

GLAUCE SANDIM MOTTI

**A PRÁTICA DA EQUOTERAPIA COMO TRATAMENTO
PARA PESSOAS COM ANSIEDADE**

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)

MESTRADO EM PSICOLOGIA

CAMPO GRANDE-MS

2007

GLAUCE SANDIM MOTTI

**A PRÁTICA DA EQUOTERAPIA COMO TRATAMENTO
PARA PESSOAS COM ANSIEDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, área de concentração: Psicologia da Saúde, sob a orientação do Profa. Dra. Heloisa Bruna Grubits Freire.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)

MESTRADO EM PSICOLOGIA

CAMPO GRANDE-MS

2007

Ficha Catalográfica

Motti, Glauce Sandim
M922p A prática da equoterapia como tratamento para pessoas com ansiedade
/ Glauce Sandim Motti; orientação Heloisa Bruna Grubits Freire. 2007
97 f.: il.; 30 cm + anexos

Dissertação (mestrado) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, Mestrado em Psicologia, 2007.
Inclui bibliografias

1. Psicologia da saúde. 2. Ansiedade – Tratamento 3. Equitação - Uso terapêutico I. Freire, Heloisa Bruna Grubits. II. Título

CDD-615.8515

Bibliotecária responsável: Clélia T. Nakahata Bezerra CRB 1/757.

A dissertação apresentada por GLAUCE SANDIM MOTTI, intitulada “A PRÁTICA DA EQUOTERAPIA COMO TRATAMENTO PARA PESSOAS COM ANSIEDADE”, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi

BANCA EXAMINADORA

Profª. Dra. Heloisa Bruna Grubits Freire
(orientadora/UCDB)

Prof. Dr. Sergio Luiz Saboya Arruda (Unicamp)

Profª. Dra. Angela Elizabeth Lapa Coêlho (UCDB)

Profª. Dra. Sonia Grubits (UCDB)

Campo Grande-MS, de de 2007.

A Deus que me concedeu a oportunidade em busca de novos conhecimentos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que contribuíram para este trabalho.

Especialmente, à companheira de trabalho, Profa. Dra. Heloisa Bruna Grubits Freire, por sua dedicação e incentivo à pesquisa.

Aos companheiros da Equoterapia, professores Msc. Carlos Henrique Silva e Paulo Renato de Andrade.

Ao diretor do ambulatório da Santa Casa, Drº Luiz Salvador Sá Miranda Junior, por me receber com atenção, apresentando-me a médica responsável pelas pacientes.

À Dra. Cristina M. Harada, pela confiança que demonstrou ao ter encaminhado e acompanhado as pacientes para esta pesquisa.

À diretora dos projetos de extensão, Profa. Luciane Pinho de Almeida, e à coordenadora, Profa. Salette Marinho de Sá, que sempre nos apoiou e acreditou em nosso trabalho em benefício da comunidade.

Aos acadêmicos bolsistas que cuidam dos cavalos, e aos voluntários que participaram como auxiliares guias e auxiliares laterais durante os atendimentos.

À minha família, base de sustentação e compreensão dos meus ideais.

À Maria Shirley, amiga e companheira atenciosa, por seu apoio nas horas mais precisas.

À Universidade Católica Dom Bosco, que me recebeu como acadêmica, estagiária, profissional, docente e mestranda, tendo como auxílio a bolsa de estudo para conclusão do Mestrado em Psicologia.

Aos queridos cavalos Topázio, Rosilha e Bomba, os quais aceitaram levar os pacientes da pesquisa em seu dorso, oferecendo tranquilidade, segurança e respeito ao trabalho desenvolvido.

Às participantes atendidas, por sua confiança e disposição em participarem deste estudo.

Os animais usam um sofisticado sistema de comunicação entre espécies para sobreviver. Eles ajudam uns aos outros, se protegem e se comunicam de uma forma que os humanos ainda precisam aprender. Os animais não formam grupos subversivos que aterrorizam a vizinhança como os humanos aprenderam a fazer. Estar isolado é não fazer parte de uma comunidade, não pertencer. O isolamento é uma revolta contra todas as coisas que a sociedade tem para oferecer. Quanto mais as pessoas se descobrem em situações em que o isolamento é incentivado, aceito e apoiado mais raiva, vergonha e medo sentirão. E reações como crimes violentos certamente serão resultados disso. Precisamos aprimorar nossa comunicação com os menos afortunados de nossa sociedade e aprender a falar a linguagem que eles compreendem, assim como fiz com o cavalo.

Quando induzo o cavalo a circular pelo redondel estou dizendo: “Estou dando a você a oportunidade de escolher por si mesmo”. Quero que o cavalo esteja livre para escolher seu próprio caminho porque, nesse estado mental, o aprendizado é incentivado.

Pela comunicação, eu desempenho o papel de predador e aguardo os gestos adequados para a renegociação. Quando o cavalo exerce sua escolha, ele vem a mim em vez de fugir. Recebo-o do modo mais intenso que posso na linguagem de Equus. Reforço sua escolha para que possamos trabalhar juntos em harmonia. Espero ardentemente que possamos seguir a partir desse ponto com a certeza de que não desejamos mal um ao outro.

Monty Roberts, 2005.

RESUMO

Introdução: Os recursos da Equoterapia para o tratamento dos sintomas de ansiedade ainda são pouco explorados. Sabe-se, no entanto, que este recurso terapêutico auxilia no relaxamento, na conscientização do corpo, equilíbrio, auto-estima e autoconfiança. A utilização do cavalo como instrumento cinesioterapêutico promove o desenvolvimento global a partir da estimulação senso-perceptiva, além dos benefícios da relação estabelecida com o animal e a equipe de atendimento. **Objetivo:** Avaliar as possibilidades da utilização da Equoterapia enquanto recurso terapêutico no tratamento de pessoas com diagnóstico de transtorno de ansiedade generalizada (TAG), segundo a classificação da CID-10. **Casística e Método:** Trata-se este de um estudo de dois casos, com avaliações pré e pós-intervenção, no qual a variável independente introduzida foi a Equoterapia e as variáveis dependentes, os sintomas de ansiedade, segundo a classificação da CID-10. Participaram desta pesquisa duas pessoas do sexo feminino, com 27 e 40 anos de idade, diagnosticadas com TAG, segundo a classificação da CID-10, e que freqüentam o Ambulatório da Sociedade Beneficente Santa Casa de Campo Grande-MS. Foram realizadas sessões de Equoterapia em um período de cinco meses. Utilizou-se como instrumentos de avaliação: Anamnese; Ficha Diária do Programa de Equoterapia da Universidade Católica Dom Bosco (PROEQUO-UCDB), para registro das sessões; Roteiro para Entrevista de Avaliação dos Sintomas de Ansiedade (REASA), elaborado para esta pesquisa de acordo com os critérios diagnósticos da CID-10, para a avaliação dos sintomas de ansiedade pré e pós intervenção; relato, pós intervenção, da psiquiatra que acompanha as participantes. **Resultados:** Analisou-se por meio da aplicação do REASA, do relato pós-intervenção da médica e das fichas diárias, que a participante A apresentou melhora quanto aos sintomas de ansiedade inclusive a médica iniciou o processo de retirada dos medicamentos que utilizava antes do início da Equoterapia. A participante B apresentou melhora parcial depois das sessões de Equoterapia, pois persiste com a tendência ao isolamento social e afetivo. Constatou-se que a Equoterapia influenciou, de forma positiva, as pacientes com ansiedade generalizada, melhorando a autoconfiança, segurança e diminuindo os sintomas do quadro ansioso. Durante os atendimentos práticos, a utilização de atividades terapêuticas favoreceu a dinâmica e a praticidade das sessões. **Conclusões:** As participantes apresentaram após a intervenção Equoterápica, melhoras nos sintomas da ansiedade, na relação afetiva, autocontrole, autoconfiança e descontração. Este estudo apontou que a Equoterapia é um recurso terapêutico válido para o tratamento da ansiedade generalizada e sugere que um trabalho intensivo poderá proporcionar maiores benefícios.

Palavras-chave: Ansiedade. Animais. Equoterapia.

ABSTRACT

Introduction: Equotherapy resources to treat anxiety's symptoms have not been well explored yet. It's known, however, that this therapeutic resource helps with relaxation, body consciousness, balance, self-esteem and self-confidence. The use of horses as a kinetherapeutic instrument presents a global development from sensory perceptive stimulation, besides the benefits from the relationship set with the animal and with the support team. **Objective:** To evaluate the possibilities of using Equotherapy as a therapeutic resource to treat peoples diagnosed with Generalized Anxiety Disturb, according to CID-10 classification. **Design and Method:** This is two cases study, with pre and post-intervention evaluations, where the independent variable introduced was the Equotherapy and the dependent variables, the anxiety symptoms, according to CID-10 classification. Two women took part in this research, being 27 and 40 years old, and diagnosed with Generalized Anxiety Disturb, according to CID-10 classification, and that frequently go to Santa Casa Beneficente Sociedade Ambulatório of Campo Grande/MS. Equotherapy sessions were held for a 5-month period. As evaluation instruments were used: Anamnesis; PROEQUO/UCDB Daily Chart, to register the sessions; Interview Program to Evaluate the Anxiety Symptoms (IPEAS), elaborated for this research according to CID-10 diagnosis criteria to evaluate pre and post-intervention anxiety symptoms; post-intervention report, from the psychiatrist who has attended the participants. **Results:** Analysed, through the application of the Interview Program to Evaluate the Anxiety Symptoms (IPEAS), through the psychiatrist's post-intervention report and through the Daily Chart, that participant A has presented improvement towards the anxiety symptoms, and has even started a process to stop using the medicine she was taking before beginning Equotherapy. Participant B has presented partial improvement after Equotherapy, as she still has the tendency to social and affective isolation. Ascertained that Equotherapy has influenced in a positive way the Generalized Anxiety Disturb patients, improving their self-confidence, and diminishing the anxiety symptoms. During the attending sessions, the use of therapeutic activities propitiated dynamic and practical sessions. The research has also shown that the participants have considered Equotheprapy a valuable and pleasurable resource, what could be verified due to the assiduity that they have gone to the sessions. **Conclusions:** The participants presented, after the Equotherapic intervention, improvement on the anxiety symptoms, on affective relations, self-control, self-confidence and relaxation. This study has shown that Equotherapy is a valid therapeutic resource for treating Generalized Anxiety Disturb and suggests that an intensive work can reach greater benefits.

Keywords: Anxiety. Animals. Equotherapy.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Semelhança anatômica entre homem e cavalo.....	54
FIGURA 2 - Picadeiro 40 x 20, área destinada aos atendimentos do PROEQUO-UCDB.....	61
FIGURA 3 - Equipamento para montaria e recursos terapêuticos: a) cavalo com manta; b) cavalo com sela; c) bolas; d) manta e cilhão; e) cones, bastões e tambores; f) cabeçada e cabresto.....	63
FIGURA 4 - Local onde os atendimentos equoterápicos foram realizados: a) bosque; b) margem do lago; c) lago.....	64
FIGURA 5 - O local de espera para o praticante e rampa de acesso à montaria: a) rampa e b) local de espera.....	64

LISTA DE SIGLAS

AAA	– Atividades com o Auxílio de Animais
AMA	– Associação dos Amigos do Autista
ANDE-Brasil	– Associação Nacional de Equoterapia
ANIRE-Italia	– Escola Nacional da Associazione Nazionale Italiana di Riabilitazione Equestre
APAE	– Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
CAMS	– Centro de Atendimento Multidisciplinar em Saúde
CCBS	– Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
CFP	– Conselho Federal de Psicologia
CID-10	– Classificação Internacional das Doenças
CNS	– Conselho Nacional de Saúde
COFFITO	– Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CONEP	– Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CORDE	– Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência
FRDI	– Federation Riding Disable International
IAHAIO	– Presidente da Associação Internacional das Organizações Homem-Animal
IEAP	– Instituto de Etologia Aplicada e Psicologia Animal
INPI	– Instituto Nacional de Propriedade Industrial
ISMAC	– Instituto Sul-Mato-Grossense “Florivaldo Vargas”
JV	– Sociedade Educacional “Juliano Varela”

PROEQUO-UCDB	– Programa de Equoterapia da Universidade Católica Dom Bosco
SCAS	– Sociedade para Estudos de Animais de Companhia
SOE	– Sem outra especificação
SUS	– Sistema Único de Saúde
TAA	– Terapia Assistida por Animais
TAG	– Transtorno de Ansiedade Generalizada
TCC	– Trabalho de Conclusão de Curso
TTEAM	– Tellington Touch Equine Awareness Method
UNESP	– Universidade Estadual de São Paulo
UNIP	– Universidade Paulista

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 ANSIEDADE	19
2.1.1 Conceito	19
2.1.2 Etiologia	24
2.1.3 Classificação e diagnóstico	26
2.1.4 Prevalência	29
2.2 O CONVÍVIO COM OS ANIMAIS	31
2.2.1 Histórico	31
2.2.2 Os animais na terapia	34
2.2.3 Conceito	36
2.2.4 Benefícios e indicação	37
2.3 EQUOTERAPIA	41
2.3.1 Histórico	42
2.3.2 Indicações/contra-indicações e benefícios	44
2.3.3 Equipe de atendimentos e programas básicos	46
2.3.4 O cavalo	48
2.3.5 As andaduras naturais do cavalo e a marcha humana	50
2.3.6 Aspectos psicológicos	55
3 OBJETIVOS	57
3.1 OBJETIVO GERAL	58
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	58
4 A PESQUISA	59
4.1 LÓCUS DE PESQUISA	60
4.1.1 Histórico	60
4.2 CASUÍSTICA E MÉTODO	62
4.2.1 Participantes	62
4.2.2 Recursos humanos e materiais	62

4.2.2.1 Equipe de pesquisa.....	62
4.2.2.2 Recursos materiais	62
4.2.3 Instrumentos para coleta de dados.....	65
4.2.3.1 Anamnese.....	65
4.2.3.2 Roteiro para Entrevista de Avaliação dos Sintomas de Ansiedade.....	65
4.2.3.3 Ficha Diária do PROEQUO-UCDB	66
4.2.3.4 Relato da Psiquiatra Pós-intervenção.....	66
4.2.4 Procedimentos	66
4.2.4.1 Análise dos dados.....	68
4.2.5 Aspectos éticos de pesquisa	68
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	70
5.1 ANAMNESE	71
5.2 RESULTADOS OBTIDOS POR MEIO DAS RESPOSTAS DO ROTEIRO PARA ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS DE ANSIEDADE	73
5.2.1 Apreensão.....	73
5.2.2 Tensão motora	74
5.2.3 Hiperatividade autonômicas	75
5.3 RELATO DAS SESSÕES.....	76
5.4 RELATO DO PSIQUIATRA PÓS INTERVENÇÃO	85
6 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
REFERÊNCIAS	89
APÊNDICES	97
ANEXOS	108

1 INTRODUÇÃO

A Equoterapia vem apresentando bons resultados não só no Brasil, mas em vários outros países. Sua contribuição para o tratamento da ansiedade é, ainda hoje, um tema inovador e pouco conhecido. As pesquisas que enfatizam a reabilitação das pessoas portadoras de necessidades especiais por meio deste recurso terapêutico apresentam dados pouco conclusivos.

Os benefícios da Equitação são citados desde 458-370 a.C.; a Equoterapia é conhecida em vários países e no Brasil desde 1989.

A Equoterapia tem como base fundamental o uso do cavalo como instrumento cinesioterapêutico, promovendo o desenvolvimento global de quem o utiliza, porque favorece o acesso a estímulos senso-perceptivos, além de toda a relação envolvida no processo, tanto com o animal quanto com os profissionais da equipe (NEVES; MALTA, 2002, p. 57).

A Equoterapia, que hoje já atende um grande número de pessoas com diversas patologias, tem gerado vários trabalhos e novos centros estão sendo implantados, incentivando o trabalho de equipes interdisciplinares.

O primeiro contato da pesquisadora com a Equoterapia ocorreu em 1998, ao participar como voluntária da pesquisa “Equoterapia com crianças autistas” que resultou na dissertação de mestrado defendida pela professora doutora Heloisa Bruna Grubits Freire, em 1999.

A partir dessa experiência, buscou-se aprofundar o conhecimento sobre esse recurso por meio de literaturas atualizadas, e percebeu-se a importância do cavalo na relação com o paciente e como facilitador nas sessões de terapia.

Em 1999, a pesquisadora participou do curso básico de Equoterapia na Associação Nacional de Equoterapia (ANDE-Brasil). Durante a graduação até a conclusão do curso, ela participou como voluntária do Programa de Equoterapia da Universidade Católica Dom Bosco (PROEQUO-UCDB), um centro de atendimentos para pessoas portadoras de necessidades especiais o qual também tem por objetivo o ensino, a pesquisa e a extensão para os acadêmicos da Universidade.

Em 2000, finalizou-se o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), com o tema *Terapia Ocupacional e Equoterapia no tratamento de indivíduos ansiosos*. A pesquisa foi realizada por meio de um estudo de caso de um indivíduo do sexo masculino. O estudo obteve resultados os quais percebeu a importância e as possibilidades dos materiais utilizados pela

Terapia Ocupacional concomitante à Equoterapia. Verificou-se que os resultados obtidos no tratamento da pessoa com ansiedade foram visíveis quanto à melhora da postura, auto-estima, autoconfiança, iniciativa, socialização, equilíbrio e harmonização dos gestos. De acordo com a evolução médica, constataram-se melhoras em relação a vigilância, hipertonía muscular, rigidez generalizada, tendo mais iniciativa frente à tomada de decisões, além de ter apresentado mais extrovertida e comunicativa. Melhorando assim, sua qualidade de vida pessoal, familiar, social e profissional. Essa pesquisa um ano depois, foi publicada na revista eletrônica da ANDE-Brasil.

Atualmente, como profissional do PROEQUO-UCDB, buscam-se novas pesquisas com relação aos benefícios da Equoterapia com o intuito de se obterem resultados que sejam mais consistentes tanto na área física quanto na psíquica e possam aprofundar-se os conhecimentos sobre a influência da Equoterapia em pessoas com problemas de ansiedade.

Sendo assim, o objetivo desse estudo foi verificar os possíveis benefícios da Equoterapia enquanto recurso terapêutico no tratamento de pessoas com diagnóstico de transtorno de ansiedade generalizada (TAG), segundo a Classificação Internacional das Doenças (CID-10).

Nesta dissertação, o Capítulo 2 aborda a ansiedade, seu conceito, etiologia, classificação e diagnóstico e a prevalência da ansiedade. Em seguida, aborda-se o convívio com os animais, o histórico, os animais na terapia, o conceito, os benefícios e a indicação. E, em seguida, aborda-se a Equoterapia, o conceito, o histórico, a indicação/contra-indicação, os benefícios, a equipe de atendimento e programas básicos, o cavalo, as andaduras naturais do cavalo e a marcha humana e os aspectos psicológicos.

