixei este detalhe apenas na hora de dançar, foi o dia mais feliz da minha vida onde a dança fluiu e as pessoas que estavam em minha volta também fluía junto comigo, pessoas ficavam emocionadas e decidi fazer esta dança um projeto chamado deuses e deusas.

Além de estudar foi a forma de olhar a dança diferente, onde não é apenas uma montagem de coreografia, necessita de estudo, colocar um enredo onde as pessoas consigam entender a mensagem que passa e levar a emoção aos corações ir além do palco.

Este projeto de dança posso colocar a liberdade em qualquer dança e posso colocar qualquer música e dessa maneira encontrei liberdade de me expressar.

O projeto deuses e deusas tem a forma de mostrar o lado feminino e masculino destes deuses e deusas mostrando a melhor maneira possível a pureza da dança.

Coreografias montadas para este projeto são: Iemanjá, Oxum, Ogum, Iansã como podem ver são deuses africanos cultuados no Brasil, precisava começar com algo que passasse pelos nossos ancestrais e que perpetuassem aqui no Brasil, por este motivo comecei com os deuses africanos, e com eles aprendi que cada orixá remete a um elemento da natureza em Passos (2004, p.33) podemos encontrar:

o orixá é a força etérea e arquetípica presente em todos os elementos que compõem a Natureza. Cada divindade está associada a um elemento, que traduz os seus poderes divinos. Oxum domina a calma das águas doces, Oxóssi investe o seu poder na caça e nas florestas, Ossaim domina o mistério e o poder de todas as folhas, Xangô é o senhor do fogo e dos trovões, enquanto Obaluaíê domina a terra e os seus mistérios.

E por que escolhi Iansã para homenagear?

Quando criança morria de medo da chuva e dos fortes trovões, o meu medo era tanto que me escondia debaixo da cama, ou de qualquer lugar que me desse a sensação de segurança, este meu medo era tanto que minha mãe não sabia mais o que fazer comigo, era desesperador para ela.

Um dia peguei minha mãe ajoelhada no pé da cama e estava chorando muito, não entendi o que estava fazendo minha mãe só olhou para mim e pediu para voltar a brincar.

Depois de muito tempo houve um dia de chuva muito forte, com relâmpagos e trovões, eu estava no quintal brincando na chuva me divertindo

com o barulho dos trovões, eu gritava olha estão tirando fotos de mim tá saindo um monte de flashes, e estava conectada com a natureza, quando vi na porta minha mãe em prantos, eu molhada a abracei e perguntei por que estava assim, ela só me respondeu que estava grata porque Santa Bárbara que me tiraste o medo dos relâmpagos e trovões. Eu apenas disse a ela que o céu estava tirando fotos e o barulho e da câmera de Deus.

Hoje lembrei dessa linda história real que aconteceu em minha vida e divido com vocês. Na coreografia livre mostrarei um pouco da magia e mistério realizando na dança cigana uma rumba porém na música e da Maria Bethânia “ A dona do Raio do vento(ao vivo) Carta de amor, mostrarei através da rumba e da dança contemporânea os encantos desta deusa vigorosa e guerreira representado a garra de seus filhos ao final haverá um ponto de lansã onde será dado o ponto final a coreografia e a mostrando com mais força e vigor de lansã como orixá.

Um pouco da história de lansã. Conhecida como lansã, Inhança, oyá é uma Orixá africana que comanda as tempestades, raios, trovões e ventos e controla os espíritos dos mortos com um eruxum, que é um rabo de cavalo este é um dos símbolos que a acompanha.

Uma das entidades mais guerreiras e esposa de Xangô, ao qual recebeu o nome de mãe do entardecer, ou então mãe do céu rosado. Ela é saudada quando há barulho de trovão pelo fato de ser a amante que mais amou Xangô e por sua vez não atingiria aqueles que por sinal se lembrassem de sua amada. E por isso que muitos dizem: EPAHEY OYÁ! Como forma de saudação respeitosa pela bela e forte lansã.

Em muitas lendas essa história explica a sua ligação com os ehguns. Conforme a mitologia africana, lansã viveu ao lado de Xangô por muito tempo tornando se companheira de aventuras, ela gostava muito dele embora ela fosse bastante inconstante.

Xangô morreu e ela entro em profundo desespero a ponto de não querer mais viver. Certo dia ela pediu aos orixás que a deixasse ir para o mundo dos mortos e ficar com o seu marido. Assim ela se matou e acabou se tornado amiga dos eguns, os quais ela os domina com o seu chicote nos cultos dos mortos.

lansã é uma divindade cultuada na Umbanda e candomblé, e recebe homenagens dia 04 de dezembro onde também é comemorado o dia de Santa Barbara no qual é sincretizada na igreja católica, sua comida predileta é o acarajé iguaria muito gostosa e que vale a pena experimentar.

Os filhos de lansã são facilmente reconhecidos ,possuem temperamento tempestivo explosivo e não gostam, de ser contrariados, independente se tem razão ou não, geralmente são alegres, mas se questionados podem ser violentos e até mesmo agressivos, são leais e objetivos e enfrentam qualquer situação de peito aberto, destacam se pela franqueza extrema.

CONCLUSÕES

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou uma análise de como é uma vida cigana, que muitas vezes enfrentam muitos preconceitos, e necessitam por questões de sobrevivência negar a sua ancestralidade para viver em paz. Além disso, também permitiu uma pesquisa de campo para obter dados mais consistentes formas de dançar e respeitar o povo cigano, uma vez que está dentro de uma cultura e quer dar aulas nada melhor que estudar para que dessa forma não envergonhe um povo e que é necessário estudar e se aprofundar ainda mais uma vez que quase não temos vestígios históricos escritos e sim falados por ciganos .

Ao estudar com mais profundidade das danças ciganas vemos que há muito que aprender que sempre encontramos formas para um novo aprendizado, quando ouvimos as músicas Turcas, Balcãs e do sul do Romênia por exemplo verificamos que há muitas semelhanças, mas que encontramos em pequenos detalhes suas diferenças, isso fortalece e enriquece os nossos estudos.

Quando tivemos a aula do cigano Jorge Yavanowishy, pude ver mais perto o quanto é rica esta cultura e que merece todo carinho e respeito, e como muitos ainda guardam mesmo com riscos a sua ancestralidade e colocam em prática tudo que ainda carregam, que aqui no Brasil estes ciganos ainda encontram a liberdade para serem ciganos enquanto em outros países eles não tem a menor chance de se colocarem e de serem respeitados. Todavia esta aula contribuiu para tirarmos as dúvidas é também ver mais perto o quanto é rica, é esta cultura.

Dada à importância do assunto, tornou se mais importante escolher o tema a ser desenvolvido que através do tema Raqs el Qwaliya pude perceber o quanto é forte a dança cigana mesmo que vista por muitos como uma dança com mulheres fáceis podemos ver a garra e a determinação que esta dança predomina, que mostrar que através de muito pouco ou de nada ainda encontram forças para dançar, digo que uma vez o Iraque é um país que não tem uma evolução política e também sofre com o terrorismo. Uma outra parte que vale a pena ser contada que a dança livre também nos dá passagem para abrimos e mostrar o que somos capazes de fazer de forma e aprendemos a nos descobrir e ainda mais colocar em prática aquilo que desejamos e colocamos em prática.

Nesse sentido, as aulas além de mostrar essa cultura tão rico nos proporcionou o encontro de nós mesmas e através disso que somos capazes de fazermos mais e estudar ainda mais para uma dança com emoção e com princípios de estudo”

Mas cabe colocar que o povo cigano prioriza a inteligência, que ensina a força interior que tem dentro de si; são a luz, inspiração, energia e amor. Povo que aprende desde cedo os dons mágicos das palavras e do respeito, é místico, alegre, íntegro e, sobretudo fiel às suas tradições, com fortes pontos em comum entre todas as partes do mundo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALFAYA, N. **Ghawazee**: o povo, a dançarina e a dança. Disponível em: <https://www.revistaprosaveroarte.com/ghawazee-o-povo-a-dancarina-e-a-danca-nati-alfaya/> Acesso em: 19/04/2019.

ASSUNÇÃO, N. M. R. G. Entre Ghawazee, Awalim e Khawals: Viajantes inglesas da Era Vitoriana e a “Dança do Ventre”. **Dissertação de mestrado**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). 2016.

BORGUETTI, Cadica. RESGATE DA IDENTIDADE DA DANÇA FLAMENCA, 2004. **Monografia** (Curso de Especialização em Dança) Faculdade de Educação Física e Ciências do Desporto- Puc/RS.

CASERTA, R. A. N. **Expressividade e energia vital na dança Flamenca**. Campinas: Unesp, 2008.

EL CAMERINO. **Show de dança catalana**. Disponível em: <http://www.elcamerino.net/news/2014/10/7/more-news> Acesso em 11 de fev. de 2019.

HILKNER, R. R. **Ciganos**: Peregrinos do Tempo. Campinas: Unicamp, 2008.

MAIA, S. B. **A dança cigana como prática artística e pedagógica**. Natal: UFRN, 2013.

NAPOLITANO, M. **História e música**: História cultural da música popular. Belor Horizonte: Autêntica, 2002.

NICOLAY, Ricardo. Representação e memória do fado e do samba no cotidiano da cidade. **Revista do CFCH** (Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio de Janeiro), Rio de Janeiro, v. 2, p. 120-140, jul.-dez. 2010.

NUT, M. **kawliya kawleeya**. Disponível em: <http://marcia-nut.blogspot.com/2016/09/danca-iraquiana-kawliya.html> Acesso em 15 de jul. 2019.

PASSOS, Marlon Marcos Vieira. Oiá-Bethânia: amálgama de mitos. Uma análise socioantropológica da trajetória artística de Maria Bethânia sob a influência de elementos míticos do orixá Oiá-Iansã. **Monografia** Final de Curso. Salvador: FACOM/ UFBA, 2004.

SAADAWI, N. E. **A face oculta de Eva**: as mulheres do mundo árabe. São Paulo: Global, 2002.

SARRÁ, D. S. **El rumb de la rumba**. São Paulo: Didac, 2013.

SALGUEIRO, R. R. **Um longo arabesco**: corpo, subjetividade e transnacionalismo a partir da dança do ventre. Brasília: UB, 2012.

SIMÕES, S. R. F. **Educação Cigana**: Entre lugares, escolas e comunidade étnica. Florianópolis: UFSC, 2007.

SOARES, A. C. M. **Raqs el Jaci**. (Dança de Jaci). Porto Alegre: UFRGS, 2014. THEODORO, Helena. Rainha dos tempos e das tempestades. Pallas, 2009.

XAVIER, C. N. **5,6,7. do oito ao infinito**: por uma dança sem ventre, performática, híbrida e impertinente. Brasília, UB, 2006.

ZANIN, F. C. **Aspectos gerais da música flamenca**. Dissertação de mestrado, Curso de Musicologia, Departamento de Música da Escola de Comunicação e Artes da Universidade de São Paulo, 2005.

Aula especial com o Cigano Jorge Yavanowishy que ministrou a aula de costumes ciganos.

Camila Motta Venturin

Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto

Beatriz Maria Martins de Souza

Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto

João Paulo Luvizotto Alcântara de Pádua

Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto

Roberta Faria de Souza

Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto

Taís Rigotto Rahme Costa

Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto

RESUMO

Atualmente existem uma gama de estudos e trabalhos sobre a prevenção primária de doenças cardiovasculares com o início de hábitos mais saudáveis, mudança do estilo de vida. Porém, nos pacientes que já tiveram algum evento cardiovascular o cuidado passa a ser diferente, visando a prevenção secundária de novos eventos, além da importância de medidas para reduzir não só a mortalidade, mas também a morbidade destes pacientes. Diante disso, faz-se necessário maiores estudos e revisões sobre o tema de reabilitação cardiopulmonar que é um conjunto de atividades de intervenção física, social e psicológica coordenadas entre a equipe médica e a fisioterapia com o objetivo de controlar fatores de risco, melhorar sintomas, capacidade funcional e impactar na evolução das doenças cardiovasculares. O presente trabalho faz uma revisão sobre a reabilitação cardiopulmonar nas principais cardiopatias que acometem a população em geral.

Palavras-chave: Doenças Cardiovasculares (DCV), Insuficiência Cardíaca (IC), Doença Arterial Coronariana (DAC), reabilitação cardiopulmonar, exercício físico.

INTRODUÇÃO

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica existente na literatura para análise e reflexão sobre o tema de reabilitação cardiopulmonar com enfoque na insuficiência cardíaca, doença arterial coronariana e valvopatias.

Fisiologia do exercício

As pesquisas em Fisiologia do Exercício tem como objetivo observar os efeitos do exercício em sistemas orgânicos específicos e investigar o

metabolismo energético, os sistemas cardiorrespiratório, neuromuscular, imunológico e endócrino (PLOWMAN & SMITH, 2009).

Na área da Fisiologia do Exercício voltada à saúde, os estudos abordam o papel do exercício na prevenção, tratamento e controle de doenças relacionadas ao sedentarismo, em especial, as doenças crônico-degenerativas.

Já está comprovado que o exercício regular tem benefícios abrangentes na qualidade de vida e redução de fatores de risco principalmente cardiovasculares e que o sedentarismo é preditor mais forte de mortalidade do que fatores como tabagismo, hipertensão e diabetes. Por se tratar de um fator de risco modificável, cabe ao médico a avaliação, prescrição e orientação aos pacientes quanto ao abandono do sedentarismo. Baseados nesses benefícios é que surgem os programas de reabilitação cardiopulmonar que abrangem equipes multidisciplinares que baseados na avaliação individual, limitações físicas, psicológicas e fisiológicas atuam na melhora dos fatores de risco, capacidade de exercício, adesão medicamentosa e terapias preventivas secundárias em indivíduos que necessitam de intervenções, tais como cirurgias de revascularização, trocas valvares, intervenção percutânea.

As formas de treinamento da reabilitação cardiopulmonar podem ser divididas nas seguintes categorias segundo o artigo publicado no Uptodate (Cardiac rehabilitation programs): treinamento de resistência padrão, tais como: caminhada, caminhada em esteira inclinada, trote, corrida, ciclismo natação. Treinamento de força tradicional, como: levantamento de peso comum ou olímpico, treinamento com equipamento de resistência. Treinamento intervalado de alta intensidade, treinamento de flexibilidade como por exemplo: ioga, pilates. Treinamento misto de força e aeróbico, treinamento de aptidão funcional que é usado para treinar o corpo para atividades de vida diária.

Não há uma prescrição capaz de abranger as necessidades e interesses de todos os pacientes, uma vez que cada indivíduo possui limitações, indicações e necessidades diferentes, se beneficiando de modalidades também diferentes. No entanto, em comparação com nenhum exercício, praticamente qualquer tipo de exercício é capaz de proporcionar benefícios substanciais na qualidade de vida e riscos cardiovasculares com a prática de apenas uma hora semanal.

Sabe-se que o exercício aeróbico parece ter maior benefício na hipertensão arterial enquanto os exercícios de resistência foram estudados no contexto da doença arterial coronariana crônica, embora combinados com exercícios aeróbicos, aumentam independentemente a força muscular, portanto, quando combinados fornecem resultados quanto a força muscular, capacidade de trabalho, redução de gordura e aumento de massa magra.

A Diretriz Brasileira de Reabilitação Cardiovascular de 2020 cita alguns benefícios do exercício como a melhora do perfil lipídico, atuando na redução de triglicérides, aumento de lipoproteína de alta densidade (HDL), com efeitos variáveis sobre a lipoproteína de baixa densidade (LDL). Cita

também a redução da pressão arterial com a prática regular de pelo menos 150 minutos de exercício físico semanal, alguns dos mecanismos propostos para este benefício é a redução do estresse oxidativo e inflamação, aumento do tônus vagal, diminuição da atividade simpática, redução de resistência vascular periférica.

O exercício físico também é coadjuvante no tratamento e prevenção do diabetes mellitus tipo II, aumentando a atividade de enzimas mitocondriais e consequente aumento energético muscular e redução da resistência insulínica, além de maior redução do estado inflamatório, reduzindo a atividade aterogênica das células mononucleares do sangue e produção de citocinas aterogênicas.

Efeito do exercício na hemodinâmica e no músculo esquelético

O treinamento aeróbico foi associado a melhorias significativas na FEVE (diferença média ponderada de 2,6%) e nos volumes diastólico e sistólico final (diferença média ponderada -11,5 mL e -12,9 mL, respectivamente). As melhorias no débito cardíaco e na capacidade de exercício podem estar relacionadas a melhora nas taxas de enchimento diastólico inicial do VE em repouso e durante o exercício.

No músculo esquelético, a utilização do oxigênio se torna mais eficiente, permitindo que uma quantidade semelhante de trabalho seja realizada com uma frequência cardíaca, produto frequência-pressão e ventilação minuto, mais baixos (indicando troca gasosa melhorada). Assim, permite que os pacientes realizem suas tarefas diárias com menos sintomas e menos incapacidade.

Os exercícios também promovem redução da ativação autonômica e neuro-humoral. O treinamento físico reduz o tônus simpático e aumenta o tônus vagal em repouso, restaurando assim o controle autonômico cardiovascular para o normal. A sensibilidade aumentada dos barorreceptores arteriais pode contribuir para essa redução. Essa alteração no equilíbrio simpático-parassimpático está associada a frequências cardíacas de repouso mais baixas. O treinamento físico também reduz a atividade neuro-humoral com diminuição dos níveis de repouso de angiotensina, aldosterona, vasopressina e peptídeo natriurético. Na medida em que essas alterações reduzem a resistência vascular sistêmica e a pós-carga cardíaca, levam a uma melhora no desempenho cardíaco.

Além disso, o treinamento físico também melhora a função endotelial com o aumento da formação de óxido nítrico basal. Há também vasodilatação mediada pela acetilcolina dos vasos sanguíneos do músculo esquelético, possivelmente levando a um aumento na capacidade de exercício. A suplementação dietética com L-arginina, que também aumenta os níveis de óxido nítrico, melhora a função endotelial em pacientes com IC de forma semelhante ao exercício, ambas as intervenções juntas têm efeitos aditivos.

Os exercícios reduzem os níveis plasmáticos de citocinas pró-inflamatórias, incluindo fator de necrose tumoral alfa (TNF- α) e interleucina-6

e seus receptores solúveis; e mediadores de apoptose. Essas citocinas podem ter efeitos prejudiciais na função cardíaca e no músculo esquelético.

A reabilitação cardiovascular também pode aumentar a capacidade oxidativa muscular e reduzir o estresse oxidativo. Em pacientes com ICFe, o treinamento físico melhora a utilização de oxigênio com aumento da atividade de enzimas oxidativas e aumento do conteúdo mitocondrial. Tais mudanças melhoram o VO₂ pico e retardam o início do metabolismo anaeróbico. Pacientes com pior função ventricular parecem se beneficiarem mais, fator que contribui para o encorajamento à prática de exercícios físicos neste cenário.

Modalidades do treinamento físico

Os programas de RCV podem utilizar vários formatos, usando modalidades isoladas ou associadas. Os exercícios podem ser aeróbicos (moderada e/ou alta intensidade), de resistência muscular localizada e treinamento de musculatura respiratória.

Os treinamentos aeróbicos podem ser contínuos de moderada intensidade (TCMI), que correspondem à zona de FC delimitada pelos limiares ventilatórios do TCPE, ou, no caso do TE, à zona situada entre 60 e 80% da FC pico ou 50 e 70% da FC de reserva. Pacientes mais graves e com maior limitação funcional podem iniciar no limite inferior da prescrição. Progressões de intensidade até o limite superior podem ser realizadas com a evolução do treinamento.

Também há estratégias que utilizam exercícios aeróbicos de alta intensidade realizados de modo intervalado, denominado de treinamento intervalado de alta intensidade (TIAI). Essa modalidade alterna períodos mais intensos com momentos de recuperação passiva ou ativa, o que possibilita maior duração total de exercícios na alta intensidade e, conseqüentemente, pode produzir maior estímulo para adaptações fisiológicas centrais e periféricas. Em pacientes com IC e FEVE reduzida, Wisloff et al. demonstraram que o TIAI foi superior ao TCMI em promover a melhora na capacidade funcional e em diferentes parâmetros cardiovasculares.