Já no Capítulo 3, apresenta-se o lócus de pesquisa e seu histórico, hipóteses, objetivos geral e específicos da pesquisa.

O Capítulo 4 aborda casuística e método, participantes, recursos humanos e materiais, equipe de pesquisa, instrumentos de avaliação, procedimentos, análise dos dados e aspectos éticos de pesquisa.

O Capítulo 5 apresenta os resultados e discussão para finalmente, no Capítulo 6, serem explanadas as conclusões e as considerações finais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ANSIEDADE

Etimologicamente a palavra ansiedade provém do grupo *Anshein* que significa estrangular, sufocar, oprimir. Já o termo correlato angústia, origina-se do latim em que a mesma palavra exprime desconforto, enquanto *Ongor* significa opressão ou falta de ar, e *Ongere* significa o que causa pânico. Tais palavras latinas derivam da raiz indo-germânica *anges*, indicando estreitamento ou contração (MARTINEZ, 2003).

Na Itália, *ansia* contém a idéia de desejar ardentemente, almejar, e, em inglês, existem as palavras *anxiety* e *anguish* (CAMARGO, 2004).

2.1.1 Conceito

Para Henry Ey (1981 apud CAMARGO, 2004, p. 138), o termo angústia é visto como um “[...] distúrbio emocional experimentado como em face de um perigo iminente e a ansiedade é um estado afetivo mais geral”.

Camargo (2004) comenta as palavras de Ala Ibn Hazm em *A Philosophy of Character and Conduct*, e traduzidas por James Kritzeck em *Philosophers of anxiety* (1956), salientando que o autor procurou definir um alvo nas ações humanas que fosse única e boa e que fosse por todos eles procurada, porém encontrou apenas a praticidade de escapar da ansiedade. E ainda descobriu que todos consideram essa ação desejável. No entanto ressalta que ninguém é obrigado agir dessa forma e que nem sempre a ação irá abolir a ansiedade do seu espírito.

Segundo Darwin (1872 apud GRAEFF; BRANDÃO, 1993, p. 110), “A ansiedade e o medo têm suas raízes nas reações de defesa dos animais, verificadas em respostas aos perigos comumente encontrados no meio ambiente em que vivem”.

De acordo com os autores, os animais respondem ao confronto por sentirem que seu bem-estar está ameaçado ou, até mesmo, a sua sobrevivência. Essas ameaças podem ser inatas ou provenientes de estímulos associados à dor e a outras sensações igualmente desagradáveis. Na circunstância em que o perigo é apenas potencial e, portanto, apresenta um componente de incerteza, tem-se a ansiedade, o que para ele não é diferente das reações do ser humano frente a uma ameaça ou perigo.

A diferença entre a reação dos animais comparada a dos seres humanos está, em particular, relacionada aos fatores cognitivos, devido à intervenção de sistemas de símbolos socialmente codificados, de natureza verbal ou não-verbal. Dessa forma, as ameaças deixam de ser concretas e situam-se em plano mais abstrato e complexo, no qual os fatores socioculturais são mais predominantes (GRAEFF; BRANDÃO, 1993).

Jasper (1979 apud PAIM, 1993, p. 232) aponta a distinção entre temor e angústia citada pelo filósofo dinamarquês Kierkegaard: “[...] temor referido a um objeto e angústia livre e flutuante desprovida de objeto”. O autor ainda deixa claro o seu conceito, “[...] sentimento freqüente e torturante é a angústia. O medo se refere a alguma coisa. A angústia é sem objeto”.

Para os autores acima citados, Jasper e Kierkegaard, fica explícito que o medo ou temor está direcionado a algum objeto, mesmo que este não seja relatado, e a angústia faz-se presente de forma abstrata.

De acordo com Kaplan (2003, p. 545), “[...] a distinção entre medo e ansiedade pode ser difícil, porque o medo também pode ser provocado por um objeto interno inconsciente e reprimido, deslocado para um outro objeto no mundo externo”.

Binder (19-- apud PAIM, 1993, p. 232) procurou estabelecer, dentre suas amplas considerações, os limites entre medo e angústia da seguinte forma:

Se procurarmos estabelecer a diferença entre esses dois estados de ânimo, a introspecção nos mostrará que a vivência afetiva de encontrar-se em perigo aparece em duas modalidades diferentes: em uma forma diferenciada, em que estruturas psíquicas amplamente configuradas, precisas e determinadas, quando se costuma falar sempre da presença de medo ou temor, e em forma mais primitiva, que se designa de modo geral como angústia e que, com freqüência, são menos claramente conscientes e conservam conexões psíquicas mais difusas e menos articuladas. Alguém teme algo ou sente medo diante de algo, enquanto alguém se angustia, e nestas locuções se expressa, que no temor ou no medo, o objeto perigoso aparece mais claramente destacado do indivíduo e é percebido, imaginado ou pensado como uma articulação e uma delimitação clara e determinada, enquanto na angústia os processos do conhecimento que a precedem são, freqüentemente, muito mais vagos e indiferenciados, características que correspondem a estratos psíquicos mais primitivos.

Para o autor, medo e angústia fazem parte da vivência afetiva de duas formas: a primeira, medo e temor surgem em estruturas psíquicas precisas e determinadas. A segunda,

angústia, de forma geral, corresponde a estratos psíquicos profundos que, com frequência, são menos conscientes, tornando-se mais difusos. Conclui-se, então, que no estado de medo e temor, o objeto aparece mais claro e percebido, enquanto na angústia, esse objeto não é concreto, o que o torna vago e indiferente.

Binder (19-- apud PAIM, 1993) ainda complementa que admitiu a possibilidade de a angústia apresentar três aspectos diferentes:

- a) Angústia Vital – Essa forma de angústia apodera-se do consciente quando existem condições corporais íntimas ameaçadoras da vida;
- b) Angústia Real – O perigo ameaça a partir da circunstância. Ao contrário da angústia vital, a angústia real tem origem em uma ameaça conscientemente percebida, porém que provém do meio exterior e não de reações internas do indivíduo;
- c) Angústia Moral – O perigo se encontra localizado na própria psique e, especialmente, em determinadas disposições psíquicas primitivas, que são afugentadas por outras tendências, superiores e mais evoluídas, e que se orientam em outro sentido.

Durante a Idade Média, a ansiedade era vista raramente como doença e, na França, no século XVIII, servia para expressar estados de inquietude e desassossego. Já no século XIX, a ansiedade adquiriu uma dimensão antropológica e, no final deste, as fobias passaram a ser encaradas como problemas médicos (GRAEFF; BRANDÃO, 1993).

Para Porto (1999 apud CAMARGO, 2004), o termo ansiedade já era encontrado na Grécia Clássica, traduzido para o vernáculo como apertar, estrangular. As primeiras reflexões sobre ansiedade e a experiência subjetiva eram sempre associadas a sintomas corporais.

Littre (1890 apud CAMARGO, 2004, p. 138) descreve

[...] que os termos angústia e ansiedade são sinônimos, refere a “angoise” (angústia) como sentimento, dificuldade de respirar e constrição na região epigástrica, enquanto que “anxiété” é um estado de perturbação e de agitação, com sentimentos de incômodo e de estreitamento na região pré-cordial.¹

Para o autor, os termos são sinônimos, as sensações apresentadas estão muito próximas, porém ele utiliza o termo estado de perturbação. A diferença está no tempo destinado para essas sensações, as quais se tornam diferentes por sua quantidade.

Lopes Ibor (1964 apud CAMARGO, 2004) caracteriza o termo angústia como relativo quando há predominância das manifestações físicas ou corporais, e ansiedade quando predominam as psicológicas.

Segundo Sá Jr. (1988), a ansiedade caracteriza-se através de um certo grau de apreensão até extrema aflição, certeza de perigo iminente, mas indeterminado, atitude de insegurança, de desvalimento, de impotência, de iminente aniquilamento e desorganização interna, em graus variáveis de intensidade.

Para Ballone e Chaves (1992), a ansiedade esteve presente na jornada humana desde a caverna até a nave espacial; porém, comparada aos avanços atuais da sociedade, enfrenta-se uma competitividade, um consumismo desenfreado e, portanto, só agora se tem dado atenção à quantidade, tipos e efeitos da ansiedade sobre o organismo e sobre o psiquismo humano, o que talvez explique as doenças psicossomáticas e a frequência aos atendimentos médicos.

A sensação de ansiedade é uma vivência comum do ser humano e caracteriza-se por um sentimento difuso, desagradável e vago de apreensão, frequentemente, acompanhado por sintomas autonômicos, como cefaléia, perspiração, palpitações, aperto no peito e leve desconforto abdominal. A pessoa ansiosa também pode apresentar inquietação, não conseguir ficar sentada ou imóvel por muito tempo. Os sintomas presentes durante a ansiedade tendem a variar entre as pessoas (KAPLAN, 2003).

¹ Pré-cordial. Anatomia relativa ao/ou próprio do precórdio. Precórdio região acima do estômago ou do coração, esp; a região torácica anterior esquerda; antecárdio, boca do estômago, fossa epigástrica (HOUAISS; VILLAR; FRANCO, 2001).

Ballone e Chaves (1992, p. 60) consideram a ansiedade normal como “[...] equipamento biológico necessário à sobrevivência do ser humano e principal instrumento de adaptação do indivíduo às exigências da vida”.

A ansiedade é um sinal de alerta que permite ao indivíduo ficar atento a um perigo iminente, e tomar as medidas necessárias para lidar com as ameaças (NUNES FILHO; BUENO; NARDI, 1996). Ela também é explicada como um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, o qual faz parte do espectro normal das experiências humanas, propulsoras do desempenho (ANDRADE; GORENSTEIN, 1998).

Para Cozzani et al. (1997), a ansiedade é a resposta emocional determinada por um acontecimento que pode ser agradável, frustrante, ameaçador, entristecedor e cuja realização ou resultado depende não apenas da própria pessoa, mas também dos outros. Ela inclui manifestações somáticas e fisiológicas, sendo fruto de uma patologia decorrente da própria humanidade.

Ansiedade pode ser polarizada entre estado e traço. Estado de ansiedade é a qualidade de estar ansioso agora ou em momento particular devido a uma reação e circunstâncias provocadoras. Traço ansioso é uma tendência durante um longo tempo, talvez durante toda a vida (SIMS; SNAITH, 1988 apud SIMS; SNAITH, 2001, p. 270).

Para Hamilton (1959 apud SIMS; SNAITH, 2001, p. 270), “[...] ansiedade como uma descrição da experiência da emoção normal não é diferente em qualidade, somente quantitativamente, do estado de ansiedade”.

A ansiedade é provocada por um aumento de tensão ou desprazer em qualquer situação, pode ser real ou imaginária, esperada ou prevista, quando afeta o corpo ou a psique e se torna muito grande para ser ignorada, dominada ou descarregada (FREUD, 1986).

Conforme o autor, algumas situações causam ansiedade:

- a) perda de um objeto desejado, e.g., uma criança privada de um dos pais, de um amigo íntimo, ou de um animal de estimação;
- b) perda de amor, e.g., rejeição, fracasso em reconquistar o amor ou a aprovação de alguém que lhe importa;

- c) perda de identidade, e.g., medo de castração, da perda de prestígio, de ser ridicularizado em público;
- d) perda de auto-estima, e.g., a desaprovação do superego por atos ou ações que resultam em culpa ou ódio em relação a si mesmo.

Freud (1986) ainda ressalta que existem dois modos de diminuir a ansiedade, um deles é lidar diretamente com a situação e o outro é fugir de ameaças. Dessa forma, luta-se para diminuir a ansiedade e seu impacto e reduzir assim as perspectivas adicionais no futuro.

A ansiedade acompanha o crescimento normal, durante mudanças, experiências novas e inéditas, encontro da própria identidade e sentido da vida. A ansiedade patológica, em comparação, é uma resposta inadequada a determinado estímulo em virtude de sua intensidade ou duração (KAPLAN, 2003).

Para Camargo (2004), o comprometimento da qualidade de vida e das funções laborais, concomitante à frequência, intensidade e duração das manifestações, são indicativos para diferenciar a angústia patológica da normal.

Andrade e Gorenstein (1998) consideram que a ansiedade passa a ser patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeia, ou quando não existe um objeto específico ao qual se direciona.

Segundo Kaplan (2003), os sintomas psicológicos e cognitivos da ansiedade têm dois componentes: a consciência de sensações fisiológicas como palpitação e sudorese, e a consciência de estar nervoso ou amedrontado. Além dos efeitos motores e viscerais da ansiedade, os efeitos sobre o pensamento, a percepção e o aprendizado não devem ser ignorados. A ansiedade tende a produzir confusão e distorções perceptivas, não apenas de tempo e espaço, mas de pessoas e significados dos eventos, e essas distorções podem vir a interferir no aprendizado, baixar a concentração, reduzir a memória e prejudicar a capacidade de relacionar fatos.

2.1.2 Etiologia

Quanto à etiologia, a ansiedade patológica parece depender de uma interação entre

predisposição e fatores ambientais precipitantes. Como nos demais distúrbios psiquiátricos, a predisposição é, em parte, determinada geneticamente, porém são relevantes as experiências marcantes que o indivíduo tenha sofrido no desenvolvimento de sua personalidade (GRAEFF; BRANDÃO, 1993).

Biologicamente, a etiologia da ansiedade parece estar relacionada ao sistema noradrenérgico, gabaérgico e serotoninérgico do lobo frontal e do sistema límbico. As pessoas ansiosas tendem a ter um tônus simpático aumentado, respondem, de forma excessiva, aos estímulos ambientais e demoram a adaptar-se às alterações do sistema nervoso autônomo (BALLONE; CHAVES, 1992).

O termo “neurose de ansiedade” foi criado por Freud, segundo Kaplan (2003), o qual identificou duas formas de ansiedade: uma resulta da libido frustrada, a outra, de um sentimento difuso de preocupação ou temor que se origina de um pensamento ou desejo reprimido.

De acordo com Kaplan (2003) as condições de ansiedade aumentada relacionadas ao bloqueio libidinal incluem neurastenia, hipocondria e neuroses de ansiedade. Já Freud (1926 apud KAPLAN, 2003), as considera sendo de uma base biológica.

A segunda forma de ansiedade se diferencia por um sentimento difuso de preocupação ou temor que se origina de um pensamento ou desejo reprimido. Esta, responde pelas psiconeuroses-histeria, fobias e neuroses obsessivas. De acordo com Freud (1926 apud KAPLAN, 2003, p. 545), essas condições e a ansiedade a elas associadas estariam relacionadas primariamente a fatores psicológicos, ao invés de fatores fisiológicos; e “[...] o conflito intrapsíquico é responsável pela ansiedade e psiconeuroses”, ainda faz uma observação que “[...] ansiedade resultante é menos intensa e dramática que as neuroses reais”. Conforme Kaplan (2003), essa ansiedade trata-se de uma resposta inadequada a determinado estímulo em virtude de sua intensidade ou duração.

Para Graeff e Brandão (1993), a ansiedade patológica é classificada em ansiedade primária, quando se manifesta como principal ou única no quadro clínico, e secundária, quando é conseqüente de outras doenças de natureza psiquiátrica.

Ballone e Chaves (1992) ressaltam que ansiedade patológica reflete a incapacidade do Ego em atender o indivíduo e que, com o desenvolvimento do Ego, são desenvolvidas certas peculiaridades psicofisiológicas destinadas a defender o indivíduo contra possibilidade da angústia patológica. Quando esses mecanismos de defesa não estão equilibrados, ocasionam sintomas e comportamentos anormais e patológicos.

Ansiedade patológica distingue-se da ansiedade normal pela avaliação de sua presença pelo paciente, por sua família, amigos e médico. Essas avaliações fundamentam-se nos estados internos descritos pelo paciente, em seu comportamento e capacidade de funcionar. Um paciente com ansiedade patológica requer uma complexa avaliação neuropsiquiátrica e um plano de tratamento individualizado (KAPLAN, 2003).

2.1.3 Classificação e diagnóstico

Segundo a lista de categorias da CID-10, o item F41. Outros transtornos de ansiedade caracterizam-se essencialmente pela presença de manifestações ansiosas que não se desencadeiam exclusivamente devido a uma situação específica. Podem ser acompanhados por sintomas depressivos ou obsessivos, certas manifestações que demonstram ansiedade fóbica, porém as manifestações são secundárias ou pouco graves (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993).

Dentro dessa categoria, encontra-se a classificação do transtorno de ansiedade generalizada (F41.1), cujo aspecto essencial é a ansiedade, a qual é generalizada e persistente, mas não restrita ou mesmo fortemente predominante em quaisquer circunstâncias ambientais em particular, é livremente flutuante. Como em outros transtornos ansiosos, os sintomas dominantes são altamente variáveis, mas as queixas de sentimentos contínuos de nervosismo, tremores, tensão muscular, sudorese, sensação de cabeça leve, palpitação, tonturas e desconforto epigástrico são comuns. Medos de que o paciente ou um parente irá brevemente adoecer ou sofrer um acidente são freqüentemente expressados, junto com uma variedade de outras preocupações e pressentimentos. Esse transtorno é mais comum em mulheres e freqüentemente relacionado a estresse ambiental crônico. Seu curso é variável, mas tende a ser flutuante e crônico (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993).

De acordo com a CID-10, o diagnóstico do TAG (F41.1) deve ser feito a partir dos

seguintes critérios: o paciente deve apresentar sintomas primários de ansiedade na maioria dos dias, pelo menos em várias semanas e, usualmente, em vários meses, envolvendo elementos de (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993):

- a) Apreensão (preocupação sobre desgraças futuras, sentir-se “no limite”, dificuldade de concentração, entre outros);
- b) Tensão motora (movimentação inquieta, cefaléias tensionais, tremores, incapacidade de relaxar);
- c) Hiperatividade autonômica (sensação de cabeça leve, sudorese, taquicardia ou taquipnéia, desconforto epigástrico, tonturas, boca seca etc.).

O aparecimento transitório, às vezes por poucos dias, de outros sintomas, particularmente depressão, não descarta TAG como um diagnóstico principal, mas o paciente não deve preencher os critérios para episódio depressivo (F32), transtorno fóbico ansioso (F40), transtorno de pânico (F41.0) ou transtorno obsessivo compulsivo (F42). Para este inclui: neurose de ansiedade, reação de ansiedade e estado de ansiedade e exclui neurastenia (F48.0).

Segundo Ballone (2005), a ansiedade é uma grande mobilizadora de distonia (desarmonia) do sistema nervoso autônomo e a sintomatologia do transtorno de ansiedade é rica em elementos físicos e vegetativos (internos e autônomos). Para o autor, nesse tipo de transtorno não se encontra apenas uma sintomatologia psíquica, mas, sobretudo física, e ele recomenda a observação de pelo menos seis dos dezoito sintomas ou sensações de fraqueza, citados a seguir: tremores ou sensação de fraqueza; tensão ou dor muscular; inquietação; fadiga facial; falta de ar ou sensação de fôlego curto; palpitações, sudoreses, mão frias e úmidas; boca seca; vertigens e tonturas; náuseas e diarreia; rubor ou calafrios; polaciúria (aumento da urina); bolo na garganta; impaciência; resposta exagerada à surpresa; dificuldade de concentração ou memória prejudicada; dificuldade em conciliar e manter o sono; irritabilidade. Esses sintomas costumam estar relacionados a estresse ambiental crônico, têm um curso flutuante, variável e tendência à cronificação (BALLONE, 2005).

O diagnóstico do TAG pode ser feito também de acordo com a classificação do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM IV*, conforme a Associação Americana de Psiquiatria (1995). O transtorno de ansiedade generalizada (300.02)

caracteriza-se por pelo menos seis meses de ansiedade e preocupação excessivas e persistentes. O diagnóstico é feito por meio da ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva), ocorrendo, na maioria dos dias, pelo período mínimo de seis meses, em diversos eventos ou atividades (tais como desempenho escolar ou profissional). O indivíduo considera difícil controlar a preocupação. A ansiedade e a preocupação estão associadas com três ou mais dos seguintes seis sintomas (com pelo menos alguns deles presentes na maioria dos dias, nos últimos seis meses); inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele; fadigabilidade; dificuldade em concentrar-se ou sensação de branco na mente; irritabilidade; tensão muscular; perturbação do sono (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 1995).

O Manual refere que o foco da ansiedade ou preocupação não está confinado a aspectos de um transtorno do Eixo I; por exemplo, a ansiedade ou preocupação não se refere a ter um ataque de pânico (como no transtorno de pânico), ser envergonhado em público (como na fobia social), ser contaminado (como no transtorno obsessivo-compulsivo), ficar afastado de casa ou de parentes próximos (como no transtorno de ansiedade de separação), ganhar peso (como na anorexia nervosa), ter múltiplas queixas físicas (como no transtorno de somatização) ou ter uma doença grave (como na hipocondria), e a ansiedade ou preocupação não ocorre exclusivamente durante o transtorno de estresse pós-traumático.

A ansiedade, ao gerar preocupação ou sintomas físicos, causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (droga de abuso, medicamento) ou de uma condição médica geral, nem ocorre exclusivamente durante um transtorno do humor, transtorno psicótico ou transtorno global do desenvolvimento (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 1995).

Freqüentemente, os indivíduos com transtorno de ansiedade consideram difícil evitar que as preocupações interfiram na atenção a tarefas que precisam ser realizadas e os mesmos têm dificuldade em parar de se preocupar. Os adultos geralmente se preocupam com circunstâncias cotidianas e rotineiras, tais como: possíveis responsabilidades no emprego, finanças, saúde de membros da família, infortúnio acometendo os filhos ou questões menores, tais como tarefas domésticas, consertos no automóvel ou atrasos a compromissos (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 1995).

Quanto aos aspectos psicológicos, o diagnóstico da ansiedade inclui “[...] preocupação irrealística ou excessiva com expectativa apreensiva sobre duas ou mais circunstâncias de vida” (BALLONE; CHAVES, 1992, p. 62).

2.1.4 Prevalência

Os transtornos ansiosos são os quadros psiquiátricos mais comuns tanto em crianças, quanto em adultos, com prevalência estimada durante o período de vida de 9% e 15% respectivamente. Nas crianças e adolescentes, os transtornos ansiosos mais frequentes são transtorno de ansiedade de separação, com prevalência em torno de 4%, o transtorno de ansiedade excessiva ou atual TAG, de 2,7% a 4,6%, e as fobias específicas, de 2,4 a 3,3%. A prevalência de fobia social fica em torno de 1%, e a do transtorno de pânico (TP), de 0,6% (CASTILLO et al., 2000).

As crianças com o transtorno podem ser excessivamente conformistas, perfeccionistas e inseguras, apresentando uma tendência a refazer tarefas em razão de excessiva insatisfação com um desempenho menos perfeito. As preocupações com a saúde também podem ser explicadas melhor pelo transtorno de ansiedade de separação ou transtorno obsessivo-compulsivo (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 1995).

Muitos indivíduos com TAG afirmam que sentiram ansiedade e nervosismo durante toda a vida. Embora mais de metade daqueles que se apresentam para tratamento relatem um início na infância ou adolescência, o início após os 20 anos não é incomum. O curso é crônico, porém flutuante, e frequentemente piora durante períodos de estresse (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 1995).

Para Barlow (2002 apud ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006), as mulheres são mais susceptíveis a eventos estressantes na infância e adolescência, isso, associado à percepção de que seus comportamentos causam pouco impacto no ambiente, causaria um sentimento de descontrole e o conseqüente desenvolvimento de padrões pessimistas desadaptativos de avaliação da realidade. Fatores esses associados à vulnerabilidade biológica geneticamente determinada de ser reativo biologicamente às mudanças ambientais os quais explicariam a maior ocorrência desses transtornos em mulheres.

O autor ressalta ainda a aceitação cultural do medo e do comportamento de esquivar-se em mulheres; já os homens tendem a usar substâncias, como a nicotina e o álcool, como automedicação, o que poderia mascarar a sintomatologia primária da ansiedade.

Conforme Andrade e Gorenstein (2000, p. 139), “Os transtornos de ansiedade estão entre os transtornos psiquiátricos mais frequentes na população geral [...]”, e, no estudo desses autores, ficou constatado que a prevalência de tais transtornos, na cidade de São Paulo, é de 12,5% ao longo da vida, de 7,6% ao ano, e de 6% no mês anterior à entrevista.

Um estudo epidemiológico, apresentado anteriormente à adoção dos critérios operacionais do DSM-III, demonstrou que a prevalência da ansiedade era de 2-5% na população geral, ao pesquisarem, nos Estados Unidos, uma amostra superior a 15.000 adultos, com idade a partir de 18 anos. Essa pesquisa evidenciou concordância quanto à prevalência dos diferentes distúrbios de ansiedade em um período de 6 meses em que diferentes distúrbios de ansiedade apresentaram a ocorrência de: ansiedade generalizada de 2,5-6,4%, distúrbio de pânico 0,6-1,2%, agorafobia 2,7-5,8%, fobia social 1,7%, fobias simples 7,0% e distúrbios obsessivo-compulsivos 1,6% (ANDRADE; GORENSTEIN, 2000, p. 139).

O estudo acima citado mostrou que a taxa de prevalência é alta, que o sexo feminino é mais afetado que o masculino e cerca do dobro dos pacientes afetados com distúrbios de pânico com agorafobia são mulheres. Os distúrbios de ansiedade estão uniformemente distribuídos entre as categorias socioeconômicas.

De acordo com Kaplan (2003), a prevalência anual do TAG varia de 3% a 8% e provavelmente é o transtorno mais comum encontrado com um transtorno mental coexistente. As mulheres são mais afetadas em relação aos homens, em uma proporção de 2 para 1, mas, em relação à proporção de mulheres para homens que recebem tratamento hospitalar para o transtorno, é de 1 para 1.

Para Kinrys e Wygant (2005), as mulheres, em relação aos homens, apresentam um risco significativo maior para o desenvolvimento do transtorno de ansiedade e a gravidade dos sintomas apresenta maior cronicidade e prejuízo funcional. Referindo que dentre outros fatores, a diferença entre os sexos podem também estar ligadas a fatores genéticos e à influência exercida pelos hormônios sexuais femininos.

Cerca de 55 a 60% dos transtornos clínicos são diagnosticados com uma frequência um pouco maior em mulheres do que em homens. Em estudos epidemiológicos, a proporção

entre os sexos é de aproximadamente dois terços de mulheres (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 1995).

Segundo Kessler et al. (2002 apud ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006), dados sobre o TAG coletados em quatro importantes estudos epidemiológicos, realizados no Brasil, Holanda, Canadá e Estados Unidos, sobre a prevalência do TAG estimaram que ao longo da vida a prevalência combinada = 3,9% foi de 1,0% a 2,9% e a prevalência combinada = 2,1% no ano anterior. A razão entre as taxas de prevalência em mulheres e homens foi de aproximadamente 2:1, e a idade de início, o final da adolescência e meados da vida adulta.

O crescimento e o desenvolvimento humano normal requerem o enfrentamento diário da ansiedade que abrange tensão, nervosismo, medo e preocupação. Conseqüentemente, na prevenção e/ou reabilitação destes transtornos psíquicos, cresce de modo exponencial o número de animais considerados “de companhia” que compartilham a vivência, os quais Turner (2006) considera como a cura do século XXI.

A partir do exposto percebe-se o quanto a ansiedade patológica pode prejudicar a qualidade de vida das pessoas. Atualmente vários estudos buscam esclarecer a prevenção e a reabilitação de pessoas com transtornos psíquicos por meio do convívio com os animais. Sendo essa relação, um dos temas centrais deste estudo, no próximo capítulo aborda-se a história das terapias que utilizam animais como recurso terapêutico.

2.2 O CONVÍVIO COM OS ANIMAIS

2.2.1 Histórico

As terapias que utilizam animais são nomeadas de várias formas tais como: *Pet Therapy*, Zooterapia, Atividades com o Auxílio de Animais (AAA), Terapia desenvolvida com uso de animais, Terapia Assistida por Animais (TAA).

Chieppa (2002) refere que o termo *pet therapy* é de origem anglo-saxônica. *Pet* configura-se como um termo com significado ambivalente, pois sua tradução pode ser entendida como “animal de afeição predileto” e também como “acariciar, afagar”, e acrescenta que recentemente a definição de *pet therapy* torna-se inadequada, pois não

compreende o uso dos animais comumente definidos como “de renda” (herbívoros domésticos – aves de corte), também utilizados com bons resultados nas experiências desse método. O autor indica, a partir do exposto, a hipótese da substituição do termo, considerado por ele histórico, por um mais apropriado como “atividades com o auxílio de animais” ou mesmo “terapia desenvolvida com uso de animais”.

Desde 1700, já se tem notícia do emprego terapêutico dos animais para várias patologias do comportamento humano. Observa-se que a aproximação do animal de companhia faz com que a pessoa renove seu contexto de vida, uma antiga ligação desejada essencialmente em nível inconsciente (CHIEPPA, 2002).

No século XVIII, teorias sobre a influência positiva dos animais de estimação também começaram a ser aplicadas a doenças mentais. Isso ocorreu na Inglaterra, em um centro chamado York Retreat, que utilizava vários animais domésticos para encorajar seus pacientes a escrever, ler e se vestir. Em 1792, nesse centro, William Tuke utilizou animais de fazenda no tratamento de pessoas doentes (DOTTI, 2005).

Em Bethel, um sanatório na cidade de Bielfield, Alemanha, desde 1897 os animais estão presentes no tratamento de pessoas com epilepsia, e hoje são atendidos em torno de 5.000 pacientes com transtornos físicos e mentais, submetidos à TAA, como parte indispensável do programa de tratamento (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TERAPIA ANIMAL ASSISTIDA, 2006).

A partir dos relatos sobre os efeitos da companhia de animais, alguns profissionais da saúde voltaram-se para essa prática, buscando uma melhor compreensão sobre essa relação, bem como sobre suas implicações (BUSSOTTI et al., 2005).

Nos Estados Unidos, o primeiro registro da utilização de animais de companhia em terapias deu-se entre 1944 e 1945, pelo Centro de Convalescência da Força Aérea Americana, patrocinado pela Cruz Vermelha. O programa utilizava cães, cavalos e animais de fazenda para recreação de aviadores submetidos a intensos programas terapêuticos (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TERAPIA ANIMAL ASSISTIDA, 2006).

Na década de 1960, nos Estados Unidos, foram publicadas de acordo com Turner (2006), pelos Dr. (es) Boris Levinson, Sam e Elisabeth Corson, as primeiras observações científicas sobre os benefícios da TAA em pacientes com quadros clínicos psiquiátricos.

O Dr. Boris Levinson é considerado o introdutor do uso da Terapia Facilitada por Cão (TFC) – cinoterapia – com crianças. Este observou o comportamento de uma criança, socialmente reservada, ao ser deixada acidentalmente em contato com o seu próprio cão e identificou uma melhor integração dela (OLIVA, 2004).

Em 1966, Erling Stordal fundou o Centro Beitostolen na Noruega e utilizava cães e cavalos em um programa para estimular os pacientes a fazer exercício visando à reabilitação de pessoas portadoras de deficiências visuais e físicas. A aplicação da Terapia Facilitada por Cavalos (TFC), conhecida no Brasil como Equoterapia, ganhou, desde então, destaque devido aos ganhos no tratamento de pacientes com Síndrome de Down, paralisia cerebral, espinha bífida, além de ser um importante instrumento para psicoterapia (BARKER, 1999).

Desde a década de 1980, vários programas têm aplicado a TAA para recuperação da saúde mental, entendendo-se que o convívio com os animais gera melhora na comunicação, auto-estima, capacidade de assumir responsabilidades, que melhoram as interações sociais e reduzem a violência entre pacientes perigosos e presidiários (CORRECCIONAL SERVICE OF CANADA, 1998 apud JULIANO et al., 2001).

No Brasil, a TAA aparece nesse mesmo período, porém, somente a partir dos anos 1990, são fundados os primeiros Centros de Atendimento de TAA, e iniciam-se as pesquisas científicas sobre o tema (TURNER, 2006).

Apenas na década de 1980, a terapia com animais voltou a ser praticada de forma expressiva no Brasil. O Conselho Federal de Medicina (CFM) reconheceu a eficácia do trabalho com cavalos – a Equoterapia – no processo de reabilitação física de uma série de doenças. Uma década depois, foi a vez de cães e gatos reassumirem o papel de co-terapeutas. Alguns dos fatores que estimularam a necessidade de bichos em casa foram o aumento na expectativa de vida, mais pessoas morando sozinhas e o adiamento do plano de ter filhos (MANNUCCI, 2005).

A psiquiatra Nise da Silveira, segundo Mello (2005), foi a primeira a utilizar gatos como co-terapeutas para tratamento de doentes com distúrbios mentais e descobriu, na Terapia Ocupacional, uma forma de tratamento para a esquizofrenia. Sua experiência é relatada em seu livro, *Gatos, a emoção de lidar* (1998).

Em setembro de 2000, realizou-se pela primeira vez no Brasil, na cidade do Rio de

Janeiro, a 9ª Conferência Internacional sobre Interações Homem-Animal, evento este que contou com a participação de diversos profissionais envolvidos em trabalhos que utilizam animais, bem como aspectos de saúde que envolvem essa relação e cuidados relacionados a utilização desses animais.

Segundo dados do Dr. Dennis C. Turnner, Presidente da Associação Internacional das Organizações Homem-Animal (IAHAIO), 30% dos psiquiatras e psicoterapeutas envolvem animais nas suas práticas clínicas. A Delta Society, nos Estados Unidos, a Sociedade para Estudos de Animais de Companhia (SCAS), na Inglaterra, e o Instituto de Etologia Aplicada e Psicologia Animal (IEAP), na Europa, fundação privada de pesquisa e educação, são exemplos de organizações que têm a preocupação com estudos de terapias com animais (TURNER, 2006).

A partir do exposto, cabe ressaltar que, neste estudo utiliza-se de forma indistinta os termos *Pet Therapy*, Zooterapia, Atividades com o Auxílio de Animais (AAA), Terapia desenvolvida com uso de animais TAA, quando são feitas referências sobre as terapias que utilizam animais.

2.2.2 Os animais na terapia

Conforme Klinger (2004), a psicopedagoga Liana Pires Santos disse que a iniciativa de utilizar animais com fins terapêuticos começou com a concepção de que estes poderiam auxiliar no trabalho com crianças e adolescentes. Para a autora, sua experiência iniciou-se com cães, ratos, coelhos e porquinhos-da-índia, e suas observações demonstraram que os animais tornavam os trabalhos mais atrativos. Percebeu, então, que os mesmos poderiam auxiliar no tratamento de problemas de linguagem, de percepção corporal e no controle da ansiedade.

Em seu trabalho na Fundação Selma, em São Paulo, a autora utiliza cavalos (Equoterapia), pois esse método, segundo ela, traz novas formas de socialização, autoconfiança e eleva a auto-estima. Exemplifica que, ao montar, a criança hiperativa aprende a lidar com sua ansiedade através do controle que ela tem que exercer sobre o cavalo como, por exemplo, a velocidade.

De acordo com Chieppa (2002), a *Pet Therapy* apresenta bons resultados somente

quando, sem ser forçado ou obrigado, o animal está em condições de expressar seu natural e apropriado repertório etológico. Para isso, a constante consulta ao médico veterinário permitirá o perfeito estado sanitário do auxiliar não humano, sem que este seja um potencial veículo de transmissão de doenças (zoonoses) ao paciente. Esses cuidados são importantes para que o animal desenvolva plenamente o papel de reabilitação.

Para o autor, o uso do animal como co-terapeuta não suscita problemas éticos, exceto para a golfinho-terapia, que gera críticas quanto ao uso de mamíferos aquáticos em regime de cativeiro. Mannucci (2005) complementa citando que os “companheiros de tratamento” são quase exclusivamente cães e gatos, pois outras espécies, como macacos e papagaios, suscitam problemas de ordem moral e de preservação.

Conforme Faraco e Seminotti (2004), é importante que os profissionais compreendam e reconheçam a nova realidade nas organizações sociais resultantes de grupos multiespécies, nos quais animais de estimação são considerados como “membros da família”, e ainda complementam que hoje uma infinidade de espécies animais é aceita como *pet*, aproximando a convivência destes com seres humanos e transformando seu papel na relação pessoa-animal.

Algumas terapias podem ser nomeadas de acordo com o animal utilizado tais como Equoterapia, terapia que utiliza o cavalo; Terapias com pequenos animais: terapia que utiliza de coelho, gato, hamster, chinchila, periquito (Calopsita); Cinoterapia, terapia com cães (TURNER, 2006).

Entre as espécies utilizadas atualmente nas TAA para o tratamento de distúrbios cognitivos em crianças, estão as terapias com golfinhos, tartarugas marinhas e peixes, porém os resultados são inconsistentes, pois se baseiam especialmente em estudos clínicos, não respeitando as exigências da comunidade científica (BARKER, 1999).

Mannucci (2005) aponta a importância de que o animal utilizado em terapia não seja apenas uma prótese “física” – como no caso de cães para cegos – mas se torne um “amigo”, um companheiro de vida. A criação de um vínculo afetivo desenvolve uma dinâmica psicológica positiva, e sabe-se que as emoções também têm base bioquímica e incidem sobre processos cerebrais. Somente sob esse ponto de vista é possível falar-se em *Pet Therapy*.

2.2.3 Conceito

Define-se a zooterapia como uma metodologia que inclui animais como co-terapeutas no tratamento das patologias humanas, tanto físicas quanto psíquicas (TURNER, 2006).