O maior estudo multicêntrico publicado, o Smartex-HF, comparou essas duas modalidades de exercícios, aeróbico de alta intensidade intervalado (TIAI) e contínuo de moderada intensidade (TCMI), e evidenciou que os benefícios são semelhantes, não havendo superioridade de modalidade em nenhum aspecto. Portanto, a escolha do protocolo vai depender de experiência da equipe, condições clínicas, capacidade física e preferências do paciente. Além disso, o modo de utilizar o TIAI pode variar bastante, com vários protocolos descritos. A utilização e o modo de execução vão depender das características clínicas e escolhas do paciente, bem como da experiência e das preferências da equipe de RCV.

O treinamento de resistência é outra modalidade que tem sido menos estudada na IC devido a preocupações acerca de riscos potenciais. Embora a evidência limitada disponível, o treinamento de resistência é seguro e

benéfico. Eles podem ser prescritos como percentuais da contração voluntária máxima ou de acordo com a percepção subjetiva ao esforço. As cargas e repetições recomendadas podem variar de acordo com as limitações funcionais do paciente e devem ser individualizadas, com progressão de acordo com evolução na RCV.

Os exercícios respiratórios têm sido indicados para programas de treinamento de pacientes com fraqueza da musculatura respiratória. Sabe-se que a fraqueza muscular respiratória e o descondição podem piorar a tolerância ao exercício e a qualidade de vida em pacientes com IC. O treinamento muscular respiratório melhorou a força e a resistência muscular em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. A meta-análise de Smart et al. que avaliou 11 estudos com 287 participantes com IC, sendo 148 submetidos ao treinamento da musculatura inspiratória (TMI) comparados com 139 controles sedentários, mostrou significativos ganhos devidamente documentados: a) no TCPE, pelo aumento de consumo de oxigênio miocárdico no pico do esforço (pico de VO₂) e melhora na eficiência ventilatória observada na relação da ventilação pulmonar com a produção de dióxido de carbono (VE/VCO₂); b) na espirometria, pelo aumento da pressão inspiratória máxima; c) no teste de caminhada de 6-minutos, pela maior distância percorrida; d) melhora da qualidade de vida. Portanto, o TMI proporcionou ganhos da aptidão cardiorrespiratória e na qualidade de vida de similar magnitude aos obtidos com o treinamento convencional, devendo ser considerado alternativa válida para os pacientes com IC gravemente descondição fisicamente e muito debilitados, em uma transição para os exercícios físicos convencionais.

Evidências de ensaios sugerem que um programa que combina modalidades de exercícios pode fornecer maior benefício do que programas de modalidade única. Pequenos estudos randomizados descobriram que a adição de treinamento muscular inspiratório a um programa de exercícios aeróbicos resultou em melhorias, incluindo redução na dispneia, aumento no consumo máximo de oxigênio, redução no NT-proBNP, aumento no tempo de exercício e melhor qualidade de vida, em comparação com uma modalidade única de treinamento.

No entanto, uma revisão sistemática descobriu que o treinamento aeróbico associado a exercícios de resistência não foi mais eficaz do que o treinamento aeróbico isolado em termos de VO₂ máximo. Houve evidência de que o benefício do exercício aeróbico nos volumes do VE pode ser diminuído ou perdido com a adição do treinamento de força. Porém, como os estudos eram limitados, as evidências sobre o treinamento combinado eram inconclusivas. Diante disso, apesar da preocupação sobre os efeitos nocivos do aumento agudo na pós-carga causada pelo treinamento de resistência, a evidência limitada disponível sugere que o treinamento aeróbico e de força combinados em pacientes com ICFe ou ICFeP não causa efeitos adversos.

REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Observações desde a década de 1980 documentaram melhorias proporcionadas pelos exercícios para pacientes com IC. Os pacientes que ingressam na reabilitação cardiovascular apresentam incremento no débito cardíaco, pico e frequência cardíaca máxima e se associa a um aumento de 16% do consumo de oxigênio.

Segundo a declaração do consenso da Associação Americana do Coração, a Associação Americana de Reabilitação Cardiopulmonar e o Colégio Americano de Cardiologia (AHA/AACVPR/ACC), um programa de reabilitação cardiovascular (RCV) compreende o cuidado integral de pacientes com IC crônica (evidência classe I). A RCV deve incluir uma abordagem multidisciplinar consistente, não somente em relação aos exercícios, mas também quanto ao trabalho educativo, visando o controle dos fatores de risco, mediante uma modificação do estilo de vida.

Estudos randomizados pequenos, revisões sistemáticas e meta-análises têm consistentemente demonstrado que o treinamento físico regular aumenta a tolerância aos exercícios, melhora a qualidade de vida e reduz hospitalizações por IC.

Os exercícios físicos induzem a uma série de adaptações nos músculos esqueléticos, que inclui aumento da massa muscular, aumento do conteúdo de mitocôndrias, incremento da atividade das enzimas oxidativas, maior extração de oxigênio do sangue e mudança na distribuição do tipo de fibras.

Anormalidades bioquímicas e funcionais significativas no músculo esquelético estão presentes em pacientes com IC e desempenham um papel importante na intolerância ao exercício. Anteriormente, pensava-se que a limitação ao exercício em pacientes com IC era inteiramente devida à disfunção cardíaca. No entanto, drogas que melhoram o débito cardíaco podem não melhorar agudamente a tolerância ao exercício. Assim, fatores além do baixo débito cardíaco e redução do fluxo sanguíneo ao músculo esquelético contribuem para a baixa tolerância ao exercício e fadiga.

A inatividade é, em parte, responsável pela baixa tolerância aos exercícios levando à atrofia muscular. Além disso, o músculo esquelético utiliza fosfatos de alta energia de maneira ineficiente, como resultado, o ácido láctico se acumula em uma taxa mais rápida do que em controles normais, contribuindo para a fadiga muscular e capacidade limitada de exercício. Essas anormalidades bioquímicas e funcionais, quando somadas ao descondiçãoamento, podem resultar em impacto ainda maior na função física. A disfunção do músculo esquelético fornece parte da justificativa para o uso da reabilitação cardíaca em pacientes com IC.

A disfunção muscular esquelética também pode envolver os músculos respiratórios, resultado da força muscular diminuída secundária à inatividade, o que causa aumento no trabalho ventilatório e contribui para a fadiga e dispneia ao esforço. Daí a necessidade de realizar treinamento dos músculos respiratórios, o qual melhora o fortalecimento e a resistência destes

músculos, contribuindo para aumentar a tolerância ao exercício.

As respostas inflamatórias e imunológicas desempenham um papel central no desenvolvimento e na progressão da IC. Níveis circulantes aumentados de algumas citocinas têm sido detectados nestes pacientes. O exercício afeta benéficamente tais marcadores inflamatórios, melhorando a tolerância à atividade física e atenuando o processo inflamatório. Assim, produz-se uma liberação de fatores de relaxamento derivados do endotélio, cujo principal representante é o óxido nítrico, que permite maior vasodilatação.

A maioria dos estudos sobre o treinamento físico na IC incluiu pacientes com IC com fração de ejeção reduzida (ICFEr). Menos dados estão disponíveis em pacientes com IC com fração de ejeção preservada (ICFEp), embora esses pacientes possam ser tão limitados em sua capacidade de exercício quanto aqueles com ICFEr. Antes de iniciar o programa de treinamento, é fundamental que o paciente esteja com o tratamento farmacológico otimizado e clinicamente estável. Deve-se realizar uma avaliação funcional, preferencialmente com TCPE (teste cardiopulmonar do exercício) ou TE (teste ergométrico). Na indisponibilidade das provas funcionais citadas, o teste de caminhada de 6 minutos pode servir de parâmetro de acompanhamento dos ganhos funcionais. Os testes funcionais devem ser realizados em uso das medicações prescritas para mimetizar a condição que estará presente durante o treinamento. Os exercícios físicos, apenas não devem ser prescritos para pacientes com IC clinicamente instáveis, com quadro de miocardite aguda ou na ocorrência de processos infecciosos agudos sistêmicos (Classe IIIC).

Em resumo, sabe-se que a redução do nível de atividade física na IC desencadeia um ciclo vicioso, que contribui para aumentar os sintomas e a intolerância ao exercício, secundários à redução da capacidade funcional, produzindo efeitos psicológicos negativos, deterioração da vasorreatividade periférica com disfunção endotelial e inflamação crônica

A reabilitação cardíaca em pacientes com ICFEr compensada reduz as hospitalizações totais e relacionadas à IC, melhora a tolerância ao exercício e a qualidade de vida, reduzindo também os sintomas de depressão. Diante dessas evidências, a RCV é recomendada na IC, tanto na FEVE preservada ou reduzida.

Para insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida

Em uma revisão sistemática sobre treinamento físico em pacientes com IC, que analisou 33 estudos randomizados com inclusão de 4.740 pacientes com predomínio FEVE reduzida, houve tendência à redução da mortalidade total com os exercícios físicos após um ano de seguimento. Comparado ao controle, o grupo de treinamento físico teve menor taxa de hospitalização por IC e melhora da qualidade de vida.

O maior estudo incluído na metanálise foi o estudo HF-ACTION, no qual 2.331 pacientes com FEVE \leq 35% e IC classe II a IV da NYHA (96% com sintomas classe II ou III da NYHA) foram randomizados e atribuídos a

um programa de treinamento de exercícios supervisionados e cuidados habituais ou apenas cuidados habituais (que incluíam educação e recomendação de exercícios regulares). O estudo revelou apenas uma modesta, mas não significativa, redução nos desfechos primários de morte e hospitalizações por todas as causas, embora tenha demonstrado benefícios importantes na qualidade de vida e redução da taxa de hospitalizações por IC. Como crítica à pesquisa, há que se considerar que a baixa adesão aos exercícios provavelmente prejudicou a eficácia da intervenção, hipótese que foi confirmada posteriormente em outro estudo, que demonstrou ser a adesão aos exercícios fator determinante para a obtenção de benefícios a médio prazo. Neste estudo, a melhora no pico de VO₂ foi modesta, embora estatisticamente significativa (0,6 x 0,2 ml/kg/min nos controles) aos 3 e 12 meses, assim como a melhora na distância percorrida na caminhada de seis minutos aos três meses. A melhora na caminhada de seis minutos aos três meses foi atenuada aos 12 meses. Além disso, houve uma melhora significativa no estado de saúde medido pelo Questionário de Cardiomiopatia de Kansas City, que ocorreu precocemente e permaneceu durante o estudo. A adesão que foi menor do que o previsto pode ter afetado a melhora do pico de VO₂.

Os benefícios da reabilitação cardíaca na função física também foram demonstrados em pacientes idosos com IC que apresentam uma alta carga de fragilidade. Em um estudo (REHAB-HF), 349 pacientes ≥ 60 anos que foram hospitalizados recentemente por IC (aproximadamente metade com FEVE <45%) foram aleatoriamente designados para cuidados habituais ou reabilitação cardíaca personalizada (36 sessões). Em contraste com os programas usados em outros ensaios, esse programa começou no hospital, focado principalmente no treinamento de equilíbrio e mobilidade e exigia o mínimo de equipamento. No início do estudo, 97% dos participantes do estudo foram classificados como pré-frágeis ou frágeis pelos critérios de Fried. Aos três meses, os pacientes do grupo de reabilitação cardíaca apresentaram níveis mais elevados de função física (conforme medido pela pontuação da Short Physical Performance Battery) em comparação com os do grupo de controle (8,3 x 6,9 pontos). As taxas de reinternação por qualquer causa foram semelhantes entre os grupos.

A depressão é comum entre os pacientes com IC e afeta adversamente o prognóstico. Uma meta-análise de 16 estudos randomizados com 3.226 pacientes com IC (principalmente ICFer) descobriu que o treinamento físico reduziu os sintomas de depressão, e esse efeito antidepressivo foi consistente em pacientes com menos e mais de 65 anos de idade.

Para insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada

Em pacientes com ICFEP (definida como IC com FEVE $\geq 50\%$), o treinamento físico melhora a qualidade de vida, o condicionamento

cardiopulmonar (pico de VO₂ medido pelo TCPE) e na função diastólica avaliada pelo ecocardiograma.

Para Insuficiência Cardíaca descompensada

No que se refere à IC em fase de descompensação, ainda existem poucos estudos sobre a RCV. Ricardet al. em estudo de caso, avaliaram a deambulação intermitente em pacientes com IC descompensada em uso de dobutamina e observaram melhora da capacidade funcional destes (pré e pós treinamento) por meio do teste de caminhada de seis minutos (TC6'). Outros autores, estudando pacientes com IC descompensada classe funcional II a IV da NYHA e submetidos a exercícios respiratórios, exercícios ativo-livres e deambulação no período de internação hospitalar, observaram que tais pacientes apresentaram resposta autonômica adequada ao exercício aplicado (aumento da modulação vagal e redução da modulação simpática), além de melhora da capacidade funcional e maiores escores de qualidade de vida.

REABILITAÇÃO CARDIOPULMONAR EM PACIENTES COM DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA

A Doença Arterial Coronariana (DAC) pode ser por anos assintomática, apresentar sintomas estáveis ou ainda apresentar desfechos agudos como infarto agudo do miocárdio ou angina instável.¹

Fatores comportamentais, como tabagismo e dieta, além do sedentarismo, são fatores de risco para doenças cardiovasculares, e consequentemente para doença arterial coronariana. O tratamento clínico pleno, com otimização do tratamento farmacológico e prática de exercícios físicos regulares, associado a modificações dos fatores comportamentais, tem efeito benéfico direto na evolução clínica e desfecho dos pacientes portadores de DAC, sendo caracterizado como prevenção primária e secundária.^{2,3}

Recentemente a reabilitação cardiovascular vem ganhando força, mostrando resultados consistentes como prevenção terciária; visando limitar as consequências da doença, objetivando a qualidade de vida do paciente.

A reabilitação cardiovascular, focada na atividade física regular, é extremamente benéfica nos portadores de Doença Arterial Coronariana. Além de controlar muitos dos fatores de risco cardiovascular, a atividade física contribui para a cardioproteção contra lesões isquêmicas, além de promover a circulação colateral.⁴

Os principais mecanismos envolvidos no processo de cardioproteção são sinalização do óxido nítrico, aumento dos níveis de proteínas de choque térmico (proteínas capazes de se ligar ao DNA, regulando a expressão das HSP70 - proteínas que promovem a proteção do músculo cardíaco contra eventos estressores, especialmente durante a isquemia-reperusão),

aumento da capacidade antioxidativa cardíaca, melhora na função dos canais de potássio dependentes de ATP e ativação do sistema de opióides.^{5,6}

Outro mecanismo relacionado com a cardioproteção é a tensão de cisalhamento ou “shear stress”, que se deve ao estímulo mecânico do atrito do sangue com a parede arterial, ativando óxido nítrico, levando a dilatação vascular, com conseqüente circulação colateral, aumentando o número de arteríolas distais.⁷

Em um período inicial de reabilitação cardiovascular, por volta de 3 meses, ocorre o aumento do limiar isquêmico (melhora da perfusão), devido a modulação autonômica cardíaca, aumento da perfusão miocárdica por aumento da resposta vasodilatadora, e da neovascularização, devido ao aumento da circulação colateral.^{8,9}

Dentre a infinidade de benefícios da atividade física regular em pacientes cardíacos, destacam-se a melhora da função cardíaca, bem como a perfusão do músculo esquelético e a utilização de oxigênio. A reabilitação cardíaca baseada em exercícios reduz a mortalidade cardiovascular, internações hospitalares (juntamente com custos de saúde associados) e melhora a qualidade de vida.^{10,11}

Em geral, quanto maior a quantidade ou intensidade da atividade física, maior o aumento do VO₂pico (consumo máximo de oxigênio durante o exercício), e conseqüentemente, a longo prazo, melhor o prognóstico de pacientes com doença arterial coronariana. O ponto de corte do VO₂pico < 10 ml.kg-1.min-1 identifica pacientes de alto risco, enquanto valores > 16 ml.kg-1.min-1 categoriza pacientes com melhor prognóstico.

Pacientes com DAC que realizam exercícios físicos moderados regulares pelo menos 150 min/semana apresentam função diastólica do ventrículo esquerdo (VE) significativamente melhor e VO₂ de pico mais alto do que pacientes com menos de 150 min/semana de exercício. Evidencia-se, pois, que a prática constante de atividade física supera outros fatores de risco cardiovascular modificáveis, como obesidade, diabetes e hipertensão.¹²

A Reabilitação Cardiovascular é extremamente eficaz no tratamento de pacientes após evento coronariano agudo. Pacientes em programa de RCV após angioplastia apresentaram melhora de 27% na qualidade de vida e redução de 20% nos eventos cardíacos, incluindo diminuição de IAM e menor número de hospitalizações, como evidenciado pelo estudo ETICA.¹³

Antes do início do Programa de Reabilitação Cardiopulmonar, porém, todo doente coronariano deve passar por uma estratificação de risco. Nesta estratificação, é imprescindível avaliar a existência de sintomas, função ventricular, capacidade funcional, presença de arritmias e possibilidade de isquemia residual.

Provas funcionais, como o Teste Ergométrico, objetivam o melhor conhecimento da capacidade funcional, a avaliação de isquemia residual e a pesquisa de arritmias induzidas pelo esforço.¹⁴ Exemplo disso, são pacientes com angina refratária, os quais são caracterizados por angina limitante com evolução superior a 3 meses, em tratamento clínico otimizado, com documentação de isquemia miocárdica e não considerados elegíveis para

intervenção coronariana percutânea e/ou cirúrgica. Tais pacientes geralmente não são referenciados aos programas de RCV, devido ao temor de eventos adversos durante o treinamento físico.¹⁵

Conclui-se, pois, que a Reabilitação Cardiopulmonar está indicada em todos os casos de Doença Arterial Coronariana após estratificação de risco.

É sabido ainda, que quanto mais precocemente se inicia a RCP, melhores os benefícios clínicos desta. Para cada 1 semana de atraso no início dos exercícios após o infarto, poderá ser necessário 1 mês adicional de treinamento para obtenção de benefícios similares no volume sistólico final e na fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE).^{16,17,18}

Porém ainda se observa um número muito reduzido de aderência a Reabilitação Cardiopulmonar. Muito disso se deve a limitações como baixo número de programas de reabilitação cardiopulmonar, dificuldade de acesso aos serviços e reduzido número de encaminhamentos.¹⁹

REABILITAÇÃO CARDIOPULMONAR EM VALVOPATIAS

A reabilitação cardiopulmonar no contexto das doenças valvares não tem suas indicações plenamente estabelecidas, visto literatura escassa, grupo de pacientes heterogêneo, com grande variabilidade quanto a faixa etária, etiologia, valvas acometidas, gravidade e características das lesões, bem como temor com segurança de atividade física neste grupo. 1,2 Sabe-se que agudamente, o exercício provoca um aumento do tônus adrenérgico e da carga hemodinâmica imposta ao sistema cardiovascular, o que causa preocupação com relação aos potenciais efeitos nos pacientes com valvopatias, tais como deterioração funcional, hipertensão pulmonar, remodelamento cardíaco, isquemia miocárdica e arritmias.²

A maior parte das valvopatias têm como características em comum, as manifestações clínicas induzidas pelo esforço físico, como dor torácica, dispneia ou outras limitações funcionais. A gravidade desses sintomas em pacientes com valvopatias graves pode ser utilizada como um dos critérios para a indicação de intervenção cirúrgica ou percutânea. O sedentarismo pode se caracterizar como fator contribuinte para a redução da aptidão física aeróbica, que pode levar a redução da capacidade funcional do indivíduo e amplificação dos sintomas apresentados, reduzindo sua qualidade de vida.²

Na fase pré-participação do programa de reabilitação cardiopulmonar os pacientes com doenças valvares devem ser submetidos a um teste de esforço para avaliação e prescrição dos exercícios e a um ecocardiograma para avaliar o risco de complicações durante os mesmos.³ A avaliação da capacidade funcional pelo teste de esforço tem sua importância definida por fornecer informações relativas à aptidão aeróbica e à repercussão hemodinâmica da lesão valvar, que pode estar subestimada pela avaliação em repouso. Além disso, identifica parâmetros que são utilizados para guiar a prescrição dos limites de intensidade e restrições causadas pela valvopatia.

A reabilitação cardiopulmonar nas valvopatias pode ser dividida em 3 cenários: no seguimento clínico dos pacientes valvopatas sem indicação de intervenção no momento, nos cuidados pré-operatórios e nos cuidados pós-operatórios de cirurgia valvar.²

Sabe-se que a prática de exercício físico é contraindicação absoluta em pacientes com valvopatias graves com indicação cirúrgica, sendo estes sintomáticos ou assintomáticos. Portanto, estes pacientes não devem ser encaminhados para reabilitação antes da abordagem cirúrgica ou percutânea da valva acometida. Já nos pacientes sem indicação de intervenção cirúrgica, a reabilitação cardiopulmonar deve ser individualizada.¹

Em pacientes assintomáticos, com lesões valvares leves e moderadas, ou lesão regurgitante importante, sem hipertensão pulmonar significativa e sem critério para intervenção cirúrgica devem ser estimulados a realização de atividade aeróbica de intensidade moderada e de força muscular de intensidade leve. Pacientes portadores de prolapso valvar mitral, não possuem contraindicação em participar de esportes competitivos, se não houver histórico de síncope, arritmias recorrentes, regurgitação mitral importante, disfunção ventricular esquerda, evento embólico prévio ou história familiar de morte súbita relacionada ao prolapso valvar mitral.²¹

Neste contexto, é importante monitorar sintomas e aptidão física do paciente durante as sessões de reabilitação, visto que mudanças nestes quesitos podem indicar uma possível progressão da valvopatia e sugerir a necessidade de reavaliações médicas.

A reabilitação no contexto do paciente com indicação cirúrgica, na fase pré-operatória, tem sua aplicabilidade limitada, visto contraindicação destes pacientes em realizar atividade física, limitando-se em sessões de reabilitação visando manter o paciente fisicamente ativo durante a espera pela intervenção. Ao manter a capacidade funcional do paciente nesta fase, diminui-se o risco de complicações no pós-operatório.^{22,23}

No contexto pós-operatório de cirurgia valvar cardíaca, a reabilitação cardiopulmonar com exercícios estruturados e sob supervisão auxilia na avaliação do comportamento hemodinâmico e reposta ao exercício físico da nova condição valvar. Além de conferir maior segurança ao paciente para retornar às suas atividades diárias.²²

Neste grupo, a reabilitação cardiopulmonar tem como objetivo inicial diminuir efeitos deletérios do repouso prolongado que podem aumentar o risco de complicações pós operatórias como complicações respiratórias, redução da capacidade funcional, predisposição a complicações como embolia pulmonar e redução de massa muscular.²⁴ No cenário das valvopatias, não existe consenso sobre o prazo de tempo para o encaminhamento à reabilitação, quanto mais precocemente o paciente iniciar os exercícios, menores serão os prejuízos relacionados à inatividade física.²²

Com o advento de correções de doenças valvares por procedimentos percutâneos, se inicia uma nova discussão acerca de reabilitação cardiopulmonar nestes pacientes, visto habitualmente pacientes submetidos

a estes procedimentos serem idosos com alta prevalência de fatores de risco e comorbidades e com elevado risco cirúrgico. Nessa situação, a reabilitação pode ser considerada antes da intervenção, com o objetivo de diminuir as taxas de complicações, o tempo de internação, a mortalidade e a morbidade relacionadas à síndrome da fragilidade. Após a realização da intervenção, a reabilitação permite monitorar e otimizar os resultados do procedimento em todos os seus aspectos.²²

Um estudo recente realizado nos Estados Unidos concluiu que a reabilitação cardíaca está associada a menor hospitalização e risco de mortalidade após cirurgia valvar cardíaca, mas é subutilizada nessa população, sendo mais difundida em pacientes durante pós-operatório de cirurgia de revascularização miocárdica. No estudo foram avaliados pacientes submetidos a cirurgia de válvula, em que 43% participaram de programas de reabilitação cardíaca após a alta. A inscrição em reabilitação cardíaca foi associada a uma redução relativa de 34% nas hospitalizações dentro de 1 ano após a alta e uma redução relativa de 61% no risco de mortalidade neste mesmo período. Pacientes que estiveram presentes em pelo menos 88% das sessões foram os maiores beneficiados com o programa de reabilitação.²⁵

Algumas razões foram encontradas para justificar esses bons resultados como melhor aderência ao tratamento medicamentoso, vigilância próxima de equipe médica antes que o paciente apresentasse deterioração clínica, além da melhora no treinamento assistido ao qual esses indivíduos são submetidos.²⁵

Indubitavelmente a reabilitação cardíaca tem impacto positivo nesses pacientes, associada a uma melhora do padrão nutricional e uma abordagem multiprofissional que causam avanços em diversos aspectos do paciente cardiopata, levando a uma longevidade maior e o principal, com melhor qualidade de vida.²⁵

CONCLUSÃO

Esse estudo de revisão mostra inúmeros benefícios potenciais da reabilitação cardiopulmonar nas principais doenças cardiovasculares além do auxílio adjuvante na prática clínica, demonstrando que o exercício físico pode ser indicado nos pacientes estáveis e desde que sua condição clínica permita a prática de exercício físico supervisionado.

O exercício físico se estabeleceu como estratégia terapêutica segura, que atenua os efeitos do descondicionamento físico progressivo decorrente da evolução natural da insuficiência cardíaca, que é o desfecho final de inúmeras patologias cardíacas. Sendo assim, políticas públicas devem ser adotadas para que um maior número de pacientes elegíveis se beneficie do tratamento em programas estruturados de RCV.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mansur A de P, Favarato D. Mortality due to cardiovascular diseases in Brazil and in the metropolitan region of Sao Paulo: a 2011 update. *Arq Bras Cardiol.* 2012;99(2):755-61.
2. Task Force M, Montalescot G, Sechtem U, Achenbach S, Andreotti F, Arden C, et al. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease: the Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J.* 2013;34(38):2949-3003.
3. Daly CA, De Stavola B, Sendon JL, Tavazzi L, Boersma E, Clemens F, et al. Predicting prognosis in stable angina--results from the Euro heart survey of stable angina: prospective observational study. *BMJ.* 2006;332(7536):262-7
4. Macedo, Rafael Michel de et al. Superior Cardiovascular Effect of the Periodized Model for Prescribed Exercises as Compared to the Conventional one in Coronary Diseases. *International Journal Of Cardiovascular Sciences*, [s.l.], p.393-404, 2018. GN1 Genesis Network.
5. Borges, Juliana Pereira; Lessa, Marcos Adriano. Mechanisms Involved in Exercise-Induced Cardioprotection: A Systematic Review. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, [s.l.], p.71-81, 2015. GN1 Genesis Network.
6. Borges, Juliana Pereira; Verdoorn, Karine da Silva. Cardiac Ischemia/Reperfusion Injury: The Beneficial Effects of Exercise. *Advances In Experimental Medicine And Biology*, [s.l.], p.155-179, 2017. Springer Singapore.
7. Tanahashi, Koichiro et al. Impact of Age and Aerobic Exercise Training on Conduit Artery Wall Thickness: Role of the Shear Pattern. *Journal Of Vascular Research*, [s.l.], v. 54, n. 5, p.272-279, 2017. S. Karger AG.
8. Faber, James E.; Chilian, William M.; Deindl, Elisabeth; Van Roijels, Niels; Simons, Michael. A Brief Etymology of the Collateral Circulation. *Arteriosclerosis, Thrombosis, And Vascular Biology.*, [s. L.], v. 34, n. 9, p. 1854-1859, set. 2014.
9. Ehsani AA, Heath GW, Hagberg JM, Sobel BE, Holloszy JO. Effects of 12 months of intense exercise training on ischemic ST-segment depression in patients with coronary artery disease. *Circulation.* 1981;64(6):1116-24.
10. Anderson L, Oldridge N, Thompson DR, e outros cardíaco baseado em exercício & reabilitação para doença cardíaca coronária: revisão sistemática Cochrane e meta-análise. *J Am Coll Cardiol* 2016; 67:1–12.
11. Boscheri A, Haller B, Christle J, e outros Efeitos mediados pelo exercício físico sobre & função diastólica do ventrículo esquerdo superam outros fatores de risco modificáveis em pacientes com doença arterial coronariana. *Eur Heart J* 2017; 38(Supl_1); ehx493. P6036-ehx6493.P6036
12. Milani M, Kozuki RT, Crescêncio JC, Papa V, Santos MDB, Bertini CQ, et al. Efeito do treinamento físico aeróbico em coronariopatas submetidos a um Programa de Reabilitação Cardiovascular. *Medicina (Ribeirão Preto)*

2007;40(3):403-11.

13. Kendziorra K, Walther C, Foerster M, Mobius-Winkler S, Conradi K, Schuler G, et al. Changes in myocardial perfusion due to physical exercise in patients with stable coronary artery disease. *Eur J Nucl Med Mol Imaging*. 2005;32(7):813-9.

14. Ennis S, Lobley G, Worrall S, Powell R, Kimani PK, Khan AJ, et al. Early initiation of post-sternotomy cardiac rehabilitation exercise training (SCAR): study protocol for a randomised controlled trial and economic evaluation. *BMJ Open*. 2018;8(3):e019748.

15. Mannheimer C, Camici P, Chester MR, Collins A, DeJongste M, Eliasson T, et al. The problem of chronic refractory angina; report from the ESC Joint Study Group on the Treatment of Refractory Angina. *Eur Heart J*. 2002;23(5):355-70

16. Belardinelli R, Paolini I, Cianci G, Piva R, Georgiou D, Purcaro A. Exercise training intervention after coronary angioplasty: the ETICA trial. *J Am Coll Cardiol*. 2001;37(7):1891-900.

17. Giannuzzi P, Temporelli PL, Corra U, Gattone M, Giordano A, Tavazzi L. Attenuation of unfavorable remodeling by exercise training in postinfarction patients with left ventricular dysfunction: results of the Exercise in Left Ventricular Dysfunction (ELVD) trial. *Circulation*. 1997;96(6):1790-7.

18. Haykowsky M, Scott J, Esch B, Schopflocher D, Myers J, Paterson I, et al. A meta-analysis of the effects of exercise training on left ventricular remodeling following myocardial infarction: start early and go longer for greatest exercise benefits on remodeling. *Trials*. 2011 Apr 4;12:92.

19. Grace SL, Scholey P, Suskin N, Arthur HM, Brooks D, Jaglal S, et al. A prospective comparison of cardiac rehabilitation enrollment following automatic vs usual referral. *J Rehabil Med*. 2007;39(3):239-45.

20. SANTOS E.C.L.; MASTROCOLA, F.; FIGUINHA, F.C.R.; LIMA, A.G.S. *Cardiologia CardioPapers*; 2ª edição. Cap. 66 - Reabilitação cardiovascular e esporte para o cardiopata. Editora Atheneu, 2019.

21. Carvalho T, Milani M, Ferraz AS, Silveira AD, Herdy AH, Hossri CAC, et al. Diretriz Brasileira de Reabilitação Cardiovascular – 2020. *Arq Bras Cardiol*. 2020; 114(5):943-987.

22. Herdy AH, López-Jimenez F, Terzic CP, Milani M, Stein R, Carvalho T; Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz Sul-Americana de Prevenção e Reabilitação Cardiovascular. *Arq Bras Cardiol* 2014; 103(2Supl.1): 1-31.

23. JATENE, I.B.; FERREIRA, J.F.M.; DRAGER, L.F.; et al. Tratado de cardiologia SOCESP – Cap. 19; Cirurgia cardiovascular e o pós-operatório imediato. Editora Manole; 5ª edição; 2022.

24. Patel DK, Duncan MS, Shah AS, et al. Association of Cardiac Rehabilitation With Decreased Hospitalization and Mortality Risk After Cardiac Valve Surgery. *JAMA Cardiol*. 2019 Oct 2

25. Moraes CL, Valmor Tricoli F. *SciELO - Brasil - A fisiologia em educação física e esporte*. A fisiologia em educação física e esporte. 2011

26. WILMORE, J.H.; COSTILL, D. L. Fisiologia do esporte e do exercício Barueri: Manole, 2010

27. PLOWMAN, S.A.; SMITH, D.L. Fisiologia do exercício para saúde, aptidão e desempenho Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009
28. Carvalho T, Milani M, Ferraz AS, Silveira AD, Herdy AH, Hossri CAC, Silva CGS, et al. Diretriz Brasileira de Reabilitação Cardiopulmonar – 2020 Arq Bras. Cardiol. 2020; 114 (5): 943-87
29. Lynne T Braun, PhD, RN, CNP. Nanette K Wenger, MD, Robert S Rosenson, MD- Cardiac rehabilitation programs- Up to Date
30. NOBRE F, SERRANO JÚNIOR CV. Tratado de Cardiologia SOCESP. São Paulo: Manole, 2005.
31. REGENGA MM. Fisioterapia em Cardiologia: da UTI á Reabilitação. 2.ed. São Paulo: Roca, 2012.
32. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretriz de reabilitação cardíaca. Arq. Bras. Cardiol. 2005; 84(5):431-440.
33. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Consenso nacional de reabilitação cardiovascular (fase crônica). Arq. Bras. Cardiol. 1997; 69(4):267-291.
34. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretriz sul-americana de prevenção e reabilitação cardiovascular. Arq Bras Cardiol 2014; 103(2Supl.1): 1-31
35. UMEDA IIK. Manual de Fisioterapia na Reabilitação Cardiovascular.1.ed. São Paulo: Manole, 2006.

Amanda Princy Batista Silva

Especialista em Linguística e Produção de Texto pelo Instituto Ieducare

Adriana Lima Brito

Especialista em Metodologia do Ensino da História do Brasil e do Ceará pela
Faculdade Padre Dourado.

Aline dos Santos Barros Azevedo Rocha

Especialista em Psicopedagogia pela Faculdade de Teologia Hokemãh - FATEH.

Daiana Correia da Silva

Especialista em Docência do Ensino Superior pela Faculdade Única de Ipatinã

Edja Rafaela de Moura Freitas

Especialista em Linguística Aplicada ao Ensino de Língua Portuguesa pela
Universidade de Pernambuco - UPE.

Mikaelly Ferreira Sousa

Especialista em Administração Hospitalar pela UNINOVAFAPÍ-Afya

RESUMO

Este trabalho objetiva refletir sobre o papel da gestão escolar frente as avaliações de desempenho as quais nossos alunos são submetidos, fazendo um resgate da concepção de avaliação, chegando as avaliações em larga escala e suas abordagens, considerando os conceitos de uma gestão escolar democrática que visa o papel e a atuação da gestão escolar que contribuam para ações inerentes ao processo avaliativo no que diz respeito ao ensino e aprendizagem como forma de reflexão sobre ação. A gestão escolar deve visar a partir das avaliações de desempenho a melhoria do sistema educacional para além dos índices escolares quantitativos, buscando a formação do estudante e o desenvolvimento de suas habilidades e competências. Fundamentaram este debate as contribuições de Luckesi (2011), Hoffmam (2001), Antunes (2003), Libânio (2003), Both (2007), entre outros.

Palavras-chave: avaliação; aprendizagem; gestão escolar.

INTRODUÇÃO

A qualidade do cenário educacional tem sido uma busca constante dos sistemas de ensino, sejam eles nacionais, estaduais ou municipais. De acordo com o artigo 3º, inciso IX, da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) nº 9.394/96, o ensino será ministrado tendo como base, principalmente, a garantia de padrão de qualidade. Esse só será efetivado através de práticas capazes de proporcionar progressos quanto ao desempenho dos alunos.

Com base nesses fatores, o presente trabalho se justifica na necessidade de alçar debates acerca da avaliação no desempenho do aluno como pressuposto das práticas de gestão. Nessa perspectiva, ressaltamos o papel da avaliação, seja ela de caráter interno ou externo, como meio para efetivar os objetivos educacionais, o planejamento e execução de ações que direcionam as atividades a serem conduzidas pela gestão escolar.

Sendo ato de reflexão sobre sua própria ação, a avaliação interage com o meio físico e social, onde influi e ao mesmo tempo sofre as influências desse próprio ato de pensar e agir. Dessa forma, é a avaliação como reflexão que pode mudar a realidade que foi avaliada.

Nesse sentido, consideramos que a formação do Gestor Escolar, ou a falta da mesma, possui implicações positivas ou negativas na organização do trabalho pedagógico e administrativo das escolas, sendo inclusive um dos fatores que podem influenciar no desempenho escolar dos alunos.

A avaliação da aprendizagem

Segundo Hoffman (2001), nas últimas décadas o problema da avaliação da aprendizagem tem sido discutido por diversos estudiosos no assunto, com foco no que diz respeito a superação de concepções classificatórias utilizadas nas avaliações escolares que fazem uso muitas vezes de medidas padronizadas e estáticas, para construção de uma avaliação escolar consciente e reflexiva que valorize o objeto da avaliação e as situações avaliadas. Esse fato coloca o papel importante do educador, que se apresenta como o avaliador do processo de aprendizagem dos seus alunos e da sua própria prática. A avaliação deve auxiliar professores a rever metodologias, planos e ações, assim como ajudar os alunos a alcançarem um nível superior de aprendizagem que os faça crescer e não somente os classifiquem por meio de notas quantificadas.

Alertam os estudos contemporâneos sobre a diferença entre pesquisar e avaliar em educação. Enquanto a pesquisa tem por objetivo a coleta de informações e a análise e compreensão dos dados obtidos, a avaliação está predominantemente a serviço da ação, colocando o conhecimento obtido, pela observação ou investigação, a serviço da melhoria da situação avaliada. (HOFFMANN, 2014, p. 19)

De acordo com Luckesi (2011), a avaliação como forma de conhecimento é quem vai dar base para obtenção de resultados eficientes de determinada ação, que nesse caso é a aprendizagem do aluno. Deve possibilitar a obtenção de resultados desejados e definidos e não apenas resultados que sejam possíveis.

Quem detém o conhecimento detém o poder de fazer. Ele é um recurso que se soma a muitos outros; sem ele,

porém, também nada se faz de forma qualitativamente elaborada. É um suporte para a ação adequada e satisfatória, o que se traduz em capacidade de construção dos resultados desejados. Sem conhecimentos não se chega aonde se deseja. Investigar para conhecer e conhecer para agir são dois algoritmos básicos para a produção de resultados satisfatórios. O contrário disso é: sem investigação, não se tem conhecimentos, e, sem conhecimentos, não se tem eficiência e qualidade. (LUCKESI, 2011, p. 149)

Quando se coloca a contribuir para a obtenção de resultados satisfatórios, a prática da avaliação depende de uma ação pedagógica que seja construtiva, pois a avaliação pode gerar uma ação interventiva onde o educador traça os melhores meios para alcançar os melhores resultados possíveis da sua ação. Luckesi (2011) nos lembra que a escola de maneira geral não tem buscado o sucesso, que a pedagogia tradicional nos permite ministrar aulas e ficar esperando que o educando tenha aprendido. No entanto, no contexto de uma pedagogia construtiva, não devemos ficar à espera de que o aluno tenha aprendido alguma coisa porque a aula foi dada, mas sim que ele tenha aprendido porque o professor investiu numa ação pedagógica que foi de investigação, aplicando devida intervenção e avaliando seu desempenho, para assim obter resultados que foram definidos e desejados.