Conforme Klinger (2004), o geriatra Renato Maia, coordenador do Centro de Medicina do Idoso do hospital universitário da Universidade de Brasília, salienta que o contato com os animais está além do simples convívio com as pessoas, e ainda existe a preocupação de comprovar-se a eficácia da zooterapia para as pessoas, e assim, futuramente, esta pode vir a ser uma disciplina acadêmica.

De acordo com Chieppa (2002), a *Pet Therapy* é um método visivelmente multidisciplinar que prevê a intervenção de profissionais de várias áreas tais como: médico, psicólogo e médico veterinário, responsáveis pela utilização e indicação da TAA e das características do animal a ser utilizado no programa de recuperação.

A TAA deve ser conduzida e orientada por profissionais da saúde devidamente capacitados, e as ações devem ser registradas para possibilitar avaliações periódicas, configurando-se como uma intervenção direcionada, individualizada e com critérios específicos na qual o animal é fundamental no processo de tratamento, e tem por finalidade melhorar aspectos como a função física, social, emocional, e/ou cognitiva de pacientes humanos (DELTA SOCIETY, 1996 apud JULIANO et al., 2001).

O princípio desse método leva em conta a habilidade que o animal tem de suscitar emoções comunicativas no ser humano. Nessa habilidade ocorre uma concreta ligação empática entre a pessoa e o animal. A relação pessoa-animal, não verbal, é isenta de mensagens contraditórias, não apresenta confrontos e não é competitiva, oferecendo uma vivência relaxante e conciliadora, diferentemente das relações entre seres humanos, as quais impõem confronto e, mesmo quando é familiar e amigável, geram algum nível de estresse (CHIEPPA, 2002).

Os campos de aplicação da *Pet Therapy* são muito vastos e vão da terapia de reabilitação de pacientes com distúrbios físicos ou comportamentais à prevenção de estados depressivos e de enfermidades cardiovasculares, com a simples finalidade de formação e educação de crianças em idade evolutiva (CHIEPPA, 2002).

Utilizando animais que atendam a critérios específicos, é possível se desenvolver a AAA em qualquer ambiente, desde que profissionais e/ou voluntários sejam capacitados para esse fim (DELTA SOCIETY, 1996 apud JULIANO et al., 2001).

Dentro das modalidades dessa terapia, pode-se citar o *Tellington Touch Equine Awareness Method* (TTEAM), uma AAA fundamentada na idéia de que, treinando e cuidando dos animais, pode-se alcançar bem-estar mútuo e benefícios terapêuticos ao ser humano (MÜHLHAUSEN; NICKEL, 2002).

2.2.4 Benefícios e indicação

San Joaquín (2002) relata que a AAA proporciona oportunidade de melhorar a qualidade de vida através da motivação, educação, recreação e/ou benefícios terapêuticos e pode ser utilizada em áreas relacionadas ao desenvolvimento psicomotor e sensorial, no tratamento de distúrbios físicos, mentais e emocionais, em programas destinados a melhorar a capacidade de socialização ou na recuperação da auto-estima.

Em situações de hospitalização, a utilização de animais pode alterar o foco perceptual e, também, promover melhor adesão ao tratamento (MILLER; INGRAM, 2000). Nas situações clínicas, também proporciona benefícios emocionais e espirituais para os pacientes, familiares e para a própria equipe por amortizar o impacto e o estresse determinados pela situação de doença (CARMAK; FILA, 2000). A terapia auxilia na descontração do clima dentro do ambiente hospitalar, melhora as relações interpessoais e facilita a comunicação e, ainda que seja uma intervenção que emprega animais, traz consigo um forte apelo à humanização (KAWAKAMI et al., 2003).

Mostra a Dra. Nise da Silveira, em seus relatos, que o contato com os animais e o ato de acariciá-los diminuía a ansiedade. Ela observava que havia uma queda nas crises dos seus pacientes quando estavam em contato com os gatos, que circulavam no pátio do hospital (TURNER, 2006).

De acordo com Turner (2006), são vários os benefícios da TAA:

- a) coordenação de movimentos;

- b) controle do estresse com diminuição da pressão arterial e riscos de problemas cardíacos;
- c) a criação dos animais tem efeitos relaxantes, evidenciados pela redução da pressão sanguínea e aumento da temperatura corporal;
- d) diminuição da percepção da dor e da ansiedade, principalmente em casos de doenças;
- e) pacientes que cuidam de animais podem utilizar 16% menos medicamentos;
- f) o contato com animais aumenta as células de defesa e deixa o organismo mais tolerante a bactérias e ácaros, diminuindo a probabilidade de as pessoas desenvolverem alergias e problemas respiratórios;
- g) o contato com animais ajuda a minimizar os efeitos da depressão;
- h) diminui a solidão e a inibição dos pacientes, melhorando consideravelmente o comportamento social;
- i) ajuda a descontrair o clima pesado de um ambiente hospitalar e aumenta o desejo de lutar pela vida;
- j) melhora as relações interpessoais;
- k) o animal facilita e nutre a comunicação entre os homens.

Crianças que crescem sem contato com animais comumente são mais sujeitas à zoofobia e zoomania, à ansiedade e insegurança (CHIEPPA, 2002).

A Universidade de Brasília dispõe de uma equipe de veterinários e médicos que estudam os efeitos da terapia mediada por cães no tratamento de pacientes com mal de Alzheimer, pois pesquisadores já perceberam que, em pacientes com outras patologias, é evidente a mudança de humor (KLINGER, 2004).

Conforme Klinger (2004), a veterinária Valéria Nobre relata que, os pacientes com Alzheimer apresentam resultados visíveis, pois à medida que os animais são expostos ao convívio dos pacientes, estes apresentam recuperação da memória e se lembram dos cães no

início e no final da sessão. Para Valéria Nobre, essa lembrança é importante e é considerada um grande avanço para quem tem esse tipo de doença e ainda complementa que muitos deles também voltaram a falar, algo que não faziam mais.

Os estudos sobre os efeitos da interação pessoa-animal a partir do ponto de vista fisiológico e de saúde cardiovascular humana apontam que o resultado de diferentes pesquisas demonstraram que a TAA pode ajudar na melhora da saúde física por meio de três mecanismos básicos que englobam a redução da solidão e da depressão: 1) diminuição da ansiedade; 2) dos efeitos do sistema nervoso simpático; e 3) aumento do estímulo para prática de exercícios. Por conseguinte, ocorre um impacto positivo no controle das irritações diárias provocadas pelo “stress” e uma melhoria na qualidade de vida e saúde física das pessoas (FRIEDMAN, 1990 apud JULIANO et al., 2001).

A *Pet Therapy*, por meio do uso do cão co-terapeuta e a golfinho-terapia tem apresentado comumente grandes avanços clínicos no tratamento do autismo, quadro que apresenta graves distúrbios da esfera afetivo-relacional. O mamífero doméstico provoca na criança com autismo um processo indicativo – por meio do estabelecimento entre os dois de uma comunicação “coerente” não verbal, do tipo mímico-gestual, análogo àquele que acontece entre a gestante e o recém nascido – assumindo o animal o papel de “sujeito transacional” entre mundo interior e exterior da criança com dificuldade, cooperando para restabelecer a homeostasia de relação gravemente comprometida pela psicose (CHIEPPA, 2002).

O estudo de Freire (1999) demonstra que a utilização do cavalo como recurso terapêutico pode melhorar as relações sociais de crianças autistas, favorecer uma melhor percepção do mundo externo e adequações nos ajustes tônico-posturais. O trabalho pode repercutir também nos hábitos de independência das crianças, sugerindo a necessidade de um trabalho intensivo como forma de atingir os aspectos afetivos, sociais e cognitivos.

A proximidade dos animais, segundo Chieppa (2002), completa o sentido de solidão das pessoas sós: crianças órfãs, presos, idosos. É um estímulo à socialização com outras pessoas que também tenham animais. Essa proximidade diminui a agressividade, tem favoráveis efeitos reguladores sobre a fraqueza cardíaca e a pressão arterial.

O autor ainda indica vários benefícios que o animal de estimação proporciona para a pessoa, citados a seguir:

- a) em jovens, ativa antigas emoções e renova o interesse pela vida; estimula o exercício físico (principalmente se o animal for um cão);
- b) faz com que o idoso se sinta ainda útil e indispensável para alguém;
- c) apresenta-se como ajuda terapêutica e re-educativa para pacientes com deficiências físicas;
- d) os acidentes neurológicos ou traumáticos do aparelho esquelético são minimizados em crianças e adultos, pois o jogo com o animal e os cuidados que este requer propiciam uma espontânea atividade motora, reduzindo a hipertonia muscular espástica;
- e) a presença de um animal em ambiente carcerário tende a reduzir a conflitualidade entre detentos que têm um animal de estimação para cuidar, reduz a frequência de suicídios e melhora a cooperação entre os detentos e a guarda carcerária.

Katcher (2002 apud CHIEPPA, 2002), em *Interrelation between pets and people*, enfatiza o potencial normotensão/hipertensão que os cães podem promover durante o acariciamento por parte da pessoa e refere que as salas dos consultórios dos dentistas que contam com aquários fazem com que os pacientes fiquem mais relaxados, provocando efeitos ansiolíticos e hipotensores, os quais são comparáveis aos primeiros estágios da hipnose.

Segundo Chieppa (2002), os animais podem melhorar a qualidade de vida da pessoa e, até mesmo, auxiliar na cura de várias patologias.

Conforme o exposto acima, percebe-se que os animais têm inúmeras funções que podem melhorar aspectos físicos e psicológicos dos seres humanos que estão em contato com eles e, dentre os inúmeros benefícios, percebe-se a melhora dos quadros de ansiedade, tema central desta pesquisa.

Os pesquisadores da Faculdade de Medicina Veterinária em parceria com a Faculdade de Odontologia, ambas da Universidade Estadual de São Paulo (UNESP), conforme Klinger (2004), a veterinária Valéria Nobre relata que, iniciaram um projeto para investigar as reações que os animais provocam em crianças com necessidades especiais; paralisia cerebral, síndrome de Down e outros tipos de comprometimento mental. A autora diz que, segundo

eles, os animais ajudam as crianças a se distraírem e as acalmam. Ainda relata que, segundo esses pesquisadores, antes do trabalho com animais, alguns pacientes eram atendidos mediante sedação e hoje estes depositam a ansiedade nos cães, diminuindo a utilização da medicação durante os atendimentos provando que é mesmo possível reduzir o uso de medicamentos.

O animal é o agente facilitador para a terapia, ele pode ser considerado a ponte entre o tratamento proposto e o paciente. E é nessa ponte que se dá o encontro entre os profissionais, colaboradores e pessoas. O animal é o instrumento mais valioso entre o mundo isolado da pessoa e o meio social em que ela vive, é ele que dá ressonância aos sentimentos e abre portas. É aquela parte de todos nós que ainda não está contaminada por conceitos, imposições, é espontânea e de algum modo transforma sentimentos (DOTTI, 2005, p. 34).

A companhia dos animais tem se mostrado como um recurso valioso para o tratamento de patologias humanas tanto físicas quanto mentais. Dentre as diversas terapias abordaremos a seguir mais detalhadamente a Equoterapia que utiliza o cavalo, e que se diferencia das outras terapias com animais por possibilitar um contato físico mais enérgico por meio da equitação.

2.3 EQUOTERAPIA

Em 1989, o termo Equoterapia foi adotado pela ANDE-Brasil, registrado no Instituto Nacional de Propriedade Industrial (INPI) do Ministério do Desenvolvimento, da Indústria e do Comércio, com o certificado de Registro de Marca n. 819392529, de 06 julho de 1999.

Etimologicamente, o nome acima adotado deu preferência ao radical latino *equus* associado ao grego *therapeia*, resultando em junção latim, base do português com o radical grego em homenagem a Hipócrates de Loo (377-458 a.C.), o pai da Medicina (CIRILLO, 1985).

Para Cirillo (1992, p. 1), “Equoterapia é um tratamento de reeducação e reabilitação motora e mental, através da prática de atividades eqüestres e técnicas de equitação”.

Com base no conceito acima, pode-se dizer que a Equoterapia é também um método terapêutico, que utiliza o cavalo como motivador para proporcionar ganhos físicos e psicológicos ao praticante.

Para Wickert (1999, p. 101), “Equoterapia é um processo de reabilitação que se utiliza do cavalo e de profissionais especializados para oferecer melhora aos portadores de necessidades especiais, tanto física, quanto psíquica”.

Diante dos conceitos acima, pode-se afirmar que a Equoterapia é um método terapêutico utilizado com ênfase na reabilitação e que a mesma propicia uma forma diferenciada devido ao uso do cavalo, porém não deixa de focar a diversificação das técnicas que podem ser conciliadas a sua prática.

As terapias utilizando cavalo podem ser consideradas como um conjunto de técnicas reeducativas que agem para superar danos sensoriais, motores, cognitivos e comportamentais, através de uma atividade lúdico-desportiva, que tem como o meio o cavalo (CITTÉRIO, 1991, p. 33).

A Equoterapia tem como objetivo estimular a auto-estima, a autoconfiança, desenvolver a orientação espacial, o equilíbrio, a lateralidade, a comunicação, além de proporcionar ganhos físicos, favorecer a sensibilidade, a percepção do esquema corporal, a diminuição da ansiedade, fobias de modo geral, entre outros (FREIRE, 1999).

2.3.1 Histórico

O histórico apresentado a seguir baseia-se no 1º Seminário Multidisciplinar sobre Equoterapia, realizado pela ANDE-Brasil, ANEq, 1992 (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EQUOTERAPIA, 1992).

Hipócrates de Loo (458-370 a.C.), no seu *Livro das dietas*, aconselhava a equitação para o tratamento da insônia, regenerar a saúde e prevenir doenças. Além disso, afirmava que a equitação ao ar livre melhorava o tônus. Asclepiades de Prússia (124-40 a.C.) recomendou o movimento do cavalo a pacientes caquéticos, hidrópicos, epiléticos, paralíticos, apopléticos, letárgicos, frenéticos e também para os acometidos de febre.

O médico Merkurialis (1569) mencionou os diferentes tipos de andaduras e que a equitação aumenta o “calor natural” e remedeia a “escassez de excreções”. Stahl (1660-1734), médico da imperatriz Maria Tereza da Áustria, afirmava que as fibras musculares tornavam-se menos excitáveis com a prática desse esporte, motivo pelo qual diminuía os episódios de hipocondria e de histeria.

Hoffman, em sua obra *Instruções aprofundadas de como a pessoa pode manter a saúde e livrar-se de graves doenças através da prática racional de exercícios físicos* (1979), descreve os benefícios da equitação e define o passo como sendo a andadura mais salutar.

Castel, em 1734, inventou a “cadeira vibratória”, buscando reproduzir a estimulação propiciada pelo cavalo sob a alegação do alto custo gerado pela utilização de um animal.

Quelmalz (1697-1758) lançou a obra *A saúde através da equitação* (1740), nesta consta a primeira referência ao movimento tridimensional do dorso do cavalo.

Na Itália, Benvenuti (1772) afirmava que a equitação, além de manter o corpo são e de promover diferentes funções orgânicas, é terapêutica.

Tissot, em seu livro *Ginástica médica ou cirúrgica ou experiência dos benefícios obtidos pelo movimento* (1782), descreveu pela primeira vez as contra-indicações da prática excessiva desse esporte. Ele ilustra os diferentes tipos de andadura, entre os quais, o passo, considerado o mais eficaz do ponto de vista terapêutico.

Em 1917, o Hospital Universitário de Oxford fundou o primeiro grupo de Equoterapia para atender o grande número de feridos da 1ª Guerra Mundial, também com a idéia fundamental de lazer e de quebra de monotonia no tratamento.

Em 1965, a Equoterapia tornou-se uma matéria didática e, em 1969, teve lugar o primeiro trabalho científico de Equoterapia no Centro Hospitalar Universitário da Universidade de Salpentire, em Paris.

Em 1972, na Universidade de Paris em Val-de-Marne, foi defendida pela Dra. Collette Picart Trintelin a primeira tese de doutorado em Medicina sobre reeducação eqüestre.

O primeiro Congresso Internacional de Equoterapia foi realizado na França na cidade de Paris, em 1974, e, em 1985, em Milão, na Itália, foi criada a Federação Internacional de Equoterapia, Federation Riding Disable International (FRDI), hoje com sede na Bélgica.

No Brasil, em 10 de maio de 1989, fundou-se a ANDE-Brasil e, em 1990, foi realizada a primeira sessão de Equoterapia no centro de atendimento da entidade, tendo o apoio dos profissionais de saúde do Hospital do Aparelho Locomotor – Hospital “Sarah Kubtscheck”.

O primeiro Encontro Nacional de Equoterapia com apoio da Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE) do Ministério da Justiça e da Universidade Paulista (UNIP – Objetivo) foi realizado em 1991. Nessa ocasião, também aconteceu o primeiro Curso de Extensão sobre Equoterapia, ministrado pela Dra. Daniele Nicolas Cittério – diretora da escola nacional da Associazione Nazionale Italiana di Riabilitazione Equestre (ANIRE-Italia), Milão.

No Brasil, em 1997, a Equoterapia foi reconhecida como método terapêutico pelo CFM, de acordo com a legislação brasileira (CIRILLO, 1998), e atualmente está incluída entre os serviços especializados oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), conforme a Lei 5.499/05, aprovada pelo Senado Federal.

Em 1999, a partir da experiência e estudos desenvolvidos pela Dra. Heloisa Bruna Grubits Freire foi fundado, em Campo Grande-MS, o PROEQUO-UCDB, primeiro centro de Equoterapia no Brasil dentro de uma Instituição Universitária. Este envolve diversos cursos como Educação Física, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Psicologia, Terapia Ocupacional, e Zootecnia, com a finalidade de disponibilizar os atendimentos equoterápicos à população geral e desenvolver ensino, pesquisa e extensão.

Em 1999 a Dra. Heloisa Bruna Grubits Freire publicou o primeiro livro sobre Equoterapia intitulado *Equoterapia teoria e técnica: uma experiência com crianças Autistas*.

2.3.2 Indicações/contra-indicações e benefícios

Todo atendimento equoterápico deve embasar-se em fundamentos técnico-científicos e a prática só poderá ser iniciada mediante o parecer favorável da avaliação médica, psicológica e fisioterápica (CIRILLO, 1985).

De acordo com Freire (1999), os casos mais frequentes indicados para Equoterapia são lesões cerebrais, seqüelas de lesões medulares, atraso maturativo, distúrbios comportamentais, distúrbios visuais, distúrbios auditivos, seqüelas de patologias ortopédicas, psicoses infantis, demência em geral e para casos de ansiedade, como por exemplo, gagueira.

As contra-indicações se resumem às graves afecções da coluna vertebral como hérnia de disco, esclerose em evolução, epífise de crescimento em estágio evolutivo e geralmente

todas as afecções em fase aguda; cardiopatias agudas; excessiva lassidão ligamentosa das primeiras vértebras cervicais devidas à Síndrome de Down (SILVA, 2004).