Luckesi (2011) acrescenta que uma prática educativa que tem a avaliação como subsídio de resultados que foram definidos e desejados, deve fundamentar-se na ideia de que todo educando aprende e, dessa maneira, se desenvolve. Implica em um investimento rotineiro na sua aprendizagem, e os obstáculos, as dificuldades que apareçam no percurso não devem ser fonte de desânimo, mas um estímulo para que o educador invista ainda mais no processo de aprendizagem dos seus educandos.

Ensino, avaliação e aprendizagem não se justificam plenamente por si sós, mas sempre em função de um bem acadêmico maior, o da educação. E para uma compreensão melhor do que seja educação, tem ela sua origem no verbo educar, que, por sua vez, provém do verbo latino educere, que significa trazer para fora, fazer desabrochar. E fazer desabrochar quer dizer mostrar-se para a vida de forma real, revelar-se para o externo, desvelar potencialidades como desdobramentos da educação. (BOTH, 2007, p. 59)

Na mesma linha de pensamento segue Hoffmann (2014) quando afirma que “a avaliação é essencial à educação. Inerente e indissociável enquanto concebida como problematização, questionamento, reflexão sobre a ação”. E completa dizendo que “a avaliação é substancialmente reflexão, capacidade única e exclusiva do ser humano, de pensar sobre seus atos, de

analisá-los, julgá-los, interagindo com o mundo, influenciando e sofrendo influências pelo seu pensar e agir” HOFFMANN (2001).

Segundo Antunes (2003) a avaliação deveria deixar evidente para o professor aquilo que ele ainda necessita inserir na sala de aula como matéria de análise, reflexão e estudo. Ao mesmo tempo que ele avalia seu aluno, ele também está avaliando seu trabalho e verificando novas maneiras de atuar. Assim sendo, não é a avaliação um ato isolado, que consta no calendário da escola e que depois tudo retorna ao seu lugar sem levar em consideração os resultados alcançados que devem ser fonte para futuras decisões.

Aprovar ou reprovar um aluno não deve ser o foco principal do ato de avaliar, mas que partindo dela o educando possa perceber o seu real nível de desempenho, e decidam até que ponto querem engajarem-se com a aprendizagem. Hoffmann (2001) diz que “é a compreensão e definição da finalidade da avaliação da aprendizagem que deve nortear as metodologias e não o inverso, como se tem observado até agora”. O processo de avaliação precisa ser coerente com o processo de aprendizagem, o que inclui sua concepção, finalidade, intervenção, que determinam estratégias metodológicas de ensino.

Avaliação em larga escala

A avaliação é um elemento que se faz presente em todo o processo educacional, faz parte do dia a dia da escola e é importante item da prática pedagógica, pois nos fornece importantes informações acerca da realidade na qual desenvolvemos atividades de ensino-aprendizagem. E para além das avaliações tradicionais já existentes, dentro desse processo fazem parte as avaliações externas, também conhecidas de avaliações em larga escala com objetivos e procedimentos próprios e diferentes daquelas realizadas pelo professor em sala de aula.

De acordo com Luckesi (2011), sobre a educação no país, desde o ano de 1988 foram sendo implantadas no Brasil avaliações nacionais, tendo sido implementada pela primeira vez no Ensino Fundamental com o chamado Sistema Nacional de Avaliação da Educação Básica – Saeb, que teve no ano de 1990 sua primeira edição, complementada no ano de 2005 pela Prova Brasil.

Compondo o conjunto de avaliações em larga escala, além do Saeb, temos o Exame Nacional do Ensino Médio – Enem, que verifica o desempenho dos alunos do Ensino Médio desde o ano de 1998, o Exame Nacional de Desempenho de estudantes – Enade, que veio substituir o Exame Nacional de Cursos, o Provão, que foi criado em 1995, e o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – Sinaes, criado no ano de 2004, que atua em todas as instituições de Ensino superior.

Essas avaliações do sistema nacional de educação destinam-se a investigações sobre a qualidade da educação brasileira nos diversos níveis de ensino, da educação básica ao ensino superior e à pós-graduação.

Administradas pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – Inep, elas representam um diagnóstico da educação nacional. Para tanto, são utilizados variados instrumentos de coleta de dados, cuidadosamente elaborados, seguindo as teorias mais significativas de coleta de dados para avaliação em educação, e a coleta e a interpretação dos dados são realizadas de acordo com os parâmetros científicos contemporâneos. (LUCKSI, 2011, p. 430)

O Centro de políticas públicas e Avaliação da Educação - CAED, da Universidade de Juiz de Fora, relata que as avaliações em larga escala utilizam-se de testes de proficiência e questionários, com o objetivo de avaliar o desempenho escolar e os fatores intra e extraescolares associados a esse desempenho. A partir da Matriz de Referência, são elaboradas as avaliações de proficiência, que revelam o que é avaliado para cada área do conhecimento e etapa de escolaridade, fornecendo dados das competências e habilidades esperadas em variadas etapas de complexidade.

As avaliações em larga escala, de natureza externa, utilizam, mais frequentemente, testes compostos por itens de múltipla escolha por meio dos quais apenas uma habilidade é avaliada. Esse tipo de avaliação apresenta três objetivos básicos: (a) a definição de subsídios para a formulação de políticas educacionais; (b) o acompanhamento ao longo do tempo da qualidade da educação; e (c) a produção de informações capazes de desenvolver relações significativas entre as unidades escolares e órgãos centrais ou distritais de secretarias, bem como iniciativas dentro das escolas. (Guia de elaboração de itens, Língua Portuguesa, CAED, 2008, p. 9)

A melhoria da qualidade da educação no Brasil segundo relatam Tavares e Neubert (2014) “esteve associada à adoção de políticas educacionais e reformas que sempre tiveram nas avaliações em larga escala um elemento central”. Ou seja, fica evidente para eles que as avaliações em larga escala têm influenciado fortemente os avanços relacionados aos índices de desempenho apresentados pelos alunos da rede pública.

No âmbito escolar, a avaliação externa fornece informações para que gestores da escola e professores possam realizar um diagnóstico nas áreas em que atuam e planejar ações educativas mais eficientes. No âmbito da gestão do sistema, a partir dos resultados, governantes e gestores passam a ter dados que os orientarão tanto no redirecionamento de trajetórias quanto no planejamento de ações mais específicas. Na avaliação em larga escala, apesar de os resultados

poderem ser dados individualmente, seu foco é todo o sistema educacional avaliado: a turma, a escola, a regional, o estado. (Guia de elaboração de itens, Língua Portuguesa, CAED, 2008, p. 9)

Para Luckesi (2011), às avaliações externas, deveriam assumir de fato um caráter de diagnóstico da realidade da educação no Brasil, fornecendo os subsídios que sustentam os investimentos na qualidade do ensino, mas segundo o autor, o que ele tem observado é que em sua maioria, os resultados das avaliações não têm gerado o devido investimento a favor da melhoria da qualidade do ensino no Brasil. “Não bastam investigações e mais investigações sobre a qualidade da educação nacional. Importa o que se faz com base nos resultados obtidos” (Luckesi, 2011, p. 430). As distorções presentes no processo de avaliação vão para além do próprio sistema de avaliação, e podem estar ligadas com o restrito acesso aos seus resultados, assim como também pela criação de rankings entre as escolas. Este último não deve ser o objetivo da avaliação, pois seu objetivo principal é de diagnosticar a qualidade do ensino ofertado e a partir daí possibilitar a elaboração e aplicação de devidas intervenções para melhorar o ensino.

De acordo com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – INEP, o Sistema de Avaliação da Educação Básica (Saeb) é um conjunto de avaliações externas em larga escala que permite ao Inep realizar um diagnóstico da Educação Básica brasileira e de fatores que podem interferir no desempenho do estudante.

O Saeb permite que as escolas das redes municipais e estaduais de ensino avaliem a qualidade da educação oferecida aos estudantes. O resultado da avaliação é um indicativo da qualidade do ensino brasileiro e oferece subsídios para a elaboração, o monitoramento e o aprimoramento de políticas educacionais com base em evidências.

As médias de desempenho dos estudantes, apuradas no Saeb, juntamente com as taxas de aprovação, reprovação e abandono, apuradas no Censo Escolar, compõem o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb).

Realizado desde 1990, o Saeb passou por várias estruturações até chegar ao formato atual. A partir de 2019, a avaliação contemplou também a Educação Infantil, ao lado do Ensino Fundamental e do Ensino Médio.

Definida a Base Nacional Comum Curricular - BNCC, o Saeb teve que revisar suas matrizes de referência. Em Língua Portuguesa e Matemática os testes prosseguem tendo como referência as matrizes vigentes do Saeb de 2001. Já as matrizes dos testes de ciências da natureza e ciências humanas, do 9º ano, e os de Língua Portuguesa e Matemática, do 2º ano, seguem a BNCC de 2017.

No Ensino Médio, são aplicados testes de Língua Portuguesa e Matemática para estudantes das 3ª e 4ª séries do Ensino Médio tradicional e integrado. Diretores e secretários de educação respondem a questionários eletrônicos. Professores e estudantes respondem a questionários de papel.

Destacamos que os resultados dos estudantes nos testes cognitivos

permitem avaliar a aprendizagem, enquanto os resultados dos questionários possibilitam analisar o nível socioeconômico, os serviços sociais, a infraestrutura, a formação de professores, o material didático e os programas estruturados. A verificação isolada da aprendizagem não é capaz de avaliar a qualidade, porque a educação escolar também envolve as interações entre o ambiente em que os estudantes estão inseridos e as relações que estabelecem entre os diversos sujeitos do processo educacional.

A gestão escolar democrática e as ações do gestor escolar nas avaliações de desempenho

Para se apresentar a compreensão que se adota aqui sobre gestão democrática, deve-se ter em mente a noção que gestão e democracia estão ligadas a processos de administração, de gerir espaços, estruturar relações e encaminhar deliberações. Segundo Moraes e Felgar (2013) Gestão e Administração são termos relacionados à ciência social que se preocupa em entender e sistematizar conhecimentos que permitam ampliar recursos e resultados; com objetivos pré-estabelecidos. De acordo com Moraes e Folgar (2013, p. 2):

A gestão, na perspectiva administrativa, se caracteriza como atividade multi, inter e transdisciplinar, uma vez que se vale e interage com conhecimentos inerentes ao direito, à contabilidade, à economia, à psicologia, à matemática, à estatística, à sociologia, à informática dentre outras. Mais ainda, se gestão for apropriada como gestão democrática, deve, então, estar atenta à vontade da maioria das pessoas envolvidas, considerando-se a etimologia do termo democracia (demo = povo e cracia= forma de governo). Donde se depreende que democracia é um processo no qual todos os cidadãos são legitimados a participar do poder e do governo, ainda que de formas diferentes. Por conseguinte, a gestão democrática absorve todos os envolvidos (ou deve absorver).

Os estudiosos e estudiosas como Araújo (2009, 2011), Brasil MEC (2007), Perfeito (2013), Silva (2016) entre outro(a)s referenciado(a)s neste artigo coadunam em pensar a gestão democrática da escola ligada ao processo de luta da sociedade pela democratização do Estado brasileiro. Nesse sentido, existe um entendimento de como as relações sociais ocorrem no interior das escolas, eles passam por processos sócio-históricos do Brasil.

Araújo (2009) discorre que foi em um contexto de amarras autoritárias que se instaurou o debate sobre gestão democrática de forma política educacional, a partir da década de 1980, com o início do processo de redemocratização da sociedade brasileira. Nesse cenário, havia reivindicações pela democratização do Estado Araújo (2011), por parte dos educadores e setores progressistas da sociedade em romper com a lógica da administração autoritária e empresarial vigente no contexto escolar:

denunciando a divisão hierarquizada do trabalho que operacionalizava-se via direções de escola como arenas para práticas escusas de troca de favores. “Assim, esses setores exigiram o rompimento com a concepção eminentemente técnica da administração; o fim do predomínio de uma racionalidade tecno-científica, que concebia a administração como uma prática ‘neutra’” (ARAÚJO, 2011, p. 35).

Conforme Araújo (2009, 2011), esse debate é levantado como bandeira dos profissionais da educação, com o intuito de construir uma experiência democrática através de novas relações – que poderiam ser estabelecidas – entre os diversos sujeitos e a comunidade escolar. De acordo com Araújo (2009, p. 254):

A gestão democrática, assim, passou a ser entendida como meio de democratização das instâncias de poder no interior da escola e como forma de garantia da participação efetiva e permanente da comunidade nos rumos da educação. Uma vez que na escola também predominava o autoritarismo, a hierarquia, a burocracia e a troca de favores, marcas características do Estado centralizador e patrimonialista. Enfim, a escola pertencia mais àqueles que a dirigiam – na maioria dos casos, tecnocratas – do que à comunidade. Ou seja, faltava-lhe sentido público.

Ainda é explicado por Bordenave (1994) que a luta pela participação social envolve processos participatórios, no sentido de que atividades desenvolvidas em grupo com um objeto específico, expressa necessidade ou demandas para defender interesses comuns, como também alcançar determinados objetivos econômicos, sociais ou políticos, bem como influir de maneira direta nos poderes públicos. Assim, “A educação pode e deve auxiliar a mostrar e a desenvolver o caminho do debate, das discussões produtivas, com o levantamento de ideias e possibilidades de melhoria de processos de desenvolvimento de inteligências múltiplas e de convívio social” (FERNANDES & PEREIRA, 2016, p. 468).

A gestão escolar desempenha um papel fundamental na organização e administração da escola. É responsável por garantir o bom funcionamento da instituição, a qualidade no ensino e a formação integral dos estudantes, além de promover o desenvolvimento da escola e a realização dos objetivos estabelecidos.

“A organização e a gestão constituem o conjunto das condições e dos meios utilizados para assegurar o bom funcionamento da instituição escolar, de modo que alcance os objetivos educacionais esperados”. (LIBÂNEO, 2003, p.293).

A gestão escolar deve ter como diretrizes as metas e resultados a serem atingidos no caso do desempenho escolar dos alunos da atenção básica, é necessário que se construa uma boa relação entre a escola e a comunidade (pais e alunos), disponibilizando um ambiente seguro e com boa

estrutura para os alunos, clima escolar atrativo (a fim de evitar a evasão escolar), buscando sempre uma gestão democrática (com participação de funcionários, professores, coordenação e pais), para que os resultados sejam positivos e que se atinja as expectativas positivas e todas as metas de aprendizagem definidas no planejamento.

A gestão escolar constitui uma das áreas de atuação profissional na educação destinada a realizar o planejamento, a organização, a liderança, a orientação, a mediação, a coordenação, o monitoramento e a avaliação dos processos necessários à efetividade das ações educacionais orientadas para a promoção da aprendizagem e formação dos alunos (LÜCK,2009,P.23).

É necessário ainda que a gestão escolar, as diretrizes e as políticas educacionais caminhem juntas para que consigam mobilizar e articular as melhores condições de ensino na escola almejando ações e estratégias que auxiliem na formação e aprendizagem dos alunos, assumindo assim sua função democrática e participativa.

A qualidade na educação passa, necessariamente, pela quantidade. Em uma democracia plena, quantidade é sinal de qualidade social e, se não se tem a quantidade total atendida, não se pode falar em qualidade. Afinal, a qualidade não obtém por índices de rendimento unicamente em relação àqueles que frequentam escolas, mas pela diminuição drástica da evasão e pela democratização do acesso. Não se confunda qualidade com privilégio; em uma democracia plena, só há qualidade quando todos e todas estão incluídos; do contrário, é privilégio (CORTELLA,2008,P.15).

A gestão escolar precisa ser democrática e sempre visando a melhoria do sistema para todos, não somente atrás da melhoria dos índices escolares, mas principalmente na busca constante da formação do cidadão, que aprenda ser crítico com toda a realidade em que está inserido, durante o desenvolvimento de suas habilidades e competências.

A gestão escolar é a principal ferramenta para o desenvolvimento de uma sociedade, onde o gestor unido com os colaboradores e a participação da sociedade busca conceder suporte ao desenvolvimento do aluno.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante o que foi pautado nesse artigo e considerando as reflexões dos autores apresentados, o principal papel da gestão escolar nas avaliações de desempenho inicia-se com uma gestão escolar que seja democrática, pois a articulação do gestor com professores, alunos e responsáveis possibilitará alcançar de maneira mais assertiva os objetivos pretendidos, projetando suas

metas e proporcionando um ambiente acolhedor e atrativo para os alunos.

O ato de avaliar é importante para todos, escola, família e sociedade. Os meios avaliativos são diversos e ajudam a desenvolver novos sistemas e instrumentos no processo de ensino-aprendizagem, onde podemos utilizar resultados e indicadores para melhoria da qualidade do ensino e enriquecendo o próprio conhecimento, valorizando cada vez mais a educação como um todo.

Assim cabe a gestão escolar, em parceria com todos que fazem parte da escola, encaminhar os alunos para realizarem com tranquilidade essas avaliações sejam internas ou externas, escola pública ou privada, e alcançarem com sucesso bons resultados de desempenho.

Ressaltamos que a verificação isolada da aprendizagem não é capaz de avaliar a qualidade, porque a educação escolar também envolve as interações entre o ambiente em que os estudantes estão inseridos e as relações que estabelecem entre os diversos sujeitos do processo educacional.

A avaliação como reflexão pode mudar a realidade que foi avaliada. E dessa realidade faz parte a escola e se faz necessário que aconteça uma reflexão coletiva que envolva professores, alunos e comunidade. A partir dessa ação de reflexão conjunta podem ocorrer processos de mudanças que vão além de transformações das práticas de ensino.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTUNES, Irandé. **Aula de português: encontro e interação**. São Paulo: Parábola Editorial, 2003;

ARAÚJO, Adilson Cesar. **A gestão democrática e os canais de participação dos estudantes**. Retratos da Escola, v. 3, n. 4, 2009. Disponível em: <http://retratosdaescola.emnuvens.com.br/rde/article/view/116> Acesso em: 15 de fev. de 2023;

_____. **Gestão, avaliação e qualidade da educação: contradições e mediações entre políticas públicas e prática escolar no Distrito Federal**. Universidade de Brasília. Distrito Federal, 2011. Tese (Doutorado em Educação);

CORTELLA, Mauro Sérgio. **A escola e o conhecimento: fundamentos epistemológicos e políticos**. 12. ed. rev. e ampl. São Paulo: Cortez, 2008.

BOTH, I. J. **Avaliação planejada, aprendizagem consentida: a filosofia do conhecimento**. Curitiba: IBPEX, 2007;

BORDENAVE, Juan E. Diaz. **O que é participação**. São Paulo: Brasiliense, 1994;

BRASIL. **Lei de Diretrizes e Bases**. Lei nº 9.394/96, de 20 de dezembro de

1996;

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Parâmetros Curriculares Nacionais. Primeiro e segundo ciclos do Ensino Fundamental:** Língua Portuguesa. Brasília: MEC/SEF, 1998;

BRASIL. Ministério da Educação. **Gestão democrática nos sistemas e na escola.** Brasília: Universidade de Brasília, 2007;

CAEd/UFJF – **Guia de elaboração de itens** – Língua Portuguesa. Juiz de Fora: 2008;

FERNANDES, Sergio Brasil; PEREIRA, Sueli Menezes. **Gestão escolar democrática:** desafios e perspectivas. Roteiro, v. 41, n. 2, p. 451-474, 2016. Disponível em: <https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/roteiro/article/view/9566> Acesso em: 15 de fev. de 2023;

HOFFMANN, J. **Avaliação - Mito e Desafio:** uma perspectiva construtivista. 44. ed. Porto Alegre: 2001;

LUCKESI, Cipriano Carlos. **Avaliação da aprendizagem componentes do ato pedagógico.** Cipriano Carlos Luckesi – 1ª ed. – São Paulo: Cortez, 2011;

LÜCK, Heloísa. **Dimensões de gestão escolar e suas competências.** Curitiba: Editora Positivo, 2009.

LIBÂNEO, José Carlos. **Educação Escolar: políticas, estrutura e organização.** São Paulo: Cortez, 2003

MORAES, Nanci de Campos; FELGAR, Júlia Antonietta Simões. **A importância da gestão escolar democrática.** Trabalho apresentado no VI Congresso de Iniciação Científica do Centro Universitário de Araras “Dr. Edmundo Ulson” – UNAR, em 17 de setembro de 2013 e que foi publicado de forma reduzida nos Anais do evento. Disponível em: http://revistaunar.com.br/cientifica/documentos/vol7_n1_2013/2_a_importancia_da_gestao_escolar_democratica.pdf Acesso em: 27 de fev. de 2023;

PERFEITO, Ana Jayra dos Santos. **A democratização da escola e a desconcentração administrativa mediante a eleição de diretores.** Universidade Tecnológica Intercontinental. Asunción - Paraguay 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências da educação);

SILVA, Nilson Robson Guedes. **Democracia e educação na Constituição Federal, na LDB e no PNE:** a participação da comunidade na escola. Educação em Análise, v. 1, n. 2, p. 278-297, 2016. Disponível em:

<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/educanalise/article/view/25272>
Acesso em: 15 de fev. de 2023;

TAVARES Jr. F; NEUBERT, L. F. **A qualidade da educação e a disseminação de sistemas de avaliação**. In: Estudos em Avaliação Educacional – Avaliação em Larga Escala e Gestão Educacional. São Paulo, v.2

Ana Maria Alves Linhares

Licenciatura Plena em Formação de Professores do Ensino Fundamental 1 pela
Universidade Estadual do Ceará - UECE .
Pós-graduação em Coordenação Pedagógica pela Universidade 7 de Setembro - UNI7.
Mestranda em Educação, com especialização em Formação de Professores pela
Universidade UneAtlantico

Joana D'arc Magalhães de Holanda

Licenciatura Plena em Pedagogia pela Universidade Estadual do Piauí - UESPI.
Licenciatura Plena em Normal Superior pela Universidade Estadual do Piauí - UESPI.
Especialização em Gestão Geral e Coordenação Pedagógica pela
Faculdade Maciço Do Baturité - FMB.

Juliana Portalete Silva

Licenciatura em Pedagogia pela Universidade Luterana do Brasil - Ulbra - Canoas.
Pós-graduação em Gestão Escolar pela Universidade de São Paulo – UNICID.
Pós-graduação em Psicopedagoga Institucional pela Universidade de São Paulo - UNICID.
Cursando 7º semestre - Administração pela Cruzeiro do Sul.
Mestranda em Educação – especializado - Gestão de Centros Educacionais.

Kellen Fabiane Ferreira

Pedagogia em Docência e gestão educacional pela
Universidade Estadual do Centro - Oeste - Unicentro.
Pós-graduação em Educação Especial - com Ênfase na deficiência múltipla pela
faculdade São Braz.
Pós-graduação: Educação infantil e anos iniciais pela faculdade UNINA.
Mestranda em Formação de Professores.

Sara Oliveira e Silva

Bacharel em Administração com Habilitação em Marketing pela FASETE.
Licenciada em História pela Universidade Federal de Alagoas - UFAL.
Pós-graduanda em Didática e Práticas em Alfabetização pela Faculdade Jardins.
Mestranda em Educação, com especialização em TICs na Educação, pela
Universidade Internacional Iberoamericana – UNIB.

RESUMO

Este artigo investigou quais os desafios enfrentados pelo docente na utilização das tecnologias de informação e comunicação (TIC), na educação inclusiva na rede municipal de ensino da cidade de Delmiro Gouveia em Alagoas, como forma de suporte e continuidade do aprendizado dos alunos mesmo em meio à pandemia da COVID-19, que inevitavelmente trouxe para todo o âmbito escolar um atraso tanto do calendário acadêmico, como na aprendizagem do aluno. Assim, a metodologia utilizada foi elaborada por meio de uma pesquisa exploratória, bibliográfica e de campo. Nosso objeto de estudo foram as duas turmas de AEE da Escola Municipal Maria Dulce Cavalcante. Com a pesquisa, foi possível identificar que os maiores desafios estão na acessibilidade aos meios de comunicação (internet) e também com

a falta de parceria das famílias junto às aulas remotas, o que dificulta o ensino-aprendizagem do discente.

Palavras-chave: educação inclusiva; tecnologias; ensino-aprendizagem; pandemia.

INTRODUÇÃO

Com a chegada da COVID-19 que surpreendeu negativamente o mundo, e o obrigou a parar momentaneamente em todos os setores da sociedade, a humanidade viu-se obrigada ao condicionamento de localidade, restritos entre as paredes de suas residências. Só o essencial para a vida humana se manteve em funcionamento (como por exemplo: supermercados, hospitais, empresas de fornecimento energético e de saneamento básico, dentre outros). No setor educacional brasileiro, não foi diferente, com paralizações forçadas devido a pandemia, o Brasil passou o ano de 2020 sem aulas nas redes públicas, e o primeiro bimestre de 2021 ainda não voltou de forma presencial.

A solução, foram as aulas a distância, para assim diminuir o prejuízo educacional do aluno, e aí que entram as tecnologias de informação e comunicação (TICs) para auxiliar de forma fundamental o desenvolvimento e a manutenção do ensino das redes públicas de ensino do país.

[...] as TICs chegam com todo vigor, permitindo a modernização das ferramentas de trabalho, a aceleração de tarefas e o aumento da produtividade nas inúmeras atividades desempenhadas, tudo isso em nome de equiparar as instituições às exigências dos sistemas de ensino no país que [...] volta-se na integração das TICs nestes espaços [...] (SOARES; OLIVEIRA, 2019, p. 2).

Abrindo as portas para inúmeras possibilidades para a relação de ensino-aprendizagem, uma vez que as TICs proporcionam um “[...] universo de equipamentos/máquinas e recursos multimídias, conectados com a Internet ou não, com a possibilidade de permitir propagar a informação, individual ou em massa, em um determinado local, ou de um local para outro [...]” (ALMEIDA; SOARES; OLIVEIRA, 2019, p. 40)

Porém nos deparamos com um outro problema estrutural do país, chamado desigualdade social e de acesso à essas tecnologias. O ensino a distância é uma realidade atualmente, mas nas comunidades mais carentes, os alunos não dispõem de internet tão pouco de aparelhos celulares ou computadores para que a aula digital aconteça. “Incluir os cidadãos à era da informação passa a ser uma obrigação para os poderes públicos já que comumente associa-se inclusão digital como uma forma de inclusão social” (LEMOS e COSTA, 2005, p.2)

Tendo isso em vista, este artigo preocupou-se em responder a seguinte problemática: Quais são os desafios na utilização das TICs por parte

dos docentes nas turmas de AEE, diante da pandemia da COVID-19 na Escola Municipal Maria Dulce Cavalcante Feitosa em Delmiro Gouveia-AL? Para tanto, o artigo aqui apresentado teve como objetivo geral avaliar as principais dificuldades enfrentadas pelo professor quanto ao uso das tecnologias em sala de aula (virtual) para o desenvolvimento da educação inclusiva. Assim, os objetivos específicos foram: a) Compreender a forma como as TICs auxiliam os professores diante à pandemia do Sars-Cov-2; b) Verificar se há e quais são as necessidades do docente para à aplicação dessas tecnologias na turma de AEE e; c) Investigar quais os impactos positivos/negativos causados ao desenvolvimento ensino-aprendizagem dos alunos do AEE.

A metodologia utilizada foi a pesquisa exploratória, que consiste em uma pesquisa preliminar sobre a temática abordada Andrade (1999); pesquisa bibliográfica de fontes secundárias por meio de livros, artigos, entre outros, que de acordo com Andrade (1999, p.41) “[...] são constituídas pela literatura originada de determinadas fontes primárias e constituem-se em fontes das pesquisas bibliográficas.”; e a pesquisa de campo, que é “aquela em que o pesquisador, através de questionários, entrevistas, protocolos verbais, observações, etc., coleta seus dados, investigando os pesquisados no seu meio” (PRESTES, 2007, p.27), em que tivemos como objeto de estudo as duas turmas de AEE da Escola Municipal Maria Dulce Cavalcante em Delmiro Gouveia-AL.

BREVE HISTÓRICO DA EDUCAÇÃO INCLUSIVA

A história da educação inclusiva brasileira andou e talvez ainda ande, de forma lenta. O preconceito, a falta de interesse por parte da sociedade sobre o assunto, acaba por prejudicar o desenvolvimento dessa área da educação. Vivemos em uma era extremamente imediatista, que é impulsionada tanto pelo sistema capitalista quanto pela era da democratização da informação difundida pelo acesso à internet.

O fato de se ter mais acesso à internet não é um problema por si só, ao contrário, as tecnologias de informação surgiram justamente para ampliar e unificar a humanidade, e está sendo utilizada cada vez mais como ferramenta de inclusão social. Porém, há esse lado não tão positivo assim, do imediatismo, e todo aquele que não atende aos parâmetros considerados normais impostos pela sociedade, acaba ficando a margem da mesma. E isso não acontece apenas agora na contemporaneidade, vem de muito antes, desde os espartanos na Grécia e sua cultura da eugenia...

Na medida em que se dedicava à guerra, em que valorizavam a ginástica, a dança, a estética, etc., a perfeição do corpo (forte e belo) era o grande objetivo. Se ao nascer, a criança apresentasse alguma deficiência, era eliminada. Praticava-se uma eugenia radical na fonte. [...] entre as sociedades patriarcais, nenhuma valorizou tanto a mulher como a espartana: a mulher bela e forte

era a pré-condição para gerar o guerreiro. Este paradigma, predominantemente, foi adotado por Roma em momento posterior. (BIANCHETTI, 1995, P. 9)

No medievo, as deficiências eram vistas como forma de algum castigo divino, ou até mesmo a demonização do corpo humano, passando assim a ser sinônimo de pecado, como é elucidado por Bianchetti (1995, p. 09) “o deficiente deixa de ser morto ao nascer, porém, passa a ser estigmatizado, pois, para o moralismo cristão/católico, deficiência passa a ser sinônimo de pecado.” Com a chegada do sistema capitalista, o corpo sai do status ‘divino’ e vai para o status ‘máquina’, ainda de acordo com o mesmo autor “...se o corpo é uma máquina, a excepcionalidade ou qualquer deficiência nada mais é do que a disfunção de uma peça. Se na Idade Média a deficiência está associado a pecado, agora está relacionada à disfuncionalidade.” (1995, p. 12). A deficiência saiu da área da religiosidade e migrou para a área da medicina, no entanto, não mudou-se o aspecto da exclusão dessas pessoas no âmbito social (PESSOTI, 1984).

Mas o que isso tem a ver com a educação brasileira? Considerando que a educação no Brasil já tem um histórico segregacionista e elitista, não seria diferente com as pessoas que possuem algum tipo de deficiência. Para que o processo de ensino-aprendizagem aconteça, é necessário ter uma didática, uma metodologia a ser aplicada, tendo isso como princípio, “se percebe que uma mesma educação para classes diferentes não leva aos resultados que se esperava, os filósofos e pedagogos passam a voltar suas atenções para as especificidades.” (BIANCHETTI, 1995, p. 15).

E é aí, que as coisas começam a mudar a partir do século XIX com Jean Itard e E. Seguin, seguidos por Maria Montessori já no século XX. “Itard é o precursor, mas Seguin é o criador da teoria psicogenética; (...) pretende chegar a um método aplicável não só aos idiotas, mas a qualquer deficiência mental” (PESSOTI, 1984, p. 127 e 128). Essa teoria de Seguin, partia-se em três premissas: prevenção, educabilidade e integração ao meio/fim do deficiente. (BIANCHETTI, 1995).

Em terras Tupiniquins, apenas duas instituições se preocupavam com a educação dos deficientes ao final do século XIX: o hospital baiano Juliano Moreira (1874) e a escola carioca México (1887). A educação brasileira passa então a ser influenciada pela escola-novista que permeia os princípios do poder transformador da realidade social, científica e econômica por meio da educação; além do que apenas o estado laico e gratuito poderia fornecer as bases da educabilidade para toda a população brasileira, a fim de combater as desigualdades sociais. (MENDES, 2010). Apesar disso, não houve grandes evoluções na área da educação especial.

A mudança de fato começa a surgir na segunda metade do século XX, em que houve um crescimento de instituições voltada para o público com deficiência, e 77% destas instituições eram públicas. (JANNUZZI, 1992). De acordo com Mendes (2010), a criação da LDB em 1961, impulsionou o surgimento de instituições na rede privada filantrópicas, suprimindo assim as

necessidades da demanda existente.

Enquanto a sociedade civil se organizava em iniciativas comunitárias difundindo o modelo de instituições privadas e filantrópicas, a escola pública, vai estendendo as matrículas às classes populares. O crescimento do índice de reprovação e de evasão vai alimentar as teses que associavam o fracasso escolar e deficiência intelectual de grau leve, e que serviu como justificativa para a implantação de classes especiais nas escolas públicas. (MENDES, 2010, p. 99 apud FERREIRA, 1992).

Com o crescimento dessas instituições, surgiu a necessidade de leis para regulamentá-las, como as leis LDB de 1961 (reformulada em 1996 lei 9.394); a lei 5.692, art. 9º em 1971; seguido em 1973 com o decreto 72.425: Centro Nacional de Educação Especial (Cenesp), e a própria Carta Magna em seu artigo 208. Lei 12.764 de 2012, além da Lei 13.146 de 2015. Todas elas visando garantir a educação e proteção ao aluno com qualquer tipo de deficiência e defendendo a igualdade de direitos, além de chamar a atenção para a formação de professores devidamente habilitados para à área.

Mas como isso funciona prática? Na vida real? Sabe-se que no Brasil, ainda enfrentamos problemas sérios em relação a modernização das escolas públicas (não só de equipamentos, como também de formação qualificada dos profissionais da educação na área), e com a desigualdade social, e em comunidades carentes o acesso a tecnologias em casa para uma aula on-line é escasso.

Se em moldes gerais já existem esses problemas, como é a realidade da educação inclusiva em meio a pandemia? No próximo capítulo descobriremos como é a realidade para as turmas de AEE de uma escola municipal no interior do alto sertão alagoano.

ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Para atender aos objetivos deste artigo, foi necessário ir a campo e conhecer a realidade de uma escola da rede pública e de como funciona a educação inclusiva na mesma. Para tanto, nosso objeto de estudo ocorreu na Escola Municipal Maria Dulce Cavalcante em Delmiro Gouveia-AL, que é voltada para o ensino fundamental, e está situada à Rua Batista Vanderlei, no Bairro Campo Grande, na cidade de Delmiro Gouveia – AL.

A infraestrutura da escola conta com 15 salas de aulas, sala de recursos multifuncionais para o atendimento educacional especializado – AEE, biblioteca, secretaria, almoxarifado, diretoria, quadra de esportes coberta, sala de leitura, banheiro com chuveiro, pátio coberto, sala de professores, cozinha, banheiro adequado para os alunos com deficiência ou mobilidade reduzida, despensa e área verde.

Nesta escola, funcionam duas turmas de AEE – Atendimento Educacional Especializado (matutino e vespertino); e conta com duas

professoras, as quais foi realizado a aplicação de um questionário digital (visto o momento em que ainda enfrentamos de pandemia), para assim ser possível coletar alguns dados importantes para este trabalho científico. Tendo isso em vista, para melhor compreensão, será apresentado aqui as perguntas e respostas, seguidas da análise de cada questão.

Na primeira questão, foi perguntado às docentes acerca de suas formações, bem como em relação ao tempo de trabalho junto à educação inclusiva, as respostas foram as seguintes:

Professora 1: “Graduada em Licenciatura Plena em Pedagogia; Especialização em Educação Especial e Educação Inclusiva, em Libras; cursando mestrado em Gerência e Administração de Políticas Culturais e Educacionais; realizei vários cursos de formação continuada na área de educação especial, incluindo um curso em AEE.”

Professora 2: “Trabalho a 7 anos na Educação Especial, mas no município de Delmiro Gouveia somente 3 anos. Sou graduada em Licenciatura em História, e concluindo Licenciatura em Educação Física. Pós-graduada em Libras (foco em docência), Atendimento Educacional Especializado e Educação Especial; Educação Especial e Inclusiva; e Educação Infantil.”

Diante das respostas, podemos inferir que tanto a escola quanto as profissionais estão devidamente qualificadas e dentro do que é proposto pela Lei nº 13.146 de 2015 – que Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência); em que versa em seu Capítulo IV, Art. 28. Inciso XI – a “formação e disponibilização de professores para o atendimento educacional especializado, de tradutores e intérpretes da Libras, de guias intérpretes e de profissionais de apoio [...]” na rede de ensino público.

Na segunda questão, foi perguntado acerca da quantidade de alunos nas turmas de AEE e suas necessidades especiais, em que:

Professora 1: “Eu atendo 17 alunos. As necessidades especiais que eles apresentam são: autismo e deficiência intelectual.”

Professora 2: “17 alunos. Autismo, deficiência física, intelectual e visual.”

Compreende-se então, que a escola atente no total 34 alunos com diversificadas necessidades e particularidades. Para uma melhor análise, vejamos as perguntas e respostas da terceira e quarta pergunta:

A terceira questão tratou-se sobre os recursos tecnológicos disponíveis na sala do AEE, enquanto a quarta questão, foi abordado sobre como eram utilizados esses equipamentos no cotidiano, vejamos as respostas:

Professora 1 (questão 3 e 4): “Tem computador, porém sem acesso à internet. Usava o computador apenas para jogos. Nunca atendi nessa escola a nenhum aluno com grandes limitações na comunicação. Porém sempre usei meu celular para me comunicar com as famílias dos meus alunos, várias vezes as conversas se deram através do WhatsApp.”

Professora 2 (questão 3 e 4): “A sala dispõe de computador com

alguns programas acessíveis para os alunos com deficiência. Somente em alguns momentos, pois a demanda de alunos sempre foi maior que os recursos disponíveis.”

Depreende-se dessas respostas que os recursos tecnológicos da sala do AEE limitam-se à um computador que não tem acesso à internet. Ou seja, não é aproveitado adequadamente o único equipamento tecnológico disponível.

Isso implica dizer que a escola atende parcialmente ou de forma muito reduzida mesmo antes da pandemia, aos critérios dos incisos VI e VII, da lei nº 13.146 de 2015, Art. 28, que diz que o estado precisa adotar:

VI - pesquisas voltadas para o desenvolvimento de novos métodos e técnicas pedagógicas, de materiais didáticos, de equipamentos e de recursos de tecnologia assistiva; VII - planejamento de estudo de caso, de elaboração de plano de atendimento educacional especializado, de organização de recursos e serviços de acessibilidade e de disponibilização e usabilidade pedagógica de recursos de tecnologia assistiva; [...]

Na questão 5, foi perguntado a respeito de como estão sendo as aulas em meio à pandemia da Covid-19, quais foram as modificações feitas e como está sendo trabalhar de forma on-line.

Professora 1: “As aulas tiveram que ser simplificadas e bem mais objetivas para que os alunos, muitas vezes com a ajuda da família, conseguissem realizar as atividades. Trabalhar com esses alunos nesse período está sendo uma experiência de muito aprendizado, pois apesar de vários obstáculos, a maioria dos nossos objetivos tem sido alcançados. Nos objetivos foram ressignificados por causa do contexto que vivemos.”

Professora 2: “Tornou-se comum o atendimento por vídeo-chamada e atividades lançada por mensagens ou vídeo explicativo para os alunos realizarem ao seu tempo.”

A adaptação para que as aulas à distância possam ocorrer, precisou do suporte familiar muito grande, para assim ajudar ao aluno em casa, a compreender o que o professor tem a dizer, ou seja, a família mais do que nunca é um suporte relevante para a construção de conhecimento e formação dos discentes. Essa responsabilidade do núcleo familiar para a inclusão social do aluno também está descrita na lei 13.146 de 2015:

Parágrafo único. É dever do Estado, da família, da comunidade escolar e da sociedade assegurar educação de qualidade à pessoa com deficiência, colocando-a a salvo de toda forma de violência, negligência e discriminação. Art. 28 [...] VIII - participação dos estudantes com deficiência e de suas famílias nas diversas instâncias de atuação da comunidade escolar; [...]