Quanto aos benefícios e efeitos terapêuticos da Equoterapia, podem-se citar, segundo Buchene e Savini (1996), os respectivos benefícios:

- a) melhora o equilíbrio e a postura;
- b) promove a consciência do corpo (imagem e esquema corporal);
- c) aumenta a capacidade de decisão e previsão da situação (iniciativa própria);
- d) desenvolve a coordenação motora fina;
- e) motiva o aprendizado encorajando a leitura e a fala;
- f) desenvolve a coordenação entre mãos e olhos (óculo-manual);
- g) ajuda a ensinar seqüências de ações (planejamento motor);
- h) estimula os cinco sentidos através das atividades e do meio;
- i) ajuda a superar fobias, como a da água, a de altura, a de animais;
- j) aumenta a autoconfiança e auto-estima, facilitando a integração sensorial;
- k) melhora os aspectos cognitivos: atenção, concentração, memória, raciocínio lógico;
- l) desenvolve a linguagem e a comunicação;
- m) ensina a importância de regras como segurança e disciplina;
- n) ensina o praticante a encarar situações de risco controlado (como dirigir);
- o) promove sensação geral de bem estar.

Para Garrigue (1999a), podem-se alcançar como resultado na Equoterapia quatro áreas citadas a seguir:

- a) a melhora da relação, o que inclui: valorização plena do indivíduo a cavalo, comunicação (mesmo em caso de autismo), autocontrole, autoconfiança, vigilância da relação, atenção e tempo de atenção;
- b) quanto à psicomotricidade, observa-se: melhora o tônus, mobiliza as articulações da coluna e da bacia, facilita o equilíbrio e a postura do tronco ereto, favorece a lateralidade, melhora a percepção do esquema corporal, favorece a noção de espaço e de tempo, permite que se trabalhe a coordenação ou a dissociação de movimentos, facilita a precisão do gesto, permite melhor conhecimento de posições de seu corpo e do corpo do cavalo, permite a integração e a compreensão de uma ordem recebida ou por imitação;
- c) os ganhos em relação à natureza técnica facilitam as diversas aprendizagens referentes aos cuidados com os cavalos (estábulos, alimentação, curativos, selar, colocar rédeas), propiciam aprendizagem das técnicas de equitação que permitem andar a cavalo em várias velocidades, manejo, pequenos saltos, facilitando assim o controle sobre o animal;
- d) e, finalmente, em relação à socialização, obtêm-se ganhos a partir da integração de indivíduos com danos cognitivos ou corporais, junto aos demais praticantes e à equipe de profissionais, favorecendo a socialização.

2.3.3 Equipe de atendimentos e programas básicos

Neves e Malta (2002) observam que na Equoterapia é fundamental e necessário, para integração da equipe interdisciplinar, o conhecimento sobre a patologia e os efeitos de estimulação, advindos do movimento tridimensional do cavalo.

Conforme os critérios da ANDE-Brasil, a equipe mínima para o trabalho em Equoterapia deve ser composta por profissionais da área da saúde, educação e equitação, especializados na reabilitação e/ou educação de pessoas com necessidades especiais.

Para Freire (1999, p. 50), “[...] é de relevância que a família contribua com o tratamento, para um melhor prognóstico, e que os profissionais atuem de maneira interdisciplinar e transdisciplinar”.

O termo interdisciplinaridade não possui ainda um sentido único e estável e, embora as distinções terminológicas sejam inúmeras, seu princípio é sempre o mesmo: caracteriza-se pela intensidade das trocas entre os especialistas e pela integração das disciplinas num mesmo projeto de pesquisa (FAZENDA, 1991, p. 30-31).

O atendimento equoterápico é planejado em função de necessidades e potencialidades do praticante, em que se inclui o estabelecimento de objetivos a serem atingidos e a conseqüente ênfase na área da aplicação pertinente (GARRIGUE, 1999b, p. 15).

Percebe-se que, durante os atendimentos equoterápicos, os profissionais devem ter um bom conhecimento sobre as patologias de seus pacientes, clareza quanto ao objetivo da equipe em relação à necessidade do paciente atendido e a intensidade das trocas dos conhecimentos entre esses profissionais.

Segundo Garrigue (1999b), os atendimentos equoterápicos são agrupados em três programas básicos, citados a seguir:

a) Hipoterapia:

A Hipoterapia tem suas correspondentes em diversos idiomas, como *hippotherapy*, em inglês, *hippotherapie*, em francês, e *ippoterapio*, em italiano. É um programa essencialmente direcionado para a área de saúde e voltado para pessoas portadoras de deficiência física e/ou mental.

Nesse programa, quando não tem condições físicas e/ou mentais para se manter sozinho sobre o cavalo, o praticante necessita de um auxiliar-guia para conduzir o cavalo e, eventualmente de um auxiliar-lateral para mantê-lo montado, dando-lhe segurança.

A ênfase das ações é dos profissionais da área de saúde. É preciso, portanto, um terapeuta ou mediador, a pé ou montado, para a execução de exercícios programados, nos quais o cavalo atua principalmente como agente cinesioterapêutico.

b) Educação/reeducação:

Nesse tipo de programa, o praticante tem condições de executar alguns exercícios, atuar sobre o cavalo e conduzi-lo, e depende, em menor grau, do auxiliar guia e do auxiliar lateral.

A ação de profissionais de equitação é mais efetiva, embora os exercícios devam ser programados por toda a equipe, segundo os objetivos a serem alcançados. Nesse sentido, o cavalo também propicia benefícios pelo seu movimento tridimensional e atua como facilitador do processo ensino-aprendizagem.

c) Pré-esportivo:

Esse programa normalmente enfatiza ganhos nas áreas de Educação e Social.

O praticante reúne boas condições para atuar e conduzir o cavalo, podendo participar de pequenos exercícios específicos de hipismo. A ação do profissional de equitação é mais efetiva, mas a orientação e o acompanhamento de profissionais das áreas de Saúde e Educação continuam necessários, e o cavalo atua também como agente de inserção/reinserção social.

Em 1974, foi fundada na Itália a Associazione Nazionale Italiana di Riabilitazione Equestre que acrescentou um quarto programa, o “esporte”, no qual as pessoas portadoras de necessidades especiais são inseridas (ou reinseridas) na sociedade através da prática do esporte equestre em diferentes concursos hípicas.

2.3.4 O cavalo

A descrição do cavalo, segundo Michaelis (1998, p. 458-459), é assim formulada:

Cavalo: Quadrúpede, perissodátilo, solípede, da família, dos Equinos; tem pescoço e cauda providos de cerdas longas e abundantes. Domestica-se facilmente e é dos mais úteis ao homem desde épocas mui remotas, servindo de montaria, na tração de carruagens e nos trabalhos agrícolas.

O cavalo pertence à ordem dos perissodáticos da família dos Equídeos da subfamília Equina na qual se encerra o único representante atual do gênero *Equus* que é a espécie *Cabalus* (CIRILLO, 1985). Ferreira (1999) acrescenta que é um mamífero, hipomorfogênero *Equus*. Esse animal simboliza força, altivez, soberania, paixão e trabalho (DOTTI, 2005).

O cavalo foi de fundamental importância na história do homem; durante a Idade do Bronze e do Ferro foi essencial nas atividades de pastores nômades da Eurásia e acompanhou a evolução das sociedades humanas desde sua domesticação, provavelmente em 3500 a.C.

Antes do desenvolvimento de armas de fogo, ele foi um importante instrumento de guerra e, antes da invenção da máquina a vapor, era o meio de transporte (LEVINE, 1999).

A chegada do *Equus* ainda é discutida no que se refere a sua origem geográfica. O mais recente fóssil encontrado no Novo Mundo foi ao redor de três milhões de anos atrás, em que há evidências do *Equus* na América do Sul, na Eurásia e no Continente Africano. Possivelmente isso seria devido à ponte de terra em Bering, a qual surgiu com o baixo nível do mar durante a glaciação do Norte, há cerca de 2,5 milhões de anos (MILLS; NANKERVIS, 2005).

Há possibilidades de que o cavalo tenha sido domesticado após o cão, ovelha, cabra e vaca, tudo devido à baixa adaptação de cavalos ao ambiente doméstico (MILLS; NANKERVIS, 2005).

Na África, o asno, parente mais próximo do cavalo, foi domesticado algum tempo antes dos cavalos. Na Idade da Pedra, o homem teve esforço exigido e habilidades para domesticar o cavalo, um animal maior e mais ágil, com requisitos dietéticos bem específicos e tendência de viajar longas distâncias (MILLS; NANKERVIS, 2005). Segundo os autores, cerca de cinco milhares de anos atrás, o cavalo também era cardápio preferido no período Neolítico, devido a sua abundante disposição de ossos de costela. Durante a colonização, os homens utilizavam tocaias para aprisionar os cavalos. Os bovinos eram usados para tração, porém o potencial dos cavalos era maior, sendo estes utilizados como besta de carga.

Mills e Nankervis (2005) descrevem ainda que, quinhentos anos após esse período, surgiu a arte de andar a cavalo, o que possibilitou aos colonizadores atravessar, com mais facilidade, a floresta e as regiões de terras pantanosas, e chegar ao Egito e Índia aproximadamente 100 anos mais tarde. Desde então, a domesticação e a equitação foram difundidas pelo homem.

Nos lugares onde havia alta densidade de humanos, os cavalos acabavam sendo mortos em qualquer lugar, pois, segundo esse autor, o cavalo nunca competiu bem com o homem.

Para Price (1984 apud MILLS; NANKERVIS, 2005, p .44),

A domesticação é o processo pelo qual a população de animais se adapta ao homem e ao ambiente doméstico e às combinações de alterações genéticas

que ocorrem através de muitas gerações e eventos desenvolvidos e induzidos ambientalmente, ocorrendo novamente durante cada geração.

Pode-se perceber que essa domesticação passou a ser mais fácil não só com as habilidades e técnicas utilizadas de forma aperfeiçoada pelo homem, mas também com o desenvolvimento da genética entre os eqüinos, o que permitiu assim uma melhora progressiva a cada geração, respeitando-se o espaço e os limites entre o homem e o animal.

Conforme Hontag (1988), o cavalo, quando é obrigado a obedecer, perde a tranquilidade; o cavaleiro só consegue restabelecer a confiança do animal através do afago, o que lhe desenvolverá a confiança.

2.3.5 As andaduras naturais do cavalo e a marcha humana

Consideram-se andaduras naturais aquelas que o cavalo executa instintivamente; o passo, o trote e o galope. A andadura do cavalo determina o ritmo dos exercícios na Equoterapia. Assim, o passo é andadura ideal para relaxamento muscular. Esse movimento permite que inúmeras informações (cutâneas, visuais, auditivas, olfativas) sejam exteriorizadas. As mãos nas rédeas levam à prática de exercícios de coordenação óculo-manual, ritmo e a sincronia do movimento levam ao “brincar lúdico” (RATTO, 1999).

Nas andaduras do cavalo, devem-se considerar os membros em apoio, os membros em elevação e os tempos de suspensão. Assim, diz-se que um membro está em apoio quando repousa no solo; em elevação, em caso contrário; e haverá suspensão quando não houver nenhum membro em apoio (AZAMBUJA, 1985).

A seguir, uma breve apreciação sobre as andaduras:

O passo do cavalo se caracteriza pelo deslocamento dos quatro membros, e uma passada traduz-se pelo deslocar de um único membro. A frequência está em função do comprimento do passo e da velocidade da andadura (MEDEIROS; DIAS, 2002).

Ao analisar o deslocamento de um cavalo passo a passo, segundo esses autores, ao final do primeiro minuto, será possível obter quantas passadas foram realizadas, as quais podem variar de 48 a 70 passadas.

Uma andadura é simétrica, rolada ou marchada, basculante, a quatro tempos, quando os membros se elevam e pousam sucessivamente na mesma ordem, fazendo-se ouvir quatro batidas distintas (AZAMBUJA, 1985).

É simétrica porque as variações da coluna vertebral em relação ao eixo longitudinal do cavalo são simétricas; rolada, porque não existe tempo de suspensão, isto é, sempre existem membros em apoio; basculante, em consequência dos movimentos do pescoço; e a quatro tempos, porque, do elevar até o pousar de um determinado membro, ouvem-se quatro batidas distintas (AZAMBUJA, 1985).

O autor ainda complementa que o passo é a andadura mais favorável ao estabelecimento da linguagem convencional entre o cavalo e o cavaleiro, em virtude das fracas reações que ela produz no assento do cavaleiro, permitindo-lhe permanecer em íntima ligação com sua montaria e, portanto, em condições de dar às suas indicações o máximo de precisão.

[...] A característica mais importante para a Equoterapia é o que o passo produz no cavalo e transmite ao cavaleiro, uma série de movimentos seqüenciados e simultâneos, que têm como resultante um movimento tridimensional, que se traduz no plano vertical em um movimento para cima e para baixo, e no plano horizontal, em um movimento para a direita e para a esquerda, segundo o eixo transversal do cavalo, em um movimento para frente e para trás, segundo o seu eixo longitudinal. Este movimento é completado com pequena torção da bacia do cavaleiro, que é provocada pelas inflexões laterais do dorso do animal (WICKERT, 1999, p. 101).

Na Equoterapia, o passo regular do cavalo torna-se para o paciente um embalo. A frequência desse ritmo pode variar entre 40 a 78 batidas por minuto, a primeira frequência é lenta, e a segunda é utilizada em seqüelas neurológicas. A adaptação ao ritmo lento é comparável ao embalo, que permite diminuir o nível de angústia e é importante para auxiliar em todos os estados psicológicos dos fenômenos de inibição (LALLERY, 1988).

A frequência do passo do cavalo irá variar de acordo com sua andadura, que pode ser classificada em: transpista, sobrepista e antepista (MEDEIROS; DIAS, 2002):

- a) transpista: o cavalo apresenta um comprimento de passo longo no qual sua pegada ultrapassa a marca da pegada anterior (frequência baixa);

- b) sobrepista: o cavalo possui uma frequência média, na qual sua pegada coincide com a marca da pegada anterior;
- c) antepista: o cavalo apresenta um comprimento de passo curto em que sua pegada antecede a marca da pegada anterior (frequência alta).

Outra modalidade de andadura, o trote, é simétrica, fixada a dois tempos, no qual os membros de cada bípode diagonal se elevam e pousam simultaneamente, com um tempo de suspensão entre o pousar de cada bípode diagonal (AZAMBUJA, 1985).

Para esse autor, é simétrica porque os movimentos da coluna vertebral em relação ao eixo longitudinal do cavalo são simétricos; é fixada porque os movimentos do pescoço são quase imperceptíveis; a dois tempos porque entre o elevar de um bípode diagonal até seu retorno ao solo, ouvem-se duas batidas.

O trote é a andadura essencial do adestramento, o movimento dos membros são simétricos, os movimentos do pescoço são bastante limitados, e o cavalo conserva uma atitude e conjunto quase constante, particularmente na disposição do seu “raquis”². É uma andadura que mantém constantemente o cavaleiro informado sobre a forma e o grau de sustentação adquirido. Além disso, permite uma intervenção mais rápida no sentido de restabelecer aquela sustentação porque, nessa modalidade, as reações que apresentam são pouco variáveis e persistentes em suas manifestações (AZAMBUJA, 1985).

O galope é uma andadura assimétrica, saltada, muito basculada, a três tempos. É assimétrica porque os movimentos da coluna vertebral em relação ao eixo longitudinal do cavalo não são simétricos; saltada, porque existe um tempo de suspensão; muito basculada, em razão dos amplos movimentos do pescoço; a três tempos, porque, entre o elevar de um membro e os outros membros associados até seu retorno ao solo, ouvem-se três batidas (AZAMBUJA, 1985).

“Considerando que um cavalo executa aproximadamente de 50 a 60 passos por minuto, em 30 minutos de deslocamento ao passo, teremos 1.800 passos” (WICKERT, 1999, p. 105).

² Raquis, espinha dorsal ou coluna vertebral;

O passo do cavalo determina a ação tridimensional de seu dorso, sua repetição de movimentos é de 1 a 1,75 por segundo, o que proporciona ao cavaleiro entre 1.800 a 2.250 ajustes tônicos em meia hora. Esse é um processo adaptado, porém limitado, isto é, vai depender da amplitude das seqüelas da pessoa que está montada (LALLERY, 1988).

O cavalo gera os movimentos e os transmite ao cavaleiro, que desencadeia o seu mecanismo de resposta. Apesar de os movimentos se processarem de maneira rápida, ela não é tão rápida que impeça o seu entendimento pelo cérebro humano (WICKERT, 1999).

Na realização da marcha, o ser humano se locomove alternadamente, ou seja, enquanto uma perna estiver na fase de sustentação, a outra se encontra na de sustentação dupla ou na fase de impulsão. O peso corpóreo desloca-se durante a marcha para adiante, pelo deslocamento do centro de gravidade, fazendo com que não se caia, realizando-se assim o passo completo, reconstituindo o equilíbrio (MEDEIROS; DIAS, 2002).

Para Bacoolini (1990 apud PACCHIELE, 1999), a marcha do ser humano divide-se basicamente em três fases: fase de apoio, fase de balanceio e fase de duplo apoio.

Na fase de apoio, um dos membros se ergue e o outro membro suporta parte ou todo o peso do corpo; é nesse instante que o centro de gravidade está mais longe do solo.

Na fase de balanceio, o pé não toca o solo, o peso é suportado pelo membro oposto e o membro em questão é impulsionado e balanceado para frente.

Na fase de duplo apoio, um dos membros está em fase de impulsão e o outro, com o calcanhar no solo; assim, os dois membros estão em contato com o solo. É nesse ponto que o centro de gravidade está mais perto do solo.

Wickert (1999) argumenta que para que se compreenda melhor o porquê da utilização do cavalo como recurso terapêutico, alicerça-se a base das respostas no movimento tridimensional. Este se traduz no plano vertical, em um movimento para cima e para baixo, e, no plano horizontal, em um movimento para direita e para esquerda, segundo o eixo transversal do cavalo, em um movimento para frente e para trás, segundo o seu eixo longitudinal. O autor ainda explica que esse movimento se completa com uma pequena torção da bacia do cavaleiro, a qual é provocada pelas inflexões laterais do dorso do animal.

Complementa-se ainda que, compondo essa seqüência de movimentos, foi constatado que o cavalo transmite ao cavaleiro, por meio da ligação existente entre o assento do cavaleiro e o dorso do animal, centro de execução dos movimentos do cavalo, uma ligação proprioceptiva que irá em direção ao cérebro do cavaleiro, o qual transmitirá informações ao sistema nervoso central, e, com a continuidade da execução dos movimentos do animal, geram-se respostas que irão ativar o organismo do praticante.

O termo proprioceptivo se refere ao uso do *input* sensorial dos receptores dos fusos musculares, tendões e articulações, para discriminar posição e movimento articular, inclusive direção, amplitude e velocidade, bem como a tensão relativa sobre os tendões. Os proprioceptores e as informações trazidas por eles são essenciais para a consciência da posição dos membros e seus movimentos (TRANCOZO et al., 2002).