A participação da família é imprescindível para que o aluno com necessidades especiais possa desenvolver-se plenamente em suas capacidades cognitivas bem como sociais, e essa parceria foi fortalecida com o advento da pandemia, transformando a realidade do cotidiano de todos.

Já na questão 6, foi abordado sobre o acesso tanto a equipamentos quanto a internet, ambas as professoras responderam que nem todos os alunos possuem acesso à internet, e que por isso, são desenvolvidos blocos de atividades físicos para que os familiares possam pegar na escola, o que torna o contato com a aula mais limitado. Aqui pode-se perceber que a desigualdade social é uma realidade que aflige a sociedade brasileira, e que a dificuldade de acesso à internet já atingia em 2019 4,1 milhões de estudantes da rede pública brasileira, e esse é o principal problema apontado para o retorno das aulas divulgada em uma pesquisa do IBGE de março de 2021, sendo o principal motivo pela não participação dos alunos às aulas nas escolas públicas.¹

Na questão 7, foi averiguado sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nas aulas e quais os pontos positivos e negativos nessa nova realidade. Ambas as profissionais, destacaram o uso de aplicativos de comunicação como o WhatsApp e o Google Meet para o desenvolvimento das atividades escolares, e destacaram como pontos positivos o trabalho da autonomia do aluno e a variedade de atividades propostas. Partindo dessa ideia de que mesmo por meio digital os alunos continuam em desenvolvimento temos a certeza de que aluno não ficou desamparado, nas ferramentas usadas e nas ofertas de atividades a família e as professoras conseguiram atingir seus objetivos no ensino. De acordo com esse pensamento vemos que “o ensino remoto permite o uso de plataformas já disponíveis e abertas para outros fins, que não sejam estritamente os educacionais, assim como a inserção de ferramentas auxiliares e a introdução de práticas inovadoras” (GARCIA et al., 2020, p.05).

Em contramão, como pontos negativos destacaram os problemas físicos que podem surgir devido ao uso excessivo dos aparelhos eletrônicos e a falta de controle de horários para a realização das atividades, em que muitas vezes a aula se estende até a noite; afetando a qualidade de vida do profissional e também a rotina de horários do aluno. No tocante a divulgação em dados concretos sobre tais impactos ainda podemos analisar isso com o pensamento de Schmidt et al (2020), as pesquisas referentes as consequências na saúde mental por conta da pandemia do covid-19 são consideradas novas por proceder de um acontecimento recente, mas que indicia encadeamentos negativos. Com facilidade encontramos professores que relatam um grande nível de estresses, ansiedade, dores de cabeça constantes além de diversas dores musculares fruto de sobrecarga. Na literatura encontramos um termo que abraça essas condições o que remete

¹ Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/educacao/2021/04/segundo-ibge-43-milhoes-de-estudantes-brasileiros-entraram-na-pandemia-sem-acesso-a-internet.shtml#:~:text=Segundo%20IBGE%2C%204%2C3%20milh%C3%B5es,04%2F2021%20%2D%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20%2D%20Folha>>. Acesso em 10 de Agosto de 2021.

a expressão contemporânea 'mal-estar docente' (TOSTES et al., 2018, p. 90).

Já na questão 8, foi perguntando sobre as necessidades como professor quanto à inserção das TICs na rotina de ensino-aprendizagem. Enquanto a professora 1 respondeu que o uso de tecnologias sempre a ajudou e que na atual realidade tornou-se indispensável; a professora 2 destacou que além do acesso à essas tecnologias, é preciso que os docentes tenham uma formação adequada sobre o tema, para que assim possam utilizá-la da melhor maneira possível. O atual momento fez surgir a realidade do analfabetismo digital encontrado dentro dos educadores, onde muitos se depararam com a falta de entendimento sobre como manusear tais aplicativos da melhor forma. Isso mostra que a educação ofertada por meios tecnológicos sempre trouxe alguns obstáculos, principalmente pela falta de preparo/capacitação dos professores no manuseio de suportes tecnológicos (ROSA, 2020). E mostra que agora mais do que nunca é necessário investimento em treinamentos nessa área.

Seguindo, na questão 9, foi abordado junto às professoras sobre os pontos positivos e negativos que esses tipos de tecnologias trazem ao ensino-aprendizagem ao aluno do AEE, as respostas foram as seguintes:

Professora 1: “Os pontos positivos estão relacionados a facilitação na comunicação para a promoção do ensino e aprendizagem. Os pontos negativos se restringem as falhas da internet e aos danos físicos causados pelo excesso de uso dos aparelhos.”

Professora 2: “As tecnologias devem ser inseridas nas aulas sempre com regras e estabelecimento de limites para que o aluno entenda a necessidade de preservar os recursos que a sala de recursos tem disponível. O lado negativo é que muitas vezes quando alguns desses equipamentos dão algum problema não existe ninguém para fazer a manutenção necessária, fazendo com que o equipamento seja escanteio de forma definitiva. Os recursos deveriam ser renovados sempre, pois muitas vezes só a sala de recursos fica com a tarefa de incluir, enquanto a sala regular não entende que o trabalho precisa ser coletivo. Se cada um fizer sua parte, os alunos com deficiência terão melhores condições de desenvolvimento e aprendizagem na escola.”

Diante do exposto, pode-se entender que enquanto a docente 1 limitou-se a especificações mais práticas, a docente 2 abordou quesitos relevantes para uma reflexão mais abrangente, no sentido de não apenas existir a sala de AEE e seus recursos tecnológicos, mas como também a importância de manutenção e renovação desses recursos, bem como o trabalho em conjunto com as turmas regulares, para assim o objetivo da inclusão em si, ser amplamente atingida.

Dentro desse entendimento vemos que a melhor maneira de trabalhar com o público da sala do AEE é a forma transversal no sistema educacional, sendo a segregação substituída pelo direito de frequentar o ensino regular, e, em contrapartida desenvolver e demonstrar seu potencial como qualquer outro aluno (MAGALHÃES, 2002).

Para finalizar o questionário realizado com as professoras, foi

indagado do ponto de vista docente, qual ou quais os maiores obstáculos nessa realidade de ensino à distância imposta pela pandemia da Covid-19.

A professora 1, ressaltou que para ela, o principal problema é a falta da parceria por parte dos familiares dos alunos. Que como abordado anteriormente, é de extrema importância para o desenvolvimento e inclusão do discente em convívio social.

Já a professora 2, destacou que a Covid-19 acabou por evidenciar a desigualdade social do país e que os familiares não se dedicam e não dão o devido valor a educação das crianças e nem tão pouco aos profissionais da escola. Destacou ainda que se já existe a dificuldade de participação dos alunos que possuem acesso as aulas remotas, aos que só recebem os blocos de atividade a dificuldade é ainda maior, pois não existe a explicação adequada para cada atividade a ser desenvolvida.

Dentro de uma realidade que cada vez mais exclui aqueles que não possuem condições econômicas, temos um desenvolvimento e expansão das tecnologias da informação e comunicação percebe-se ainda que poucos têm acesso à internet e as suas tecnologias, ocasionando desigualdades na medida em que apenas alguns são beneficiados e outros ficam distanciados do progresso (FELIZOLA, 2011). Com a triste realidade educacional onde a falta de recursos tecnológicos e falta de incentivo da própria família se torna obstáculo para o enfrentamento da dura situação causada pela pandemia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível inferir com este artigo que os desafios na rede educacional são vários e também estruturais. Mediante a pesquisa realizada, foi possível identificar que alguns alunos possuem dificuldades no que diz respeito ao acesso à internet. Isso reflete a desigualdade social no Brasil, que foi ainda mais agravada com a chegada da pandemia causada pela Covid-19, que além dos problemas na área da saúde, afetou à economia do país, fazendo assim que o número de desempregados aumentasse consideravelmente.

E esses desafios aumentam em relação a educação especial, em que a parceria familiar junto a escola é imprescindível para o sucesso da educação do aluno. Os pais assim como os alunos e a comunidade acadêmica estão aprendendo juntos a como fazer acontecer as aulas da melhor maneira possível para todas as partes. O auxílio de aplicativos como o WhatsApp ou o Google Meet, têm sido o maior veículo de comunicação e é onde as aulas acontecem. Os professores buscam meios de gravar aulas, baixar vídeos educativos e jogos para auxiliar mesmo que à distância o aluno do AEE.

Na Escola Municipal Maria Dulce Cavalcante Feitosa em Delmiro Gouveia-AL que possui duas turmas do AEE, as aulas têm acontecido por meio deste aplicativo de mensagens, o que proporcionou uma aproximação maior entre a família como um todo e a escola. Esse é, inclusive, um dos pontos positivos destacados pelas docentes entrevistadas, em que

pontuaram que esse estreitar de laços, possibilitou um melhor acompanhamento da educação dos alunos por parte dos pais.

Por outro lado, a fácil comunicação a qualquer hora do dia, acabou por gerar um lado negativo também destacadas pelas docentes, que consiste no trabalho prolongado além do horário das aulas, ou seja, muitas atividades e dúvidas dos alunos/pais acontecem fora do horário da aula.

No âmbito de dificuldades por parte dos professores em usar as tecnologias de informação e comunicação como auxílio à aula, não foi destacado nenhum ponto negativo por parte das docentes, ao contrário, as mesmas virão uma oportunidade positiva, uma vez que ofertam aos profissionais um ambiente mais amplo de conhecimento e interatividade, o qual os alunos se sentem atraídos e gostam.

O ponto negativo, portanto, não está na utilização da TICs, mas sim na forma de acesso por parte dos docentes que muitas vezes não possuem equipamentos nem tão pouco a internet, que são elementos básicos para a aula à distância acontecer.

Outro desafio destacado pelas professoras está da falta de comprometimento por parte dos pais ou responsáveis pela criança, apesar de aproximar a família da escola, eles não acompanham as aulas em tempo real e não possuem a didática que o professor tem para a aplicabilidade das atividades propostas pelos docentes. Importante salientar neste ponto que nem a escola e nem tão pouco o professor, estão culpando os pais ou responsáveis pela falta de didática, uma vez que os mesmos não são profissionais da área e mesmo assim, diante de tantas dificuldades, estão encarando esse desafio com boa vontade e fazendo o melhor que podem, porém, inevitavelmente, esse problema afeta a aprendizagem do aluno.

Além disso, é necessário que a escola ofereça melhores estruturas tecnológicas para ser trabalhado em sala de aula, além de capacitação dos professores para o manuseio dos equipamentos e também a manutenção dos mesmos. As docentes destacaram que só é disponibilizado na sala de aula do AEE um computador que não tem acesso à internet, o que acaba limitando a sua plena utilização. Além disso, foi relatado que quando algum equipamento quebra, é deixado de lado e esquecido, mostrando assim que não há uma manutenção e um investimento relevante em equipamentos tecnológicos para ser ofertado em sala de aula.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Everton de Pádua; SOARES, Lucas de Vasconcelos; OLIVEIRA, Lílian Aquino. **A aplicação de Tecnologias de Informação e Comunicação na Gestão Educacional: estudo comparativo da rede pública de educação de São Luís –MA e Óbidos –PA.** Monografia de Conclusão de Curso. Óbidos, PA: UFOPA, 2019, p. 1- 106 (Arquivo próprio: material impresso).

ANDRADE, Maria Margarida de. **Introdução à Metodologia do Trabalho**

Científico. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

BIANCHETTI, Lucídio. Aspectos históricos da educação especial. **Revista Brasileira de Educação Especial**, 1995.

BRASIL. **Lei 13.146, de 6 de Julho de 2015.** Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, 6 de julho de 2015; 194º da Independência e 127º da República. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm> Acesso em 10.08.2021.

GARCIA, T. C. M. et al. Ensino remoto emergencial: proposta de design para organização de aulas. **Caderno de Ensino Mediado por TIC.** Natal, 2020.

JANNUZZI, G. M. A. **A luta pela Educação do Deficiente Mental no Brasil**, 2.a ed., Campinas, Autores Associados. 1992.

LEMOS A.; COSTA, L. F. Um modelo de inclusão digital: o caso da cidade de Salvador. **Revista de Economía Política de las Tecnologías de la Información y Comunicación. UFSE**, v. 7, n. 3, 2005. Disponível em:< <http://www2.eptic.com.br/arquivos/Revistas/VII,n.3,2005/AndreLemosLeonardoCosta.pdf>>. Acesso em: 05.08.2021.

MAGALHÃES, R. C. B. P.; LAGE, A.M.V. (Org.) **Reflexões sobre a diferença:** uma introdução à educação especial. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2002.

MENDES, Enicéia Gonçalves. Breve histórico da educação especial no Brasil. **Revista Educación y Pedagogía.** Vol. 22, n. 57, 2010.

PESSOTTI, Isaias. **Deficiência mental:** da superstição à ciência. São Paulo: Educ/ TAQ, 1984.

PRESTES, Maria Luci de Mesquita. **A pesquisa e a construção do conhecimento científico: do planejamento aos textos, da escola à academia** – 3. Ed., 1. Reimp. – São Paulo: Rêspel, 2007.

ROSA, R. T. N. Das aulas presenciais às aulas remotas: as abruptas mudanças impulsionadas na docência pela ação do Coronavírus-o COVID-19!. **Rev. Cient. Schola Colégio Militar de Santa Maria** Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil Volume VI, Número 1, Julho 2020. ISSN 2594-7672. Disponível em: http://www.cmsm.eb.mil.br/images/CMSM/revista_schola_2020/Editorial%20I%2020
Acesso em: 11 Ago. 2021

SOARES, Lucas de Vasconcelos; OLIVEIRA, Lílian Aquino. A exclusão digital no século XXI: diálogos na incorporação de TICs na Gestão Educacional em escolas da rede pública de São Luís/MA. **ARTEFACTUM – Revista de Estudos em Linguagens e Tecnologia**, n. 1, 2019, p. 1-13. Disponível em: em: 05.08.2021

TOSTES, M. V. et al. “Sofrimento mental de professores do ensino público”. **Saúde em Debate**, vol. 42, n. 116, 2018.

Igor Felipe Azevedo da Silva
Especialista em Psicologia Hospitalar
Jéssica Leonardo Machado
Especialista em Psicologia Hospitalar

RESUMO

Os grupos terapêuticos são instrumentos para que possam ser socializadas experiências dos pacientes, sendo importantes para o agir e o pensar coletivos, visando respeitar a diversidade e a subjetividade de cada pessoa. Nesse cenário, destaca-se o psicólogo como mediador nas rodas de conversas grupais. Os objetivos desse trabalho foram oferecer suporte psicológico para as famílias cuidadoras de pessoas com traumas ortopédicos em um hospital de referência em traumatologia, do norte do país, bem como auxiliar na elaboração da expressão ocupacional frente ao processo de hospitalização e ofertar uma escuta qualificada diante do sofrimento psíquico. Trata-se de um relato de experiência vivenciado por dois psicólogos. Os encontros semanais ocorreram às terças-feiras, às 10h, na enfermaria ortopédica do Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência (HMUE), onde estavam os pacientes e familiares. Foram 25 familiares que passaram pelo grupo durante um mês. Foi notado o sofrimento, ligado ao paciente acometido, por meio dos vários relatos dos participantes da pesquisa. Apesar deles não estarem sofrendo fisicamente os efeitos do adoecimento, os familiares estavam sujeitos às consequências psicoemocionais de todo esse processo de internação e tratamento. Logo, a experiência com o grupo de familiares foi fundamental, principalmente, pela grande relevância social e psicológica nessa área de trabalho.

Palavras-chave: grupo terapêutico, psicologia; acompanhante; traumas ortopédicos.

INTRODUÇÃO

A Psicologia Hospitalar corresponde a uma área de atuação da Psicologia voltada para o tratamento e compreensão dos aspectos psicológicos que surgem em decorrência de uma patologia (SIMONETTI, 2004). Desse modo, a Psicologia Hospitalar atua disponibilizando aos pacientes, familiares e profissionais da equipe de saúde, o saber psicológico, visando resgatar a singularidade de suas emoções, crenças e valores (BRUSCATO; BENEDETTI; LOPES, 2004).

A vida humana sempre se processou em grupos. Os indivíduos nunca deixaram de se transformar, de acordo com as condições – geográficas, históricas, técnicas, culturais. Da mesma forma, a ideia que a pessoa tem de si mesma, de seu grupo e da relação entre ambos, está sempre se transformando. No início de 1948, Bion organizou os seus grupos unicamente terapêuticos, a partir dos quais fez importantes observações e contribuições que permanecem vigentes e inspiradoras na atualidade (ZIMERMAM, 2004).

Dessa forma, no contexto hospitalar, notou-se que os sofrimentos não eram de exclusividade do paciente, abrangendo também os acompanhantes, surgindo um maior interesse para desenvolver grupos terapêuticos que pudessem dar suporte a essas famílias. Assim, o grupo é compreendido pelos usuários como um ambiente onde é possível debater acerca da necessidade de ajuda de todos, entretanto, com suporte emocional, melhorando as trocas de diálogos, o compartilhamento de experiências e a adaptação no âmbito hospitalar (CARDOSO; SEMINOTTI, 2006).

O presente trabalho surge dentro de um hospital referência em traumatologia na região norte onde diariamente internam pacientes com traumas ortopédicos. Evidenciando um ambiente complexo experimentado desde o ingresso enquanto psicólogo residente no Programa de Residência em Urgência e Emergência no Trauma, e no cotidiano da prática clínica ao atender familiares de pacientes com traumas ortopédicos (eventos nocivos que causam alterações estruturais e físicas) (SANTOS, 2016), observando que eles mobilizam muitos recursos de suporte da equipe como um todo.

Foram observadas as angústias dos familiares diante do processo árduo de acompanhar pacientes vítimas de traumas ortopédicos, em que diversas vezes era notado diante da piora clínica, ao observarem seus membros familiares com dores físicas e sofrimento psíquico diante da perda de funcionalidade locomotora dos seus familiares, decorrente do trauma, e da difícil tarefa de trocas de acompanhante, onde muitas famílias de localidades distantes não possuíam alternativa a não ser continuar como única referência familiar na hospitalização.

Diante do exposto, surgiu o interesse em realizar reuniões semanais com esses familiares, a fim de melhorar o enfrentamento ao período de hospitalização, em um lugar onde pudessem ser acolhidos sem julgamentos e que pudessem expressar suas experiências diante do processo de hospitalização.

Por conseguinte, elaborou-se um relato de caso, a fim de contribuir para melhorar o tratamento de pacientes em determinadas situações. Logo, os objetivos dessa experiência foram: oferecer suporte psicológico para as famílias cuidadoras de pessoas com traumas ortopédicos em um hospital de referência em traumatologia, do norte do país, bem como auxiliar na elaboração da expressão ocupacional frente ao processo de hospitalização e ofertar uma escuta qualificada diante do sofrimento psíquico. A experiência com o grupo de familiares foi de grande importância principalmente pela grande relevância social e psicológica nessa área de trabalho.

Sendo assim, percebe-se a importância de um acolhimento

direcionado à família, sendo os grupos terapêuticos inseridos no hospital uma opção possível, pois é neles que os membros compartilham as experiências, e encontram apoio a partir da troca das suas vivências. Dessa forma, os familiares sentem-se mais fortalecidos e capazes de enfrentar os problemas do dia a dia no hospital (MELMAN, 2001).

Os encontros ocorreram no Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência (HMUE), localizado no município de Ananindeua, Estado do Pará. Esta unidade é caracterizada pela alta demanda de vítimas de diferentes complexidades de traumas ortopédicos e queimados, sendo referência na região Norte no atendimento aos pacientes de urgência e emergência no trauma. Segundo o site oficial da instituição, Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência (HMUE) foi fundado em março de 2006. Além disso, é uma instituição 100% pública, que atende os pacientes pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e possui estrutura de grande porte, disponibilizando Pronto-Atendimento e internações. Mensalmente, são realizadas cerca de mil cirurgias.