O cavalo é o animal cuja marcha mais se assemelha à do ser humano, tanto em deslocamentos relacionados à distância e graus de inclinação, quanto em termos de fases executadas durante a marcha (PACCHIELE, 1999).

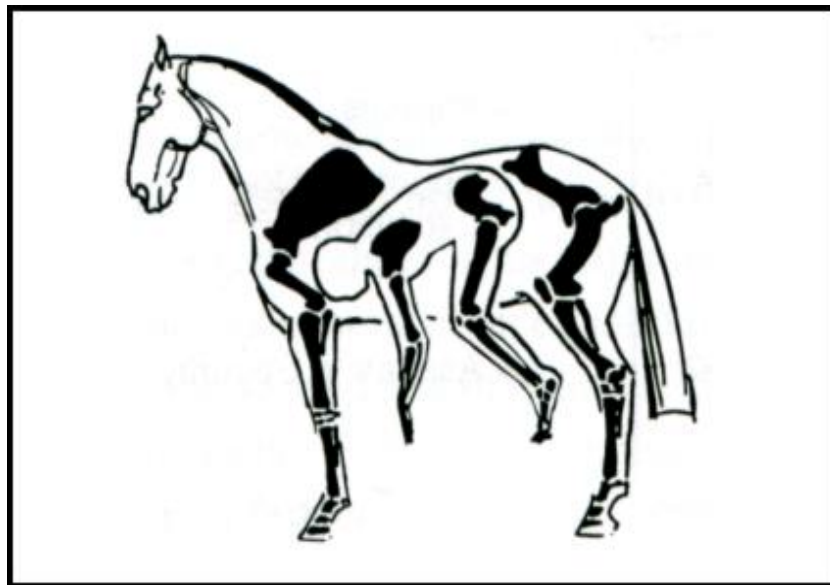


FIGURA 1 - Semelhança anatômica entre homem e cavalo.

Fonte: Scientific Journal of Therapeutic Riding (1997, p. 17).

De acordo com Lallery (1984 apud PACCHIELE, 1999), quando se está sobre o cavalo, há rotação de 80° da cintura pélvica do praticante, o que é idêntico ao quadril do

cavalo; há inclinação de 40° para cada lado de obliquidade, com deslocamento da cintura pélvica do praticante, a qual realiza 100° de extensão, 30° de flexão, como também o quadril se desloca 5 cm no plano tridimensional. Esses são os mesmos deslocamentos que o ser humano executa normalmente em sua marcha sobre o solo.

Porém, ele ressalta que essa semelhança será possível se o centro de gravidade do paciente coincidir com o centro de gravidade do cavalo que, na pessoa, está em nível da vértebra lombar L2 e, no cavalo, está a mais ou menos 20 cm depois da cernelha³.

2.3.6 Aspectos psicológicos

Montar um cavalo representa uma conquista; a posição que se ocupa do alto da sela é uma experiência individual, pois somente o praticante poderá expressar as sensações que seu corpo recebe e/ou vivencia (BROWNE, 1996). A grande propulsora dessas sensações é a liberdade que a Equoterapia propicia de forma simples e natural.

O cavalo impõe ao seu cavaleiro um movimento doce, ritmado, repetitivo e simétrico. Para manter o equilíbrio, o tônus muscular se adapta alternadamente ao tempo de repouso e de atividade, proporcionando descontração muscular.

Herzog (1989, p. 2) tem como hipótese que “[...] o domínio do corpo físico, necessário em equitação, conduz a um melhor domínio dos afetos, ligados à imagem do corpo do sujeito”, e manter o equilíbrio significa reconhecer este como uma atitude corporal, reajustar, coordenar os próprios movimentos e dissociar os gestos dos braços e das pernas melhorando a compreensão de seu esquema corporal.

O autor reporta-se a teoria de Winnicott (1975), apontando o cavalo como objeto intermediário que funciona entre o mundo intrapsíquico do paciente, carregado de fantasmas, de desejos e de angústias, e o mundo exterior. Possibilitando a vivência e o espaço lúdico para o paciente. O cavalo funciona como uma espécie de escudo, ou seja, é através dele que o paciente irá permitir progressivamente o estabelecimento de uma relação com o outro, melhor suportada e melhor investida, e assim facilitará suas relações “afetivas”.

³ Cernelha: parte do corpo de alguns animais onde se juntam as espáduas (FERREIRA, 1999).

Na Equoterapia,

[...] paciente pode conduzir sua personalidade antes agressiva com um ser que o aceite sem restrições, e esta união pode ser tal que o cavalo é sentido como um companheiro muito próximo, mesmo como um prolongamento do corpo, um corpo que se agita, companheiro de fantasias e de loucuras, permitindo, talvez, ao cavaleiro, a descoberta de si mesmo (LUBERSAC; LALLERY, 1996).

Silva (2004) considera que, quando o paciente, por sua própria decisão, desloca seu cavalo e este o corresponde, isso faz com que ele faça com o cavalo o que, muitas vezes, não fez em sua vida cotidiana, o que então irá resultar em uma evolução própria.

O cavalo é um animal vivo que tem existência própria, independente dos desejos do paciente. Aquele reage aos afetos deste, o que permite descobrir os estados de espírito do paciente. Portanto, mais rico que uma simples atividade lúdica, a equitação psicoterápica abre a porta a uma melhor compreensão do paciente, necessária preliminarmente a uma terapia benéfica (HERZOG, 1989, p. 3).

Segundo Lallery (1984 apud CIRILLO, 1985), as informações proprioceptivas que provêm das regiões articulares, musculares, periarticulares e tendinosas provocam, na posição sentada sobre o cavalo, novas informações, bastante diferentes das habituais que são recebidas pela pessoa na posição em pé, sobre os pés. Essas informações proprioceptivas novas, determinadas pelo passo do cavalo, permitem a criação de esquemas motores novos. Trata-se, nesse caso, de uma técnica particularmente de reeducação neuro-muscular.

A Equoterapia também tem seu impacto sobre aspectos psíquicos do paciente. O cavalo, objeto intermediador, é a ligação entre o paciente e o terapeuta, ou seja, aquilo que o praticante não pode vivenciar, no contato com o cavalo irá aprender, integrar-se e utilizá-lo na sua estrutura, na sua evolução psicossomática, melhorando a sua autonomia, a sua independência, auto-estima e autoconfiança, objetivos de todos os terapeutas em relação a seus pacientes (HERZOG, 1992).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar os possíveis benefícios da prática Equoterápica enquanto método terapêutico no tratamento de pessoas com o diagnóstico de transtorno de ansiedade generalizada, segundo a classificação da CID-10.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar a sintomatologia dos participantes antes e após a intervenção Equoterápica, segundo os critérios da CID-10.

Observar, durante os atendimentos, os comportamentos mais característicos dos participantes com diagnóstico de ansiedade.

Identificar as possíveis alterações no equilíbrio e postura dos participantes durante as sessões.

4.1 LÓCUS DE PESQUISA

A pesquisa foi realizada no Instituto São Vicente onde está localizada a Fazenda Escola da Universidade Católica Dom Bosco, popularmente conhecida no município de Campo Grande como “Lagoa da Cruz”, especificamente no PROEQUO-UCDB, localizado na Avenida Tamandaré n. 8.000 em Campo Grande-MS.

4.1.1 Histórico

A Fazenda Escola da Universidade abrange uma área de 200 ha e conta com uma casa destinada a receber adolescentes para estudar no seminário e neste obter uma formação salesiana. Atualmente residem, na casa 40 seminaristas, muitos deles advindos de outras cidades.

Na área externa, realiza-se a criação de bovinos, caprinos, ovinos, apiários, aviários, piscicultura, cultura hortifrutícola, laboratório de solo, curral para manejo e pesquisas nas áreas de Agronomia, Medicina Veterinária e Zootecnia.

O PROEQUO-UCDB, primeiro Centro de Equoterapia do Brasil dentro de uma Universidade, foi inaugurado em 1999 e associou-se à ANDE-Brasil no ano de 2000, completando oito anos de trabalho em março de 2007.

Esse programa foi iniciado como projeto de pesquisa e depois passou a ser um programa de extensão comunitário conveniado a várias instituições, como Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), Associação dos Amigos do Autista (AMA), Instituto Sul-Mato-Grossense “Florivaldo Vargas” (ISMAG), Sociedade Educacional “Juliano Varela” (JV), Centro de Atendimento Multidisciplinar em Saúde (CAMS) e Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS). O programa oferece estágio aos acadêmicos dos cursos de Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia, Terapia Ocupacional, Medicina Veterinária, Zootecnia e Administração Rural, propiciando aos acadêmicos, ensino, pesquisa e extensão.

A área destinada aos atendimentos abrange um picadeiro de 40 x 20 m, arborizado, um bosque onde se podem realizar trilhas ao redor da lagoa, o que beneficia o contato com a natureza (FIGURA 1).



FIGURA 2 - Picadeiro 40 x 20, área destinada aos atendimentos do PROEQUO-UCDB.

Fonte: Glauce Sandim Motti, 2006.

Os animais utilizados são doados e/ou comprados para realização dos atendimentos em Equoterapia. Atualmente são destinados a esse trabalho dez animais mansos, que recebem cuidados adequados, vacinas, vermífugos, ração, banhos e encilhamento adequados e/ou adaptados para os atendimentos.

O PROEQUO-UCDB atende, em média, cinquenta crianças e adolescentes, com a colaboração dos acadêmicos dos cursos envolvidos no Programa, sob orientação e supervisão de uma Psicóloga e Professora de Equitação, uma Fisioterapeuta e uma Terapeuta Ocupacional.

Os pacientes são encaminhados pelos convênios firmados com as instituições conveniadas, as quais seguem os seguintes critérios de admissão: idade a partir de três anos, encaminhamento pelo médico responsável, devida avaliação física e psicológica pelos profissionais dessas instituições. Esses pacientes são atendidos uma vez por semana, durante um período de trinta minutos cada um.

4.2 CASUÍSTICA E MÉTODO

Trata-se este de um estudo de caso de duas pessoas do sexo feminino, com avaliações pré e pós-intervenção, no qual a variável independente introduzida foi a Equoterapia e as variáveis dependentes, os sintomas de ansiedade, segundo a classificação da CID-10.

4.2.1 Participantes

Participaram desse estudo duas pessoas do sexo feminino, com 27 e 40 anos de idade, diagnosticadas com TAG, segundo a classificação da CID-10, que freqüentam o Ambulatório da Sociedade Beneficente Santa Casa de Campo Grande-MS, e estão sob acompanhamento médico há mais de um ano e fazendo uso de medicação para o controle dos sintomas de ansiedade.

4.2.2 Recursos humanos e materiais

Para o desenvolvimento deste trabalho, selecionaram-se recursos humanos e materiais.

4.2.2.1 Equipe de pesquisa

O contato com a instituição e as entrevistas foram realizadas pela autora deste trabalho, que é Terapeuta Ocupacional.

Para os atendimentos práticos, foi composta a seguinte equipe: uma psicóloga e instrutora de equitação, um fisioterapeuta, uma terapeuta ocupacional.

4.2.2.2 Recursos materiais

Para realização dos atendimentos, foram utilizados cavalos devidamente treinados para prática equoterápica, equipamento para montaria (selas, mantas, cabeçadas, cabresto, cilhão), e materiais terapêuticos (tambores, bolas, bastões, cones), além de materiais de escritório para registro das sessões (FIGURA 3).

Os atendimentos equoterápicos foram realizados no picadeiro gramado, que conta uma boa arborização, e também no bosque que margeia o lago. O ambiente proporciona, durante a prática equoterápica, o contato com a natureza (FIGURA 4).

O local de espera para o praticante também oferece grande espaço sob um arvoredo de mangueiras ao ar livre. A rampa de acesso à montaria é adaptada ao local facilitando aos praticantes em espera visualizar os outros praticantes em montaria (FIGURA 5).



FIGURA 3 - Equipamento para montaria e recursos terapêuticos: a) cavalo com manta; b) cavalo com sela; c) bolas; d) manta e cilhão; e) cones, bastões e tambores; f) cabeçada e cabresto.

Fonte: Glauce Sandim Motti, 2006.



FIGURA 4 - Local onde os atendimentos equoterápicos foram realizados: a) bosque; b) margem do lago; c) lago.

Fonte: Glauce Sandim Motti, 2006.



FIGURA 5 - O local de espera para o praticante e rampa de acesso à montaria: a) rampa e b) local de espera.

Fonte: Glauce Sandim Motti, 2006.

4.2.3 Instrumentos para coleta de dados

Foram utilizados Ficha de Anamnese (ANEXO A), Roteiro para Entrevista de Avaliação dos Sintomas de Ansiedade (APÊNDICE A), Ficha Diária do PROEQUO-UCDB (ANEXO A) e Relato da Psiquiatra Pós-intervenção (ANEXO B).

4.2.3.1 Anamnese

A Ficha de Anamnese utilizada é composta dos seguintes dados: dados de identificação (nome, diagnóstico, religião, estado civil, escolaridade e profissão); antecedentes (doença familiar, sociabilidade, doenças já ocorridas, vícios, medicamentos e alergias); história atual (médica responsável, percepção dos sintomas e vida social) e rotina da vida diária (atividades, lazer, relacionamento familiar, sono e alimentação).

4.2.3.2 Roteiro para Entrevista de Avaliação dos Sintomas de Ansiedade

Elaborado pela pesquisadora, o REASA se baseia nos critérios da CID-10.

Esse roteiro conta com seis questões, divididas conforme os critérios de:

A – Apreensão (A:1, A:2, A:5): questões relacionadas à preocupação sobre desgraças futuras, a sentir-se “no limite”, dificuldade de concentração, entre outros.

B – Tensão Motora (B:3, B:6): questões relacionadas a movimentação inquieta, cefaléias tensionais, tremores, incapacidade de relaxar.

C – Hiperatividade Autonômica (C:4): questões relacionadas à sensação de cabeça leve, sudorese, taquicardia ou taquipnéia, desconforto epigástrico, tonturas, boca seca, etc.

Estas foram distribuídas de forma aleatória e não agrupadas, com a finalidade de garantir a fidedignidade das respostas.

O roteiro de entrevista foi elaborado para aplicação antes e depois do período total de atendimentos, no intuito de permitir a comparação entre as respostas.

4.2.3.3 Ficha Diária do PROEQUO-UCDB

A Ficha Diária do PROEQUO-UCDB é composta pelo nome do paciente, a data da sessão, o cavalo utilizado, o tipo de andadura (passo, trote, galope), tipo de montaria (manta, sela, pelo) e material utilizado para terapia.

Nos aspectos psicológicos, os dados abordam o relacionamento do paciente com a equipe, com o cavalo, humor, atenção, disciplina e verbalização.

A ficha ainda dispõe de uma subdivisão: entre a pré-montaria, durante a montaria e pós-montaria, o que facilita observar as três etapas do atendimento.

Para finalização da Ficha Diária do PROEQUO-UCDB, há a conclusão que corresponde ao progresso, retrocesso e estabilidade em determinada área e observações gerais.

4.2.3.4 Relato da Psiquiatra Pós-intervenção

Ao final das sessões de Equoterapia, solicitou-se à Psiquiatra responsável pelo atendimento clínico das participantes um breve relato no qual deveriam ser apontadas quais modificações foram percebidas no comportamento das pacientes e que poderiam estar relacionadas à Equoterapia. Ressalta-se que a médica não presenciou nenhuma das sessões de Equoterapia e, durante o período da pesquisa, a autora desse estudo não teve contato com a mesma. Sendo o relato da médica transcrito de forma conveniente ao seu olhar clínico, não sofrendo esse nenhum critério da pesquisadora.

4.2.4 Procedimentos

O início do trabalho deu-se através do contato com o Diretor do Ambulatório da Sociedade Beneficente Santa Casa de Campo Grande-MS, para maiores esclarecimentos quanto à Equoterapia, objetivos do estudo e critérios éticos.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Católica Dom Bosco, e, após o devido consentimento, deu-se o início ao trabalho por meio do contato com a médica

indicada pelo diretor da Sociedade Beneficente Santa Casa de Campo Grande. Novamente explicou-se a pesquisa e as pacientes foram selecionados por conveniência da médica de acordo com os critérios da CID-10 (ANEXO C).

A seguir, realizou-se o contato com as pessoas selecionadas quando foi exposto o trabalho, tendo como requisito o esclarecimento da importância da pré e pós avaliação para conclusão dos dados. Após o aceite dos envolvidos, foi realizada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

Os atendimentos foram realizados pela Terapeuta Ocupacional, um Fisioterapeuta e, como apoio, uma Psicóloga durante as sessões. No decorrer dos atendimentos equoterápicos, utilizou-se a técnica de observação direta, realizada pela autora deste trabalho e integrante da equipe interdisciplinar do PROEQUO-UCDB. Também, com intuito de tornar as sessões mais dinâmicas, foram propostos exercícios de relaxamento e atividades citados a seguir:

- a) Exercícios de relaxamento: exercícios de extensão e elevação dos membros superiores, abdução dos ombros, dissociação da cintura pélvica e cintura escapular, extensão e flexão da coluna. O terapeuta demonstrava os exercícios e, montada em seu cavalo, a praticante repetia os exercícios propostos verbalmente.

Objetivo: propiciar o relaxamento muscular nos primeiros minutos da sessão;

- b) Atividades com cones e bastões: os cones eram distribuídos em linha reta, numa distância de quatro metros cada um; a praticante devia conduzir seu cavalo com uma das mãos e, com a outra, segurar o bastão para colocá-lo no cone.

Objetivo: favorecer a dinâmica durante a sessão, a interação com os terapeutas, trabalhar a melhora da atenção e concentração, propiciar mais segurança, independência e autoconfiança durante a montaria;

- c) Atividades com bolas de plástico, cones e tambores: com o cavalo ao passo sendo puxado, a praticante deveria pegar as bolas que estavam sendo arremessadas em sua direção, e deveria segurá-las e jogar novamente à terapeuta.

Objetivo: facilitar a dinâmica das sessões, propiciar maior confiança sobre o animal, favorecer atenção e concentração.

Após cada sessão eram preenchidas as fichas diárias do PROEQUO-UCDB. No total foram realizadas 14 sessões com “A” e 11 sessões com “B” no período de junho a novembro de 2006. “B” realizou menos sessões porque iniciou depois de “A”. Tais sessões aconteceram uma vez por semana, com duração de trinta minutos cada uma.

Ao final desse período, realizou-se a segunda entrevista com as participantes e solicitou-se que a médica responsável relatasse as possíveis alterações no comportamento das participantes relacionadas à Equoterapia.

4.2.4.1 Análise dos dados

A Anamnese das pacientes foi utilizada para nortear as avaliações sobre os atendimentos equoterápicos (APÊNDICE C).

As entrevistas foram transcritas na íntegra para posterior comparação pré e pós intervenção, permitindo assim verificarem-se as possíveis alterações após a intervenção equoterápica (APÊNDICE D).

O relato pós-intervenção feito pela médica que acompanha as participantes foi utilizado para subsidiar as observações da pesquisadora em relação às alterações ocorridas durante e após o término dos atendimentos (ANEXO B).

4.2.5 Aspectos éticos de pesquisa

Para a viabilização desse estudo, foram seguidas as normas preconizadas pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), por meio da Resolução n. 016, de 20 dezembro de 2000; pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) para pesquisas junto a seres humanos e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), estabelecidas na Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP); e pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) através da Resolução n. 10 de 03 julho de 1978.

O projeto desse estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade Católica Dom Bosco e obteve aprovação em reunião extraordinária, no dia 26 de novembro de 2004, encontrando-se de acordo com as resoluções normativas do Ministério da Saúde.

As participantes selecionadas para o presente estudo foram convidadas a participar da pesquisa, e todos os esclarecimentos sobre o recurso equoterápico foram oferecidos, bem como informação sobre o sigilo dos dados. Esclareceu-se também que os atendimentos aconteceriam junto aos demais pacientes, acadêmicos e profissionais que compõem a equipe do PROEQUO-UCDB.

Os atendimentos ocorreram em lugar adequado, com animais treinados e com equipamentos adequados para garantir a segurança das participantes durante os atendimentos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir serão apresentados e discutidos os dados e informações referentes à anamnese das participantes, o resultado das entrevistas pré e pós-intervenção, os registros efetuados após cada atendimento e o relato da médica responsável.

5.1 ANAMNESE

As duas participantes deste estudo são do sexo feminino, Ax tem 27 anos, e Bx, 40, e foram diagnosticadas com TAG há seis e cinco anos, respectivamente. Segundo vários estudos, a prevalência dos transtornos de ansiedade é maior em mulheres (ANDRADE; GORENSTEIN, 2000; KAPLAN, 2003; KINRYS; WYGANT, 2005; ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 1995; KESSLER et al., 2002 apud ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006), e os sintomas de nervosismo e ansiedade podem ser sentidos durante toda vida, porém não é incomum o início dos sintomas após os 20 anos de idade (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 1995).

Ax é casada, mãe de um filho, do lar, tem nível médio de escolaridade e é dependente financeiramente do esposo; Bx é divorciada, tem nível superior completo é funcionária pública e independente financeiramente. Ambas as participantes estão em idade produtiva. Manhães (2004) indica que a faixa etária entre vinte e dois e quarenta e quatro anos evidencia uma população jovem, contudo, dentro de uma faixa etária na qual a cultura exige uma estabilidade maior em relação aos aspectos profissionais, sociais, familiares e/ou afetivos.

Quanto à medicação, Ax faz uso de Clorimipamina 20 mg e Paroxetina 8 mg; e Bx, do medicamento Sertralina 75 mg uma vez ao dia e, dependendo de seu estado, $\frac{1}{2}$ comprimido de Rivotril, de acordo com a orientação médica.

Ballone e Ortolani (2003) consideram que para o tratamento da ansiedade, os medicamentos de que a Medicina dispõe para melhorar os quadros de ansiedade são os ansiolíticos (benzodiazepínicos), que ainda hoje são utilizados para o tratamento da ansiedade generalizada; porém, para o autor, sua ação é muito mais sintomática que terapêutica, os benzodiazepínicos estimulam no cérebro mecanismos que normalmente equilibram o estado de tensão e ansiedade. Os antidepressivos são considerados como os mais utilizados quando existe suspeita de um componente depressivo associado ao quadro ansioso, como a ação destes é mais demorada, geralmente, eles são associados aos ansiolíticos.

Ao descrever como se sente e as consequências da ansiedade em seu dia-a-dia, Ax relata que hoje consegue lidar melhor com os sintomas, pois, quando eles aparecem, ela se sente mais preparada, apesar de complementar que, às vezes, fica preocupada e até chora.

Segundo a participante Ax, isso:

[...] é devido a ter que dar muita atenção ao meu filho.

Os adultos geralmente se preocupam com situações cotidianas e rotineiras, dentre elas, a saúde de membros da família, infortúnio acometendo os filhos (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 1995).

A participante Bx relata que é de poucos amigos e não gosta de ambientes com muitas pessoas, tem mania de tirar os aparelhos da tomada e fechar a porta do banheiro e, segundo ela, esses comportamentos interferem em sua vida pessoal, profissional e social. Quanto aos sintomas de ansiedade, sente-se insegura, pois não sabe quando eles podem surgir.

Na classificação do Manual de Diagnóstico Estatísticos dos Transtornos Mentais, para o indivíduo com ansiedade generalizada é complicado controlar a preocupação e, freqüentemente, este considera difícil evitar que as preocupações interfiram na atenção a tarefas que precisam ser realizadas, e têm dificuldade em parar de se preocupar (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 1995).

Os indivíduos com ansiedade são capazes de selecionar certos objetos em seu ambiente e ignorar outros, em um esforço para provarem que estão certos ao considerarem a situação amedrontadora e ao responderem de acordo com essa percepção (KAPLAN, 2003).

Quanto ao seu relacionamento com sua família, Bx sente-se “dentro do limite”. Segundo a 10ª Classificação dos Transtornos Mentais da Organização Mundial de Saúde (1993), apresentar sintomas primários de ansiedade envolve elementos de apreensão que se caracterizam por preocupação sobre desgraças futuras, sentir-se “no limite”, dificuldade de concentração, entre outros.

5.2 RESULTADOS OBTIDOS POR MEIO DAS RESPOSTAS DO ROTEIRO PARA ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS DE ANSIEDADE

O texto a seguir apresenta a análise dos resultados obtidos através das respostas da avaliação dos sintomas de ansiedade, comparados a prática Equoterapica e subsidiados na CID-10.

5.2.1 Apreensão

Em relação à família, a participante Ax relata que, quando fazia suas visitas ao hospital para tratamento, tinha medo de doenças e não deixava o filho e o marido acompanhá-la:

Eu não queria ficar ali esperando por muito tempo; logo me dava um desespero e já começava a passar a mão no pescoço e no peito.

Segundo a CID-10, o paciente com ansiedade generalizada frequentemente expressa o medo de que ele próprio ou um parente adoeça ou sofra um acidente, o que pode aparecer junto com uma variedade de outras preocupações e pressentimentos.

Já a participante Bx relatou que, desde criança, tem medo da morte tanto em relação a si quanto em relação à família, e seus sintomas de ansiedade diante dessa preocupação persistiam até três dias.

Para Graeff e Brandão (1993), fatores ambientais durante a fase do desenvolvimento do sistema nervoso central podem influenciar a um determinado estado de ansiedade em maior ou menor grau da percepção da ameaça que poderá vir a se manifestar, tanto por vivência subjetivas, como preocupação e disforia, como também por alterações somáticas, sobretudo tensão muscular aumentada, e neurovegetativas – sudorese, tremores, taquicardia. A percepção das mudanças somáticas, novamente influenciada por fatores cognitivos, realimenta a percepção de ameaça.

Ax afirma que, após a Equoterapia, não tem preocupações em relação à família e, em relação a si mesma, tem as mesmas preocupações e ainda se preocupa com doença:

Quando eu sinto uma dor de estômago, logo acho que vou ter uma doença. Há muito tempo.

Bx, após as sessões de Equoterapia, relata que, em relação a família, melhorou:

Não sou igual como era, antigamente eu era mais preocupada, e, em relação a mim mesma, não tenho mais medo da morte.

Para Dotti (2005), os animais podem mostrar um outro lado, o de encontrar novas formas de viver melhor ou, pelo menos, de chegar a esse objetivo. Para o autor, através do auxílio dos animais é possível dilapidar emoções que não fazem bem à pessoa. Segundo Freire (1999), dentre os vários benefícios do tratamento equoterápico, está a diminuição de fobias de modo geral.

Em suas atividades diárias ou profissionais, tanto Ax quanto Bx apresentam dificuldade de concentração, e Ax acrescenta que tem “falta de atenção”, e Bx, um pouco de “esquecimento”.

De acordo com a classificação do Manual de Diagnóstico Estatísticos dos Transtornos Mentais, eixo (300.2), a pessoa com TAG apresenta dificuldade em concentrar-se ou sensação de branco na mente; irritabilidade (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 1995).

A ansiedade é a resposta do indivíduo a um imenso vazio de existência e significado. A vigilância cognitiva é evidenciada pela irritabilidade do paciente e facilidade com que se sobressalta (KAPLAN, 2003).

Após as sessões de Equoterapia, Ax relata que tem “esquecimento”, e Bx não apresenta mais as dificuldades citadas na primeira entrevista.

Conforme Buchene e Savini (1996), a Equoterapia proporciona melhora da atenção, concentração, memória, raciocínio lógico, e Garrigue (1999a) acrescenta a melhora do tempo de atenção.

5.2.2 Tensão motora

A participante Ax relatou sentir-se tensa e com dores musculares à noite e, quando vai

se deitar, sente dor nos ombros. Já a participante Bx descreve sentir a sensação de “contração nos dentes (pressão)” e, quando está em crise, sente-se tensa e com dor no pescoço.

Após os atendimentos, Ax relata que não tem mais os sintomas de dor e tensão, e Bx apontou uma melhora, pois só tem apresentado os sintomas que relatou no período da noite.

Segundo Lallery (1988), essa melhora pode estar relacionada aos estímulos físicos proporcionados pela equitação, pois a adaptação ao ritmo lento do passo do cavalo é comparável a um embalo e este permite diminuir o nível de angústia. Garrigue (1999c), ainda aponta que a Equoterapia auxilia na superação da ansiedade, proporcionando maior segurança devido à disciplina adquirida em consequência da montaria, memorização do conhecimento adquirido, relaxamento e descontração.

Conforme a Associação Americana de Psiquiatria (1995), na classificação do Manual de Diagnóstico Estatísticos dos Transtornos Mentais, eixo (300.2), o TAG pode causar perturbação do sono, o que é evidenciado nas respostas das participantes em que Ax sente medo de ficar sozinha, e Bx, às vezes, tem sono interrompido e acorda com fadiga quando dorme muito. Ambas relatam que essas situações ocorrem no período da noite. Após as sessões, Ax e Bx são enfáticas ao dizer que essas sensações não ocorrem mais.

Lermontov (2004) acrescenta que, na Equoterapia, a vitalidade normalmente é aumentada pelo relaxamento que acontece em decorrência da fadiga muscular oriunda da sessão, porém um pequeno intervalo restabelece o físico e os benefícios relacionados à vitalidade se mantêm.

5.2.3 Hiperatividade autonômicas

O TAG é definido como uma preocupação excessiva e abrangente, acompanhada por uma variedade de sintomas somáticos, que causa comprometimento significativo no funcionamento social ou ocupacional ou acentuado sofrimento (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 1995).

Durante as atividades diárias e profissionais, Ax apresenta sudorese e boca seca, e ambas as participantes já apresentaram episódios de taquicardia, e Bx acrescenta que já teve episódios de falta de ar, dor no pescoço e sudorese.

A ansiedade, ao gerar preocupação ou sintomas físicos, causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 1995).

Graeff e Brandão (1993) relatam que, dentre os sintomas de origem somática da ansiedade, estão a dor de cabeça e dor lombar, causadas pelo aumento de tensão muscular, palpitação devida aos movimentos mais vigorosos e rápidos do coração, sudorese emocional, principalmente nas mãos, sensação de bolo na garganta devida à maior tensão nos músculos do pescoço, náusea e vazio no estômago, além da falta de ar e tontura.

Após a intervenção equoterápica, as duas participantes relatam que não apresentam mais os sintomas de hiperatividade autonômicas. Essa melhora corrobora a hipótese de Herzog (1989, p. 2) em que “[...] o domínio do corpo físico, necessário em equitação, conduz a um melhor domínio dos afetos, ligados a imagem do corpo do sujeito”.

A AAA proporciona oportunidade de melhorar a qualidade de vida através de motivação, educação, recreação e/ou benefícios terapêuticos, e pode ser utilizada em áreas relacionadas ao desenvolvimento psicomotor e sensorial, no tratamento de distúrbios físicos, mentais e emocionais, em programas destinados a melhorar a capacidade de socialização ou na recuperação da auto-estima (SAN JOAQUÍN, 2002).

5.3 RELATO DAS SESSÕES

Primeira sessão

Ax veio acompanhada do marido e do filho. Logo em seguida, iniciou o contato com o animal. Junto à terapeuta, a praticante estendeu a mão tocando o cavalo com a ponta dos dedos e depois acariciou-o com a palma das mãos. Ao montar, segurou no cilhão com a mão esquerda e, com a mão direita, continuou a acariciar o cavalo. Durante a montaria, manteve uma boa postura na qual apresentou a coluna ereta e bom equilíbrio. Segundo ela, o momento de aproximação com o cavalo e a apresentação deste fizera com que ela sentisse mais segura ao montar.

Bx tocou a orelha do cavalo e logo teve a iniciativa de montar. Foram utilizadas para montaria manta sobre o animal e cilhão. Durante a sessão, ela manteve a postura ereta e

permaneceu com as duas mãos segurando firme no cilhão. Em seguida, soltou uma das mãos e, somente no final, soltou as duas mãos e permaneceu sobre o cavalo mantendo o equilíbrio do seu próprio corpo.

Chieppa (2002) observa que a aproximação do animal de companhia faz com que a pessoa renove seu contexto de vida, uma antiga ligação desejada essencialmente em nível inconsciente.

Segunda sessão

Ax, ao chegar, percebeu que seu cavalo estava pronto e logo teve iniciativa para montar, somente retirou as mãos do cilhão quando solicitado pela terapeuta. Relatou que, após a sua primeira montaria, sentiu as pernas “doloridas” e, em seguida, conversou a respeito de alguns planos para o futuro (faculdade). Aparentemente percebeu-se que, nessa sessão, a paciente estava mais desinibida e mais confiante durante a montaria.

O cilhão da participante Bx foi retirado antes de sua montaria, e esta, ao montar, sentiu-se insegura e, segundo ela, “com medo”. Em seguida, procurou-se conversar com a praticante durante o trajeto no bosque próximo ao picadeiro, no intuito de descontraí-la. Ela conversou sobre vários assuntos e, no final da sessão de trinta minutos, já estava bem mais confiante em relação ao seu equilíbrio sobre o cavalo (devido a ausência do cilhão). Segundo a praticante, o fato de o cavalo estar com o cilhão lhe deixava mais “segura”.

No século XVIII, teorias sobre a influência positiva dos animais de estimação também começaram a ser aplicadas a doenças mentais. Isso ocorreu na Inglaterra, em um centro chamado York Retreat, que utilizava vários animais domésticos para encorajar seus pacientes a escrever, ler e se vestir. Em 1792, nesse centro, William Tuke utilizou animais de fazenda no tratamento de pessoas doentes (DOTTI, 2005).

Terceira sessão

No início da sessão, ao aguardar seu cavalo, Ax apresentou-se comunicativa. Após montar, não permaneceu com as mãos fixas sobre o cilhão, como nas outras sessões, conversou bastante e aparentemente parecia estar mais descontraída. Alguns minutos antes de terminar a sessão, deitou-se sobre o cavalo em decúbito ventral e dorsal e mostrou-se bastante

segura na realização do exercício. Segundo ela, sentiu falta do atendimento da semana anterior, pois não pôde estar presente já que o marido estava trabalhando e ocupando o carro. A paciente relata ter observado uma melhora no seu “sono”.

Nesse dia, pediu-se à Bx que esperasse alguns minutos, com o que ela concordou e aparentemente aguardou tranqüila. Durante a montaria, relatou que, dois dias anteriores a essa sessão, passou mal no centro da cidade; descreveu que teve dor nos ombros e na cervical e, por alguns instantes, sentiu-se fora de seu corpo.

Durante a montaria, Bx apresentou boa postura, verbalizando tranqüilamente o fato ocorrido (crise). Porém percebeu-se um retrocesso quando esta solicitou a colocação do cilhão no cavalo, pois relatou que ainda estava insegura devido aos sintomas apresentados na última sessão. Afirmou que, não havia passado por nada constrangedor que pudesse ter provocado a crise.

O princípio da Terapia com animais leva em conta a habilidade que o animal tem de suscitar emoções comunicativas no ser humano. Nesta ocorre concreta ligação empática entre a pessoa e o animal. A relação pessoa-animal, não verbal, é isenta de mensagens contraditórias, não apresenta confrontos e não é competitiva, oferecendo uma vivência relaxante e conciliadora. Diferentemente das relações entre seres humanos, que impõem confronto, mesmo quando são familiares e amigáveis, geram algum nível de estresse (CHIEPPA, 2002).

Quarta sessão

Ax apresentou iniciativa para montar e, durante a montaria, realizaram-se exercícios de relaxamento de extensão e elevação dos membros superiores, abdução dos ombros, rotação da cintura escapular e cintura pélvica, extensão e flexão do tronco. Montada em seu cavalo, a praticante repetia os exercícios propostos. Também foram realizadas atividades com cones e bastões.

A atividade dos bastões foi realizada no intuito de incentivar a praticante a retirar as mãos do cilhão, buscar seu próprio equilíbrio e sentir-se mais segura durante a montaria. A atividade ocorreu de forma satisfatória.

Bx também teve iniciativa de montar, porém, logo em seguida, disse estar sentindo

“medo” e, logo após, apresentou sudorese nas mãos. Após dez minutos decorridos desde o início da sessão, verbalizou sentir-se menos tensa e, ao conversar, aparentou mais tranquilidade. No final do atendimento, relatou que os sintomas da última crise estiveram presentes, mesmo estando em casa.

O animal é o agente facilitador para a terapia e pode ser considerado a ponte entre o tratamento proposto e o paciente. E é nessa ponte que se dá o encontro entre os profissionais, colaboradores e pessoas. O animal é o instrumento mais valioso entre o mundo isolado da pessoa e o meio social em que ela vive: é ele que dá ressonância aos sentimentos e abre portas. “É aquela parte de todos nós que ainda não está contaminada por conceitos, imposições, é espontânea e, de algum modo, transforma sentimentos” (DOTTI, 2005).

Quinta sessão

Repetiu-se com Ax o exercício de relaxamento realizado na sessão anterior e, em seguida, a atividade com os bastões. Quanto mais realizava a flexão do tronco, que exige segurança a cavalo, a praticante melhor realizava a atividade. Segundo ela, nessa sessão, sentiu-se mais “segura de si mesma e confiante”.

Nesse dia, Bx montou em um cavalo diferente dos dias anteriores, o qual estava com sela e lhe proporcionou uma maior segurança, facilitando os movimentos de flexão do quadril e extensão dos braços. Aplicou-se a atividade com bastões e cones, objetivando autoconfiança e atenção. Durante essa atividade, a praticante apresentou boa postura, agilidade, e conduziu bem seu cavalo para a realização das propostas. Ao final da sessão, aparentou mais segurança e confiança.