A enfermaria Ortopédica onde se deu os encontros, há pacientes remanejados de outras clínicas com perfis de fraturas tanto de membros superiores como inferiores, internados sob supervisão diária da equipe Multidisciplinar. Nesta enfermaria são ofertados 19 leitos incluindo pacientes do gênero masculino e feminino tendo uma maior predominância do sexo masculino. Há também nesse cenário um leito específico de isolamento onde há uma observação mais minuciosa, visto que há casos clínicos onde há infecções específicas que demandam um cuidado mais intenso diante do risco de propagação de infecção para outros pacientes residentes da enfermaria.

REVISÃO DA LITERATURA

PAPEL DO PSICÓLOGO EM GRUPOS TERAPÊUTICOS

Desde a criação da teoria do vínculo por parte de Pichon-Rivière, define-se grupo como pessoas que formam um conjunto e possuem necessidades similares, primariamente buscando a execução de uma tarefa característica, para essa realização que cada um assumirá um papel para alcançar um objetivo mútuo, mas sem perder sua identidade (GROSSI; BORDIN, 1992; LEVISKI; DIAS; LEVISKI, 2021).

O tratamento em grupo é uma forma de psicoterapia a qual vem se tornando frequentemente encontrada nos serviços de atenção psicossocial, por exemplo, e também em outros âmbitos, como nos hospitais, ganha notoriedade por ser uma estratégia que apresenta um custo baixo e pouca demanda de insumos físicos para a sua realização. A aplicação tem relação com diversos métodos de grupos e doenças e possui variados contextos a ser utilizado, facilitando a aceitação por parte dos pacientes (VALLADARES, 2003; BECHELLI; SANTOS, 2004; RÓS; FERREIRA; GARCIA, 2020).

Além disso, no grupo terapêutico é encontrado uma ênfase nas trocas

de experiências, no diálogo entre participantes e mediadores, e as alterações que o período do paciente daquele familiar ali influenciou em seu cotidiano, estimular a participação e tornar um ambiente confortável irá fazer com que os familiares acreditem que essa troca de informações é produtiva e influenciará em sua vida (HEBERLE; OLIVEIRA, 2016).

Os grupos terapêuticos são uma ferramenta relevante de socialização de experiências, e muito valioso na medida em que se é proposto o agir e o pensar coletivamente, sendo observados por uma lógica baseada no próprio paradigma psicossocial do respeitar a diversidade e a subjetividade de cada indivíduo. O psicólogo ao mediar as rodas de conversa dos grupos não pode impedir essa individualidade de cada um, não podendo atuar de forma rígida e seguindo padrões (HEBERLE; OLIVEIRA, 2016).

Mas, para que isso ocorra é preciso que o psicólogo atue com dinamismo e fazendo uso da criatividade, compartilhar essas informações traz uma esperança para enfrentar processos, sendo de recuperação daquele familiar ou não, permite-se durante essa roda de conversa rever conceitos de cada um e o processo de adoecimento e tratamento. Construir estratégias para que a família participe da troca de saberes, permite que possam compartilhar suas demandas psicológicas e se tornando importante para a promoção da saúde e tornando o cuidado algo coletivo (MIELKE et al., 2010).

A atuação do psicólogo em grupos terapêuticos perpassa em manter que todos os participantes estejam focados na fala de cada um, apoiar participantes mais tímidos, promovendo sentimentos positivos que irão, com certeza, auxiliar em dois processos: intrapsíquicos e interpessoais, por meio dessa conversa pode-se analisar a facilitação para uma tomada de decisão desse familiar, tendo algum controle sobre sentimentos de ansiedade que possam surgir durante a dinâmica do grupo (MOLITERNO et al., 2012).

Em ambientes hospitalares, o psicólogo precisará atuar no que tange os pressupostos de facilitador, tendo respeito às especificidades que a área hospitalar apresenta e agindo de forma específica para o ambiente. Para iniciar essa roda de conversa será importante que o psicólogo possa fazer um levantamento prévio dos prontuários, sendo importante para a visualização do paciente e a ligação com seu familiar que irá participar, podendo visualizar membros da roda de conversa que estejam submetidos a uma maior demanda emocional (VERONEZE; BENFICA, 2010).

Com isso, analisa-se que o papel do psicólogo está na integração com práticas de implementação de saúde, como a educação em saúde, e com ações que promovam o desenvolvimento comunitário, sendo analisada essa formação ao longo da vivência dos familiares durante a troca de experiências. Os grupos terapêuticos para o profissional psicólogo perpassam pelo campo da psicoeducação em saúde, servindo para a redução de problemáticas como a mudança de visão desse familiar sobre o paciente, o qual pode impor um estigma sobre uma condição de sofrimento, por exemplo (CRP, 2016; OLIVEIRA; MARTINS, 2018).

Nos grupos a interação entre os participantes torna-se mais importante que a encontrada com o profissional mediador, são encontrados

grupos com uma boa interação e outros com uma condição inversa, mesmo os que estão mais interativos podem apresentar uma queda no rendimento, fazendo ser ainda mais importante a intervenção das estratégias desse psicólogo (BECHELLI; SANTOS, 2005).

As experiências e estratégias usadas para o enfrentamento dos familiares ali são pertinentes, no sentido mais amplo possível, considera-se esse ato efetivo para lidar de uma melhor forma com os acontecimentos do cotidiano hospitalar, muito também vem do olhar do psicólogo para ir além do verbal dos que se encontram ali na roda de conversa (BEZERRA et al., 2020).

Desse modo, o psicólogo deve desenvolver a interação entre os familiares, por meio de grupos, para que continuem dialogando e fortalecendo os vínculos emocionais entre esses participantes, os quais possam eles mesmos agirem como agentes terapêuticos, envolvendo esses por meio do diálogo, fazendo a abordagem de temas comuns e revelando tanto a similaridade quanto a diferença entre eles (ORMONT, 1990; WEINER, 1993; SILVA et al., 2015).

PAPEL DO PSICÓLOGO EM GRUPOS NO HOSPITAL

A atuação do psicólogo dentro dos hospitais, no Brasil, iniciou-se em 1950 e tendo poucos profissionais adeptos dessa especificidade, nesse país, a Psicologia da Saúde tem sua base no princípio da integralidade dentro das políticas públicas, baseando-se na dinâmica com foco na inter-relação de ópticas envolvidas no processo de saúde e doença, além de serem ligadas com a interdisciplinaridade, contexto importante para se debater aspectos desse profissional na atenção à saúde (MATTOS, 2003).

O papel do psicólogo nos hospitais perpassa pelos resultados psíquicos do indivíduo relacionados à situação de sua patologia e hospitalização, investigando o quanto o paciente é capaz de se adaptar àquele ambiente, os problemas ali analisados e o nível de adesão ao que é repassado pelos profissionais da saúde (ROMANO, 1999; RIBEIRO; REIS; CUSTER).

Considera-se importante o acompanhamento psicológico dos pacientes do determinado hospital e de seus familiares, fazendo uso de técnicas e teorias adequadas ao contexto que estão inseridos. O psicólogo no ambiente hospitalar torna-se responsável por apontar que as técnicas usadas precisarão tornar prioridade a relação da equipe de profissionais da saúde, paciente e sua família, fazendo a aplicabilidade da interdisciplinaridade com esses outros profissionais para que se possa repassar informações eficazes para uma melhor estratégia de tratamento (AZEVEDO; CREPALDI, 2016).

Em um ambiente hospitalar a administração de um grupo não são tarefas simples, para que esse recurso funcione será preciso que o psicólogo seja um mediador qualificado, um grupo eficiente perpassa por mudanças significativas entre seus membros se for feito de forma qualificada. Nesse caminho, o grupo deve se estabelecer em um ambiente que possam se

comunicar, compartilhando todos os seus sentimentos e vivências, os permitindo aprender com o próximo sobre os processos encontrados nesse ambiente (NOGUEIRA et al., 2012).

Assim, o psicólogo é crucial no suporte emocional de entes familiares, já que a família, de certa forma exerce função nos cuidados em saúde, executados tanto em situações de doença quanto de saúde, e, principalmente, em cuidado feito em domicílio. Logo, representam um papel relevante não somente com relação ao paciente, mas também relacionado à equipe dos profissionais de saúde, pois esses irão recorrer a rede de apoio familiar para tratar sobre manejos de cuidado e fomentar a troca de informações sobre a saúde do paciente (MARTINS; AZEVEDO; AFONSO, 2018).

O PAPEL DA FAMÍLIA NO GRUPO TERAPÊUTICO

Consoante Brasil (2010, p.94) na Política Nacional de Humanização (PNH), observa-se o desenvolvimento de projetos terapêuticos pautados em ações de saúde sobre essa integração, sendo relatado como um processo de construção conjunta, indispensavelmente, envolvendo o profissional responsável pela roda de conversa.

A família passa a ter um maior contato com os profissionais psicólogos e outros cuidadores durante as rodas de conversa do grupo, sendo assim podendo ser percebido o fortalecimento do vínculo entre familiares. O profissional psicólogo perpassa pelo olhar do quadro emocional do usuário de saúde e a sua vivência no hospital, evidenciando que em um ambiente de internação precisa ter uma atenção maior para a necessidade de um aumento do horizonte normativo e valorização da troca de experiências (AYRES, 2006).

Outro estudo também evidenciou sobre a importância do papel da família no contexto hospitalar, mais precisamente a participação de um acompanhante, as descrições dos familiares perpassam por evidenciar a repercussão da participação deles no grupo, a participação nos grupos contribui para elucidar acerca de informações sobre a condição de saúde de seu familiar hospitalizado, esses grupos permitem estabelecer laços afetivos, estabelecendo comunicação e, também, compartilhar as vivências, essas poderão fazer com que outras pessoas possam fomentar a compreensão sobre situações que possam envolver o adoecimento do familiar (FERREIRA; SAKITA; CECCON, 2009).

É importante que a família entenda essa nova reorganização e inserção de um novo cotidiano com o adoecimento, isso gera angústias, medos e tristezas, pois aumenta-se o sentimento de responsabilidade do familiar com o usuário, a relação desse com a equipe do hospital torna-se mais forte com o estreitamento dos laços analisados durante as conversas no grupo. O processo de escuta e discussão faz com que esses familiares se sintam mais à vontade para falar e que possam se identificar com as experiências relatadas dos demais familiares ao ver outros relatos (ALVES et al., 2015).

É importante salientar a importância da família no contexto hospitalar, para isso é relevante a oferta de suporte psicológico para que eles possam auxiliar na recuperação de seus familiares que sofreram traumas ortopédicos, podendo ajudar a equipe de saúde, como na realização de procedimentos mais básicos. (FAGUNDES; GIRARDON-PERLINI, 2013).

PRECEDIMENTOS METODOLÓGICOS

RELATO DE EXPERIÊNCIA

O trabalho teve início a partir de um desejo do autor sobre ter a experiência de trabalhar com grupos terapêuticos em instituição hospitalar, e ele se deu a partir da inserção no hospital de trauma como Residente de psicologia sob supervisão de uma preceptora fixa da enfermaria elencada como local de estudo.

Trata-se de um relato de experiência com delineamento descritivo, vivenciado por dois profissionais psicólogos sendo um residente em formação. Inicialmente, os encontros semanais ocorreram às terças-feiras, às 10h, na enfermaria ortopédica onde estavam os pacientes e familiares. Além dos encontros grupais toda semana com familiares foram revisados e compilados dados do prontuário, a fim de compreender o histórico dos pacientes envolvidos e procedimentos que precisavam ou não da presença do acompanhante no momento dos encontros para não coincidir entre eles.

Na pesquisa descritiva, o processo visa à identificação, registro e análise das características, fatores ou variáveis que se relacionam com o fenômeno ou processo. A grande contribuição da pesquisa descritiva é proporcionar novas visões sobre uma realidade já conhecida diante do relato de experiência. (NUNES; NASCIMENTO; LUZ, 2016).

Foram realizados 3 encontros grupais com cuidadores familiares de pacientes com fraturas ortopédicas no período de agosto de 2022. As sessões ocorreram semanalmente, com 40 min. de duração, na enfermaria denominada de “Ortopédica II” nas dependências do Serviço de Psicologia Hospitalar de um hospital público, de grande porte, na cidade de Ananindeua no Pará.

Os encontros foram realizados com o consentimento dos familiares e os relatos foram analisados qualitativamente a partir das contribuições teóricas sobre grupos terapêuticos encontrados na literatura. Fizeram parte dos encontros familiares adultos, com idades de 30 a 50 anos, sendo sua maioria participantes do sexo feminino. No total, 25 familiares passaram pelo grupo durante um mês, considerando a flexibilidade e mudanças dos leitos, altas hospitalares e mudanças de acompanhante de um mesmo paciente internado. Poucos familiares tiveram uma frequência mais contínua, isto é, participaram de mais de 1 encontro dos 3 realizados. Esses participantes foram orientados sobre o objetivo do grupo e que poderiam desistir a qualquer momento.

O grupo de familiares foi aberto às duas enfermarias que estavam

sendo atendidas pelo facilitador. Apesar de não existir um compromisso rígido de frequência e permanência – característica de um grupo aberto –, ressaltamos para os cuidadores a importância de comparecerem a todos os encontros que pudessem, a fim de possibilitar a formação de vínculos estáveis entre os participantes e os coordenadores do grupo.

O planejamento prévio, em cada encontro, três momentos, geralmente com o uso de técnicas de dinâmicas de grupo: a) apresentação do grupo, da proposta de trabalho e da importância de participação; b) o grupo de cuidadores foram convidados a partir de suas experiências falarem sobre esse processo de hospitalização, com informações sobre seus pacientes e suas dificuldades vivenciadas no contexto de hospitalização; c) momento de uma dinâmica e avaliação do encontro.

Foi realizada uma dinâmica das emoções que funcionou no sentido de os familiares elencarem suas emoções experienciadas no contexto do hospital ao escolherem as placas que continham 4 emoções básicas (amor, raiva, medo e tristeza). Esse planejamento teve a intenção de orientar o trabalho sem que fosse, no entanto, rígido. Ao contrário, foi preciso contar com os imprevistos, por exemplo, falta de um espaço para essa finalidade, falta de uma mesa que pudesse estampar as emoções ali impostas pela dinâmica, sendo preciso, no entanto, improvisar o espaço e as cadeiras de assento usados para esse fim.

ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Por ser tratar de um estudo envolvendo seres humanos, o projeto será submetido apenas a avaliação mensal da residência Multiprofissional realizada pelo Preceptor obedecendo todos os critérios éticos que envolvem o fazer profissional do Psicólogo. Ao seguir a resolução éticas legais do conselho federal de psicologia, será garantido o sigilo dos participantes e será resguardado toda a ética e moral durante a descrição e apresentação dos encontros e manuseio dos resultados obtidos através do esclarecimento teórico e prático.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

PRIMEIRO ENCONTRO

Na experiência enquanto Psicólogo residente pude perceber o sofrimento expresso no rosto dos familiares, e nos atendimentos realizados diariamente. Pude atendê-los em suas demandas emocionais e pedidos de ajuda, onde podiam ter a oportunidade de falar sobre essa experiência tão subjetiva de acompanhar pacientes em recuperação hospitalar. Inicialmente levamos a proposta aos familiares presentes e demos a opção de aceitarem ou não nosso convite aos encontros. Na imagem abaixo podemos vislumbrar o cenário prático grupal realizado pelo Residente e pela Preceptora de campo:



Figura 1: Ilustração da terapia de grupo.

Conferimos a priori uma breve apresentação central daqueles encontros que seriam realizados semanalmente e com duração de no máximo 20 minutos, o que não sabíamos, entretanto, era que durariam bem mais, chegando a 45 minutos. Falamos sobre o objetivo dos encontros que seriam levar os acompanhantes a expressarem livremente suas experiências sobre as vivências de acompanhar pacientes acometidos por adoecimentos inesperados já que a grande maioria foram vítimas de acidentes automobilísticos e atropelamento.

Diante das expressões vivenciais daquelas pessoas podemos perceber vários relatos sempre acompanhado de sofrimento ligados ao paciente acometido. Embora não sofressem fisicamente os efeitos do adoecimento, os familiares estavam sujeitos às consequências psicoemocionais de todo esse processo de internação e tratamento.

Estes achados corroboram com a pesquisa de Paula e Tachibana (2019), que trazem em evidência a experiência emocional dos familiares marcadas por profunda angústia emocional, o que indica a insuficiência das intervenções que são dispensadas, no momento da hospitalização de sus familiares.

Os cuidadores de indivíduos vítimas de traumatismo cranioencefálico, qualquer agressão ocasionada por forças externas capazes de causar lesão anatômica ou comprometerem a funcionalidade de estruturas do crânio ou do cérebro (ALLISTER, 2011), apresentam sobrecarga física e mental relacionada ao aumento de responsabilidades, à falta de tempo para si e para autocuidado, à percepção de que a vida havia sido interrompida e ao sentimento de perda em relação ao indivíduo receptor de cuidados. Desse modo, visto o trauma como um processo amplo que abrange vítima e familiar/cuidador, é fundamental que os serviços de saúde ajam de maneira integral, abordando toda a família ao estabelecer metas e intervenções terapêuticas (SANTOS et al., 2020).

Ademais, estudos relatam experiências clínicas dedicadas aos familiares cuidadores no âmbito hospitalar com intervenções apenas sobre orientações diretivas sobre os cuidados a serem ministrados aos pacientes, como se tratasse de uma tentativa de educar as famílias para ensiná-las um bem viver pré-estabelecido (SOUZA JUNIOR, 2016) e elevar a sua capacidade de cuidar (DUARTE; CARVALHO; BRENTANO, 2018).

Os participantes faziam uso do espaço da entrevista, que não tinha objetivos clínicos, como espaço de escuta, relatando a mortificação experimentada durante a internação de seu familiar. Logo, em determinadas situações, se faz necessária uma busca ativa, pelos profissionais cuidadores, do indivíduo em sofrimento, para que de fato ele possa se beneficiar dos dispositivos de cuidado que lhe são ofertados (SILVEIRA, 2016; NEVES; OMENA, 2016).

SEGUNDO ENCONTRO

Em nosso segundo encontro promovemos a expressão dessas vivências de estar como acompanhante e as dificuldades que isso poderia representar para cada um deles, e pudemos perceber o impacto psicológico que isso causou nos participantes. Um membro familiar que acompanhava seu irmão em um acidente trágico de moto relatou em meio as lágrimas:

“...estar aqui é particularmente mais difícil pra mim, perdi dois filhos em um intervalo curto de tempo, e entrar em contato com hospital novamente me faz voltar aquela sensação de perda, e a perda me faz ter medo de perder meu irmão e passar por tudo isso novamente, tenho medo por mim, tenho medo por ele, tenho medo pela minha mãe que diferente de mim nunca perdeu um filho, e eu não quero que ela passe por isso como passei...(choro)”.

Nesse caso em questão percebemos que ao falar sobre o medo das perdas futuras a acompanhante estava também reafirmando suas perdas passadas, e com isso recebeu apoio dos integrantes que ali estavam, um deles na tentativa de encorajá-la disse “... *tenha fé, já passei por isso antes com outra pessoa da família e conseguimos superar, você também vai, não desanime...*”, outra acompanhante que se identificou como amiga de seu paciente internado relata também sua experiência na tentativa de encorajar a mesma acompanhante “*assim como a amiga ali que relatou suas perdas eu também já passei por situações assim, e foi ele (o paciente) que me ajudou. Estar aqui é uma forma de gratidão por tudo que ele já me proporcionou*”.

No contexto do compartilhar de experiências, verificou-se a identificação com o depoimento do outro, de forma que era possível vislumbrar a similaridade entre as pessoas e seus problemas. Assim, ao refletirem sobre circunstâncias remotas ou atuais vivenciadas, os membros se identificavam entre si, o que proporcionou conforto pela sensação de não

estarem sozinhos. Mediante a percepção de similaridades entre os indivíduos, foram abordadas pelos facilitadores do grupo questões como efemeridade dos problemas da vida de um familiar diante de um ente querido internado, expressão dos lutos envolvidos, possibilidades de recomeços e visualização do problema sob outro aspecto, com ênfase na mudança de percepção mediante estratégias particulares compartilhadas pelos integrantes.

O estudo de Souza et al. (2021) encontrou dados semelhantes em que os familiares são afetados emocionalmente e cotidianamente, em decorrência das internações hospitalares, sendo necessário o acompanhamento adequado do familiar por parte da equipe de saúde. O acompanhante, por sua vez, irá abdicar de parte de sua vida rotineira, do seu trabalho, do lazer, da casa e dos filhos para estar ao lado do familiar. Apesar da angústia, a atenção e o bom atendimento prestados pela equipe de saúde são evidenciados como colaboradores para aliviar seus anseios (SOUZA et al., 2019).

Estudo apontou que o sofrimento psicológico dos cuidadores familiares pode ser evidenciado por sintomas de dor, angústia, ansiedade e depressão como sendo frequentemente encontrados em cuidadores familiares. Estudos demonstraram a existência do chamado “Transtorno de dor prolongado” presente entre familiares que cuidavam de pacientes com diferentes graus de lesões cerebrais e níveis de consciência (MORENA; CRUZADO, 2013).

Outro estudo avaliou a sobrecarga emocional e o estado de saúde de cuidadores de familiares com Acidente Vascular Cerebral e verificou que a prevalência de ansiedade e depressão, nesta população, foi de 22,6 e 12,1%, respectivamente. Ainda, os desfechos dos pacientes (incapacidade) e as características do cuidador (sexo feminino, presença de ansiedade e/ou depressão) foram preditores independentes de sobrecarga do cuidador. Assim, a principal conclusão deste estudo foi que o estado afetivo do cuidador (presença de ansiedade e/ou depressão) foi o fator que exerce maior influência na sobrecarga do cuidador e na percepção de saúde nos cuidadores (CAROD-ARTAL et al., 2009).

TERCEIRO ENCONTRO

Em nosso terceiro encontro, convidamos os integrantes envolvidos a expressarem melhor suas emoções e seus sentimentos no árduo papel de serem acompanhantes de pacientes hospitalizados. Pensando na importância disso fizemos uma dinâmica com emoções presentes naquele ambiente e destacamos as principais: felicidade, tristeza, medo e raiva. Recortamos as emoções, imprimimos e colocamos sob uma mesa de centro onde todos podiam ter acesso.

A dinâmica funcionava basicamente como uma forma dos integrantes pensarem em situações que ocorriam na internação de seus pacientes que lhes traziam emoções e destacasse para todos e para si mesmo essas vivências subjetivas. No início percebemos uma resistência, porém pouco

tempo depois um a um destacou suas plaquinhas das emoções e começaram a relatar suas emoções e as experiências a ela atreladas. Uma a uma as emoções foram sendo postas ao público ali reunido, e o que observamos foi que grande parte dos integrantes escolheram a felicidade como emoção chave, pois a partir da melhora clínica de seus pacientes relatavam também *“melhora em si mesmos”*.

Sendo assim percebemos que ao falar sobre suas emoções de felicidade ao ver a melhor clínica do paciente o acompanhante/familiar também reitera suas emoções como atreladas ao progresso de melhora clínica dos usuários internados, e vemos que com isso conseguem também expressar melhor suas emoções. Diferente do segundo encontro, este traz alguns integrantes novatos e contrastando com o primeiro encontro neste percebemos satisfações, emoções positivas e feedback como *“...muito bom esse grupo, traz mais conforto pra gente, conseguimos aliviar mais e desabafar também, é bom saber que podemos contar com alguém que possa ouvir a gente e apoiar, fico muito feliz”*.

Com isso vemos que na percepção dos participantes, vivenciar o grupo terapêutico proporcionou a oportunidade de introspecção e reflexão sobre a própria vida. Isso pode ser evidenciado pelos depoimentos que expressam a contribuição do grupo na valorização do pensamento reflexivo, da importância da expressão dos sentimentos e principalmente sobre o efeito terapêutico que o grupo trouxe para cada um dos participantes.

Souza et al. (2019) enfatizaram a importância dos momentos de lazer dos familiares, dentro e fora do hospital, citando suas atividades individuais e coletivas. Destacam a responsabilidade e dedicação do familiar para acompanhar seu ente querido hospitalizado altera a vida do cuidador, que, muitas vezes, precisa abdicar de sua rotina cotidiana. Além disso, os familiares manifestam seu desejo e papel de ajudar a pessoa hospitalizada trazendo sentimentos significativos de alegria para o hospital, contribuindo para promover o bem-estar do seu ente querido.

Nesse sentido, os profissionais de saúde exercem papel fundamental na avaliação e manejo do stress, estado de saúde e sentimento de esperança dos cuidadores familiares (HONG; TAE, 2013). Uma estratégia capaz de amenizar o sofrimento dos cuidadores familiares refere-se à comunicação efetiva entre profissionais e cuidadores familiares, uma vez que os cuidadores costumam não expressar dúvidas relacionadas ao prognóstico, entretanto a ausência de respostas pode contribuir para o aumento do sofrimento do cuidador, por outro lado, o diálogo aberto facilita uma melhor compreensão (CREEDLE et al., 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da minha experiência enquanto Psicólogo Residente passar pelo processo de vivenciar o desenvolvimento de um grupo terapêutico foi extremamente gratificante, pois foi possível conhecer cada um dos familiares ali presentes e vislumbrar as possibilidades de intervenção, como forma de

assegurar um espaço onde era possível falar sobre suas experiências enquanto acompanhantes de pacientes hospitalizados. Através das nossas intervenções no grupo foi possível compreender os familiares a adquirir o autoconhecimento sobre seu modo de expressar aquela situação de hospitalização.

Talvez as intervenções mais ricas tenham sido aquelas em que deixávamos os familiares a expressarem melhor suas emoções, não partiam de um pressuposto, eles falavam a partir do que sentiam naquele momento. Acreditamos que com isso foi possível ajudar mesmo que de forma breve auxiliar os familiares – através de uma escuta acolhedora –atravessarem o difícil processo de acompanharem pacientes vítimas de variados traumas.

Mediante o exposto, verifica-se que os integrantes estabeleceram relação de empatia entre si, uma vez que a construção de um espaço propício para o compartilhar de experiências pessoais permite a identificação com o relato exposto pelo outro, onde o integrante do grupo se vê no depoimento referido, evidenciando a similaridade entre as situações vivenciadas.

Assim, é capaz de se perceber, em um processo de autoavaliação e reflexão sobre a própria vida – como em um grupo terapêutico de hospital – o que repercute em novas possibilidades e estratégias de enfrentamento dos problemas, proporcionando crescimento pessoal e saudável não só para os familiares, mas para os profissionais ali envolvidos. Percebeu-se que a cada encontro, o vínculo entre os integrantes aumentava, visto que a maioria deles compartilhavam da mesma enfermaria, porém não se conheciam efetivamente como vieram a se conhecer melhor no grupo, tornando a participação produtiva e evidenciando que essa modalidade terapêutica permite que a Psicologia tenha mais contato com os familiares e possa realizar um atendimento mais lúdico e humanizado.

Ouvir as questões subjetivas de cada familiar abriu um leque de possibilidades e crescimento para a vida dessas pessoas no contexto da hospitalização e isso só aumentou a certeza do poder que tem um grupo terapêutico direcionado a cuidadores de pessoas com traumas variados. Nesse espaço acolhedor que criamos na enfermaria percebemos o compartilhamento dos medos, dúvidas, vitórias, sonhos, desejos, enfim, todos os sentimentos e vivências que perpassaram por cada um.

Após essa experiência com grupos, acredito no poder dos grupos terapêuticos, e nas possibilidades que se abrem para que esses cuidadores e familiares consigam nesses espaços de acolhimento e compartilhamento de experiências, ressignificar conteúdos que fazem parte das suas histórias de vida. Faz-se necessária o uso dessa ferramenta em todos os dispositivos de saúde não podendo ficar apenas na instituição de referência em traumatologia.

Com isso ressalto que esse trabalho com o grupo de familiares/acompanhantes poderá ainda render muitos frutos contribuindo para construir outras pesquisas para que cada vez mais possa se pensar na melhoria da vida de pessoas que estão em alguma situação de vulnerabilidade psicossocial e que possam se beneficiar por meio destes

estudos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLISTER, T. W. Neurobiological consequences of traumatic brain injury. **Dialogues Clin. Neurosci.** v. 13, p. 287-300, 2011.

ALVES, R. D. et al. GRUPO DE FAMILIARES EM CAPS AD: ACOLHENDO E REDUZINDO TENSÕES. **SANARE**, v. 14, 2015. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/613>. Acesso em: 2 nov. 2022.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S. F. (Org.). Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: **Fiocruz**, p. 49-83, 2006.

AZEVÊDO, A. V. dos S.; CREPALDI, M. A. A Psicologia no hospital geral: aspectos históricos, conceituais e práticos. **SciELO Brasil: Estudos de Psicologia, Campinas**, v. 33, 2016. DOI <https://doi.org/10.1590/1982-02752016000400002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/JHXxwcXNsqNk3f3pfsyyhFP/>. Acesso em: 2 nov. 2022.

BECHELLI, L. P. de C.; SANTOS, M. A. dos. Psicoterapia de grupo: como surgiu e evoluiu. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, p. 242-249, 2004.

BECHELLI, L. P. de C.; SANTOS, M. A. dos. O terapeuta na psicoterapia de grupo. SciELO Brasil: **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 13, 2005.

BEZERRA, V. A. dos S. et al. Grupos terapêuticos e o cuidado em saúde: a experiência da terapia comunitária integrativa em uma unidade básica de saúde da família. IV **Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde**, João Pessoa, 2020. Disponível em: https://editorarealize.com.br/editora/ebooks/conbracis/2020/TRABALHO_EV135_MD7_SA100_ID240_26102020171333.pdf. Acesso em: 3 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS: Documento base**. 4. ed. Brasília, DF, 2004.

BRUSCATO, W.L.; BENEDETTI, C.; LOPES, S.R.A. A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo: novas páginas em uma antiga história. São Paulo: **Casa do Psicólogo**, 2004.

CARDOSO, C.; SEMINOTTI, N. O grupo psicoterapêutico no Caps. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n. 3, p. 775-83, 2006.

CAROD-ARTAL, F. J. et al. Burden and perceived health status among caregivers of stroke patients. **Cerebrovascular Diseases**, v. 28, n. 5, p. 472-480, 2009.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA (CRP). **Psicologia Hospitalar: Considerações sobre assistência, ensino, pesquisa e gestão**. Curitiba: Agência Cupola, 2016. Disponível em: https://crppr.org.br/wp-content/uploads/2019/05/AF_CRP_Caderno_Hospitalar_pdf.pdf. Acesso em: 3 nov. 2022.

CREEDLE, C. et al. The impact of education on caregiver burden on two inpatient oncology units. **Journal of Cancer Education**, v. 27, n. 2, p. 250-256, 2012.

CRUZADO, J. A.; ELVIRA DE LA MORENA, M. J. Coping and distress in caregivers of patients with disorders of consciousness. **Brain injury**, v. 27, n. 7-8, p. 793-798, 2013.

DA SILVA, C. D. L. et al. A Psicologia nos serviços de acolhimento institucional e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 10, n. 1, p. 55-65, 2015.

DUARTE, M. de L. C.; CARVALHO, J. de; BRENTANO, V. Percepção dos familiares acerca do grupo de apoio realizado em uma unidade de internação psiquiátrica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, 2018.

FAGUNDES, J. S.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. Presença da família durante a hospitalização de pacientes adultos: a visão da equipe de enfermagem. Periódicos UEM: **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, 2013. DOI <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v7i0.6699>. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6699>. Acesso em: 3 nov. 2022.

FAVERO, A. A.; CENTENARO, J. B. A pesquisa documental nas investigações de políticas educacionais: potencialidades e limites. **Revista Contrapontos**, v. 19, n. 1, p. 170-184, 2019.

FERREIRA, J. C. de O. A.; SAKITA, N. K.; CECCON, M. Esther J. R. Experiência de grupo de pais em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Pediatria** (São Paulo), p. 20-25, 2009.

FILGUEIRAS, M. S.T.; RODRIGUES, F. D.; BENFICA, T. M.S. **Psicologia Hospitalar e da Saúde – Consolidando Práticas e Saberes na Residência**.

Editora Vozes, 1. ed. 2010.

GROSSI, E. P; BORDIN, J. **A paixão de aprender**. Petrópolis: Vozes, p.59-68, 1992.

HEBERLE, A. Y.; OLIVEIRA, L. A. de. **Grupos terapêuticos em saúde mental** – uma modalidade na prática dos serviços de atenção à saúde mental. UNIEDU, 2016. Disponível em: <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/09/unoesc-ANDR%C3%89IA-YESS-HEBERLE.pdf>. Acesso em: 31 out. 2022.

HONG, M. J.; TAE, Y. S. Structural relationship of burnout and related variables among family caregivers of cancer patients. **Journal of Korean Academy of Nursing**, v. 43, n. 6, p. 812-820, 2013.

LEVISKY, R. B.; DIAS, M. L.; LEVISKY, D. L. **Dicionário de psicanálise de casal e família**. Editora Blucher, 2021.

MARTINS, P. L.; AZEVEDO, C. da S.; AFONSO, S. B. C. O papel da família nos planos de tratamento e no cuidado pediátrico hospitalar em condições crônicas complexas de saúde. **SciELO Saúde Pública: Saúde e Sociedade**, v. 27, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2018.v27n4/12181229/#:~:text=Durante%20a%20interna%C3%A7%C3%A3o%20hospitalar%2C%20o,sobre%20a%20sa%C3%BAde%20da%20crian%C3%A7a>. Acesso em: 1 nov. 2022. MELMAN, J. **Família e Doença Mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. São Paulo: Escrituras Editora, 2ª ed. 2006.

MATTOS, R. A. **Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde**. In R. PINHEIRO & R. A. MATTOS (Orgs.), **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**, Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro, p.45-99, 2003.

MIELKE, F. B. et al. A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. **Revista Eletrônica de Enfermagem.**, v.12, n. 4, p.761-5, out/dez 2010.

MOLITERNO, I. M. de et al. A atuação do psicólogo com grupos terapêuticos. **Cadernos de Graduação: Ciências Biológicas e da Saúde Fits**, Maceió, v. 1, p. 95-98, 2012. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/download/460/193/1507>. Acesso em: 31 out. 2022.

OLIVEIRA, L. A. de; MARTINS, L. A. L. Grupos terapêuticos: benefícios e desafios desta modalidade de atendimento em instituições de saúde mental públicas. **Revista Terra e Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa**, v. 34,

2018. Disponível em:
<http://periodicos.unifil.br/index.php/Revistateste/article/view/1017/940>.
Acesso em: 3 nov. 2022.

ORMONT, L. R. The craft of bridging. **Int J Group Psychother**, [s. l.], 1990.
Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2318554/>. Acesso em: 3 nov. 2022.

PAULA, C. A. G. de; TACHIBANA, M. E como estão os familiares cuidadores dos pacientes psiquiátricos internados? **Vínculo-Revista do NESME**, v. 16, n. 2, p. 44-67, 2019.

RIBEIRO, E. G.; DOS REIS, I. A. da S.; KUSTER, K. E. A Psicologia e Práticas Psicoterápicas no Âmbito Hospitalar. **Revista Enfermagem e Saúde Coletiva-REVESC**, v. 7, n. 1, p. 2-12, 2022.

ROGERS, C. R. **Grupos de Encontro**. Tradução: Joaquim L. Proença. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

ROMANO, B. W. **Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 1999.

RÓS, I. A.; FERREIRA, C. A.; GARCIA, C. S. Avaliação da psicoterapia de grupo em pacientes com ansiedade e depressão. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 12, n. 1, p. 75-86, 2020.

SANTOS, L. F. S. et al. Estudo epidemiológico do trauma ortopédico em um serviço público de emergência. **Cad. Saúde Colet.**, v. 24, n. 4, p. 397-403, 2016.

SANTOS, T. S. et al. Perfil sociodemográfico e sentimentos pós-traumáticos de familiares cuidadores de indivíduos vítimas de trauma cranioencefálico. **Global Academic Nursing Journal**, v. 1, n. 2, p. e19-e19, 2020.

SIMONETTI, A. Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença. São Paulo: **Casa do Psicólogo**, 2004.

SOUZA JUNIOR, J. C. de et al. **“É acompanhante ou usuária?”** Implicações sobre a posição da família no atendimento a crianças e adolescentes em um Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência-CAPSi. 2016.

SOUZA, J. B. de et al. PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO: significados dos familiares de indivíduos em tratamento oncológico. **Revista Renome**, v. 10, n. 1, p. 34-43, 2021.

VALLADARES, A. C. A. et al. Reabilitação psicossocial através das oficinas

terapêuticas e/ou cooperativas sociais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 5, n. 1, p. 4-9, fev./mai. 2003.

WEINER, M. F. **Role of the leader in group psychoterapy**. In: KAPLAN, H.I., SADOCK, B.J., organizers. *Comprehensive Group Psychotherapy*. 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, p. 84-98, 1993.

ZIMERMAN, D.; E. Bion. **Teoria à prática – uma leitura didática**. David E. Zimerman. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

Sobre o Organizador

Prof. Dr. Bruno Matos de Farias



Doutor em Desenvolvimento Local (Ciências Ambientais), Mestre em Desenvolvimento Local pelo Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM). Possui Graduação em Arquitetura e Urbanismo e Especialização em Docência OnLine: Tutoria em EAD pelo Centro Universitário Augusto Motta (UNISUAM). Editor chefe na Editora Epitaya. Tem experiência na área de Arquitetura e Urbanismo e Engenharia Civil, com ênfase em Construção Civil, atuando principalmente no seguinte tema: Autovistoria Predial, Perícia e Assistência Técnica. Especialista em Registros de Patentes, Marcas e Programas de Computador. Professor Auxiliar na Universidade Estácio de Sá (UNESA) no Curso de Arquitetura e Urbanismo e Engenharia Civil. Professor

Auxiliar na UNISOCIESC no Curso de Arquitetura e Urbanismo. Organizador de oito livros na área da arquitetura e engenharia, com quarenta e dois capítulos de livros publicados, 16 artigos em revistas científicas, 11 patentes registradas e 7 programas de computador criados.

Link do Currículo Lattes: <https://lattes.cnpq.br/8157069396993825>

Publicação em capítulo de livro

A coletânea de artigos em livro digital visa democratizar o acesso dos pesquisadores brasileiros à publicação de suas pesquisas, teorias e métodos. A Editora Epitaya recebe os textos e após a revisão por pares, o material é publicado.

Todos os livros possuem registro de ISBN e os capítulos são registrados no DOI (Digital Object Identifier System).

Verifique os textos aceitos para publicação como capítulo de livro

- Trabalho apresentado em congresso internacional, nacional, regionais e/ou encontros de pesquisa;
- Trabalho de Conclusão de Curso / Monografia;
- Dissertação de Mestrado;
- Tese de Doutorado;
- Relatório de Pesquisa;
- Relatório de Pesquisa Pós-Doc;
- Artigo de Pesquisa original;
- Artigo de Revisão;
- Artigo de Opinião;
- Artigo de Relato de Experiência;
- Demais formatos, verificar com a assessoria editorial.

Para maiores informações, entre em contato!

contato@epitaya.com.br 

www.epitaya.com.br 

[@epitaya](#) 

<https://www.facebook.com/epitaya> 

(21) 98141-1708 

CONHECIMENTOS
INTERDISCIPLINARES
COMO FONTE DE SOLUÇÕES
CRIATIVAS
BRUNO MATOS DE FARIAS


epilaya
Editora