Conforme Klinger (2004), a psicopedagoga Liana Pires Santos disse que a iniciativa de utilizar animais com fins terapêuticos começou com a concepção de que eles poderiam auxiliar no trabalho com crianças e adolescentes. Segundo a autora, sua experiência iniciou-se com os animais de pequeno porte, e suas observações demonstraram que os animais tornavam os trabalhos mais atrativos. Percebeu, então, que estes poderiam auxiliar no tratamento de problemas de linguagem, de percepção corporal e no controle da ansiedade.

Sexta sessão

No início da sessão, Ax realizou alguns exercícios de relaxamento citados anteriormente e, em seguida, dirigiu-se para o bosque próximo ao lago, onde o terreno é irregular, diferentemente do espaço utilizado nas sessões anteriores. Aparentemente estava bem, sem nenhuma alteração em seu comportamento e, durante o percurso, conversou bastante.

Neste dia, Bx chegou aparentemente tranqüila e disposta e, enquanto aguardava a sua vez, pediu para ir até o jardim. Ao retornar, a sessão foi iniciada, ela manteve boa postura, realizou alguns exercícios de alongamento solicitados e, em seguida, a rédea do cavalo foi-lhe oferecida para que o comandasse. Nesse momento, ficou sozinha, tendo apenas um auxiliar guia ao seu lado, manteve-se segura e, ao final da sessão, relatou estar se sentindo muito bem.

Mannucci (2005) aponta a importância de que o animal utilizado em terapia não seja apenas uma prótese “física” – como no caso de cães para cegos – mas se torne um “amigo”, um companheiro de vida. A criação de um vínculo afetivo desenvolve uma dinâmica psicológica positiva, e sabe-se que as emoções também têm base bioquímica e incidem sobre processos cerebrais.

Sétima sessão

Ax não utilizou o cilhão nessa sessão, e o trabalho durante a montaria foi feito somente com a manta sobre o cavalo e, dessa vez, ela mostrou-se bastante segura, manteve boa postura e equilíbrio. Realizou o exercício de relaxamento, conversou durante toda a sessão, apresentando-se bastante desinibida e confiante.

Bx andou no mesmo cavalo da sessão anterior; montada na sela manteve-se tranqüila, apresentou boa postura. Depois de alguns minutos, a equipe trocou seu cavalo, ela aceitou e continuou sua montaria, parecia estar bastante segura em relação à troca dos animais, demonstrando confiança. Nessa sessão, porém, percebeu-se um retrocesso, pois esta relatou que, três dias anteriores à sessão, apresentou alguns sintomas como falta de ar, sudorese, visão escura, taquicardia, medo da morte, dor na garganta, dor na cervical e no pescoço. Segundo Bx:

Achei que eu ia desmaiar e até cheguei a pensar que poderia apresentar alguma seqüela após os sintomas, como paralisar a boca (amortecer/entortar).

Segundo a participante, esses sintomas eram devido ao seu período menstrual e ao fato de estar preocupada com algumas contas pessoais e com a venda de seu veículo.

Os estudos sobre os efeitos da interação pessoa-animal, a partir do ponto de vista fisiológico e saúde cardiovascular humana, apontam que o resultado de diferentes pesquisas demonstrou que a TAA pode ajudar na melhora da saúde física, com três mecanismos básicos que englobam a redução da solidão e da depressão: 1) diminuir a ansiedade; 2) diminuir os efeitos do sistema nervoso simpático; e 3) aumentar o estímulo para prática de exercícios. Por conseguinte, ocorre um impacto positivo no controle das irritações diárias provocadas pelo “stress” e uma melhoria na qualidade de vida e saúde física das pessoas (FRIEDMAN, 1990 apud JULIANO et al., 2001).

Oitava sessão

Antes de montar, Ax mostrou-se mais inibida que nas sessões anteriores (neste dia havia muitos alunos na pista), porém ao montar apresentou boa postura e equilíbrio. Percebeu-se que Ax estava muito calada, diferente das sessões anteriores. Ao ser indagada por que estava calada, ela relatou que:

[...] estou chateada com o X e também com a conduta de minha médica, pois, ela está sempre calada nas consultas e me atende sem diálogo.

Complementou sua fala, afirmando:

[...] eu ia pedir para minha médica que diminuísse meu medicamento só que ela não me deu lado, então não falei nada e, após a consulta, fui brava para a casa e cheguei até pensar em trocar de médica.

Ao final da sessão, demonstrou mais calma e tranquilidade. Durante as sessões Ax se comunicou com a terapeuta relatando vivências cotidianas fato que está relacionado à estimulação da comunicação proporcionada pela equitação citada por Buchene e Savini (1996), como um dos benefícios dessa terapia.

No oitavo atendimento, Bx montou em um cavalo diferente das outras sessões, aceitou a troca e conduziu sozinha o animal ao passo. Ela foi acompanhada a uma certa distância,

solicitando-lhe que fizesse algumas atividades verbalmente. A participante demonstrou confiança sobre o cavalo, mas verbalizou que ainda poderia melhorar mais.

Segundo Gomes (2004), cada manobra executada na sessão de Equoterapia é uma experiência que abarca ação e emoção, ocasionando um comportamento diferente, no qual se observa cada reação igual ou inversa ao que se propõe ao paciente. A importância do aspecto lúdico desse recurso terapêutico faz com que ele seja visto como um momento de satisfação, descontração e realização (BRITO, 2000).

Nona sessão

Ax apresentou iniciativa para montar, boa postura, verbalização normal, relatou estar mais calma. Sozinha conduziu o cavalo, apresentou-se mais segura, ao final da sessão montou, pediu para que seu filho montasse com ela, não aparentando receio de desequilibrar-se com o menino em seu colo.

Na nona sessão, solicitou-se para Bx que montasse o cavalo sem o auxílio da rampa de acesso; para isso ela teria que, do solo, colocar o pé no estribo da sela e se impulsionar para montar. Ela realizou muito bem a proposta e, em seguida, saiu guiando seu cavalo, para que pudesse ser acompanhada sem interferência no ritmo que ela própria impôs à andadura do animal. A profissional acompanhante montou em outro cavalo e realizou o trajeto junto à paciente fora do picadeiro. Procurou-se, nessa sessão explorar o ambiente externo onde o solo é arenoso e apresenta oscilações, o que exige maior equilíbrio e comandos seguros na condução do cavalo durante o trajeto a ser percorrido.

Nessa sessão, pôde-se perceber que Bx demonstrou tranquilidade e confiança, manteve boa postura guiou bem o animal e não se preocupou com a distância que estava do picadeiro. Retornaram, então, e finalizou-se a sessão com mais duas voltas no picadeiro.

Segundo San Joaquín (2002), a AAA proporciona oportunidade de melhorar a qualidade de vida através da motivação, educação, recreação e/ou benefícios terapêuticos e pode ser utilizada em áreas relacionadas ao desenvolvimento psicomotor e sensorial, no tratamento de distúrbios físicos, mentais e emocionais, em programas destinados a melhorar a capacidade de socialização ou na recuperação da auto-estima.

De acordo com Uzun (2005), a fase pré-esportiva da Equoterapia prevê uma maior aplicação das áreas de educação e social. A pessoa possui boas condições para atuar e conduzir o cavalo e pode realizar pequenos exercícios específicos de hipismo. Nessa fase, o cavaleiro exerce grande influência sobre o cavalo, que desempenha um papel de facilitador de inserção/reinserção social.

Décima sessão

Antes de ser iniciada a sessão, Ax ficou acariciando o cavalo, enquanto esperava sua vez. Ao montar, foi-lhe explicado que realizaria uma atividade com bolas na qual ela teria que segurar as bolas arremessadas em sua direção, com o cavalo puxado ao passo. Essa atividade foi realizada no intuito de que Ax adquirisse maior descontração e habilidades físicas sobre o cavalo, com movimentos amplos dos membros superiores, melhorando o equilíbrio, atenção e concentração. Nessa sessão, a praticante apresentou-se bastante descontraída, segura, com bom equilíbrio, e realizou a atividade satisfatoriamente.

Bx montou sozinha, usando apenas o auxílio do estribo da sela e guiou o cavalo no picadeiro e no bosque. Durante o trajeto, conversou a respeito do feriado do dia doze de outubro, falou a respeito da presença dos parentes e familiares que recebeu em casa e relatou estar sentindo-se muito bem nesses dias. Contou também sobre a mudança da medicação receitada por sua médica e que, ao ser indagada por esta a respeito de seu ânimo para as atividades, respondeu que estava dormindo muito e apresentava “falta de ânimo”, além de estar acima do peso. Desde então, está tomando Sertralina e Citalopram 20 mg.

Décima primeira sessão

Iniciado o atendimento de Ax, realizou-se a técnica de relaxamento com a utilização de um bastão de plástico, solicitando que ela repetisse movimentos de extensão e flexão de tronco, rotação da cintura escapular e cintura pélvica, elevação e extensão dos membros superiores. Durante a terapia, a praticante conversou bastante e relatou que viajou no feriado anterior à sessão e, segundo ela, “adorou o passeio”. Nessa oportunidade, havia vários praticantes sendo atendidos, porém, em nenhum momento, ficou perceptível qualquer atitude de inibição de Ax.

Segundo Gavarini (1995), a Equoterapia beneficia a reintegração social, que é estimulada pelo contato do indivíduo com outros pacientes, com a equipe e com o animal, aproximando-o, dessa maneira, cada vez mais, da sociedade na qual convive.

Bx iniciou seus atendimentos três semanas após Ax devido a necessidade de organização de seus horários, portanto a décima primeira sessão foi seu último atendimento. Trocamos de cavalo selado, montou sozinha e fez o percurso fora do picadeiro, acompanhada de um dos profissionais da equipe, também montado. Aparentemente estava bastante segura ao realizar os comandos da rédea sobre o animal. Além do percurso no bosque, conduziu o seu cavalo em diagonal no picadeiro e também entre os tambores colocados ao longo da pista. Realizou as atividades demonstrando autoconfiança, mantendo boa postura e aparentando tranquilidade.

As técnicas de equitação utilizadas na Equoterapia promovem benefícios físicos, psicológicos e educacionais; a movimentação do corpo do cavaleiro favorece o desenvolvimento do tônus e da força muscular, o relaxamento, a conscientização do próprio corpo, o equilíbrio, a coordenação motora, a atenção, a autoconfiança e a auto-estima (WALTER; VENDRAMINI, 2000).

Décima segunda sessão

Nesta sessão, Ax montou no cavalo sozinha, conduzindo-o para o centro da pista. Apresentou bom equilíbrio e manteve o tronco ereto como nos outros atendimentos. Nessa sessão, relatou estar sozinha, pois seu marido estava viajando a serviço, segundo ela:

[...] se fosse em outros tempos, não ficaria sozinha com meu filho.

Ax acredita estar “superando” a distância do marido e “controlando a situação”, apesar de estar um pouco estressada com seu filho, pois este fica o tempo todo com ela. Esse estresse, segundo seu relato, está fazendo com que ela “fique com gula ao comer”.

Décima terceira sessão

Na penúltima sessão, Ax montou sozinha, guiou o cavalo durante todo o percurso externo, permaneceu junto com o profissional acompanhante distante do picadeiro onde ocorreram as sessões anteriores. Conversou bastante, falou a respeito do esposo que ainda

estava viajando e comentou que no feriado também iria viajar. Nessa sessão, a praticante montou sozinha. A equipe percebeu que Ax está mais segura em suas decisões, já que ela mesma afirmou:

[...] vou viajar e aproveitar que o X está viajando.

Décima quarta sessão

No último dia de atendimento, Ax montou sozinha, conduziu seu cavalo e apresentou boa postura. Durante a montaria, relatou que, na semana anterior, apresentou “tremor na mão”. Esse fato pode ter sido decorrente da mudança em sua medicação. Segundo ela, houve um pequeno conflito entre ela e o marido, pois ela gostaria muito de prestar o vestibular para ingressar na faculdade no próximo ano, mas ele não a apoiou, pois ele está terminando a dele e também devido a questões financeiras, segundo ela:

[...] eu estava empolgada e o X me jogou um balde de água fria. [...] se fosse em outros tempos eu me desesperaria mas agora eu já me autocontrole.

Para Garrigue (1999a), dentre os efeitos terapêuticos da Equoterapia estão o autocontrole e a autoconfiança, evidenciados na fala da participante.

5.4 RELATO DO PSIQUIATRA PÓS INTERVENÇÃO

Consultada para manifestar suas considerações sobre as pacientes, a psiquiatra assim se manifestou:

[...] apresentou grande melhora com as sessões de Equoterapia. Atualmente, em processo de retirada dos medicamentos. (participante Ax)

[...] apresentou melhora parcial depois da Equoterapia, mas persiste com tendência ao isolamento social e afetivo. (participante Bx)

O relato da psiquiatra vem ao encontro dos dados de melhora dos sintomas de ansiedade colhidos através do REASA, que enfoca a percepção das participantes e as observações da Ficha Diária do PROEQUO-UCDB, feitas pela autora deste estudo.

Segundo Medeiros e Dias (2002), a Equoterapia se desenvolve em etapas que estão interligadas tanto à estrutura da sessão quanto ao tempo de tratamento. A partir da avaliação das capacidades do paciente, deve-se traçar um plano terapêutico individualizado, o qual precisa ser constantemente reavaliado. Para Heine (1997 apud MEDEIROS; DIAS, 2002), os objetivos da Equoterapia, a longo prazo, devem ser funcionais e relevantes à situação da família/escola/trabalho de cada paciente e, quando na reavaliação, se os profissionais identificarem que o paciente atingiu os objetivos a longo prazo e, na opinião da equipe, não houver mais nenhum objetivo mais longo a ser alcançado, o paciente deve receber alta do tratamento.

6 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho constatou que a Equoterapia é um recurso terapêutico inovador e complementar no tratamento da ansiedade. No decorrer das sessões, percebeu-se que as participantes com TAG podem e devem realizar atendimentos práticos com o auxílio de atividades terapêuticas, favorecendo a dinâmica e a praticidade das sessões, objetivando uma melhor qualidade de vida em relação aos sintomas da ansiedade. Esses sintomas devem ser respeitados e interpretados pelo terapeuta e o praticante de forma clara. Caso apareçam no decorrer da sessão, deve-se identificar a intensidade desses sintomas para dar continuidade ao atendimento.

Para a autora deste trabalho, o fato de montar e vislumbrar o espaço do alto de um cavalo é encorajador e incentivador, ou seja, o cavalo aceita a decisão do cavaleiro que sente-se seguro e confiante. Essas sensações prazerosas conduzem à diminuição de temores e criam um canal de comunicação.

A pesquisa também mostrou que as participantes perceberam a Equoterapia como um recurso valioso e prazeroso, as frequências constantes nos atendimentos e as ausências das praticantes eram justificadas.

Outros aspectos enfocados foram a apresentação, a aproximação e o contato com o cavalo na primeira sessão, o que favorece a confiança do conjunto (praticante, cavalo e equipe). No decorrer das sessões é de suma importância a observação direta e o diálogo com o praticante com assuntos positivos e sadios, valorizando a idade e o conhecimento deste.

A partir da interação e do conhecimento entre o conjunto (pessoa/cavalo) dá-se início à independência do cavaleiro, e a aplicação das atividades terapêuticas durante a sessão facilitam o alcance dos objetivos do tratamento.

Constatou-se que a Equoterapia influenciou de forma positiva as participantes deste estudo, aumentando a autoconfiança, segurança e diminuindo os sintomas do quadro ansioso. Sugere também que, em longo prazo, é possível também a diminuição dos medicamentos que controlam a sintomatologia da ansiedade.

Portanto, apesar de não visar à generalização, este estudo de caso mostra que a Equoterapia é um recurso terapêutico válido para o tratamento da ansiedade generalizada e ainda sugere que, utilizado de forma intensiva, poderá proporcionar aos praticantes benefícios além do que se pôde constatar.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, H. S. G. de; VIANA, C. M.; SILVEIRA, C. M. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 33, n. 2, p. 43-54, 2006. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol33/n2/pdf/43.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2006.

ANDRADE, L. H.; GORENSTEIN, C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. In: GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L.; VUARDI, A. W. (Orgs.). *Escala de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos, 2000. p. 139-144.

_____. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 25, n. 6, 1998. Edição especial. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/>>. Acesso em: 14 jul. 2006.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM IV*. Tradução de Dayse Batista. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EQUOTERAPIA. A história da reeducação equestre. In: _____. *1º Seminário multidisciplinar sobre equoterapia*. Brasília, 1992. módulo 1, p. 1-8. Apostila.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TERAPIA ANIMAL ASSISTIDA. Orígenes de la terapia asistida por animales. *Conciencia-Animal*, 2006. Disponível em: <<http://www.conciencia-animal.cl/paginas/temas/temas.php?d=121>>. Acesso em: 08 nov. 2006.

ÁVILA, V. F. D. *Sugestão de roteiro comentado para projeto de pesquisa*. Campo Grande-MS: [s.n.], 1996. (mimeo).

AZAMBUJA, P. O cavalo. In: ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EQUOTERAPIA. *Curso básico de equoterapia*. Brasília, 1985. cap. 4, p. 1-13.

BALLONE, G. J. Ansiedade. *PsiquWeb*, 2005. Disponível em: <<http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=181&sec=96>>. Acesso em: 23 jun. 2006.

_____. Tratamento medicamentoso da ansiedade. *PsiquWeb*, 2003. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/trats/ansitrat.html>>. Acesso em: 30 nov. 2006.

BALLONE, G. J.; CHAVES, P. H. A. P. *Sinopse de psiquiatria: diagnóstico & tratamento*. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1992.

BALLONE, G. J.; ORTOLANI, I. V. Psicofarmacologia para não psiquiatras: ansiolíticos. *PsiquWeb*, 2003. Disponível em: <<http://gballone.sites.uol.com.br/cursos/farmaco2.html>>. Acesso em: 23 jun. 2006.

BARKER, S. B. Therapeutic aspects of the human companion animal interaction. *Psychiatric Times*, v. 16, n. 2, 1999. Disponível em: <<http://www.psychiatrictimes.com/p990243.html>>. Acesso em: 01 fev. 2006.

_____. Pet owners no longer grieve alone. *American Counselor*, v. 2, n. 4, p. 26-31, 1993.

BATISTA, A. *Tudo sobre cavalos*. Disponível em: <http://www.tudosobrecavalos.com/tipos_de_andamentos.php>. Acesso em: 06 dez. 2006.

BECKER, M. *O poder curativo dos bichos*. São Paulo: Bertrand Brasil, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 out. 1996. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>>. Acesso em: 08 set. 2006.

BRITO, M. C. G. *Minha caminhada II - Equoterapia: cavalgar é preciso*. Salvador: Oiti, 2000.

BROWNE, P. Com ajuda de um cavalo. In: ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EQUOTERAPIA. *Coletânea 96*. Brasília, 1996. p. 3-6.

BUCHENE, A. C.; SAVINI, J. R. *Efeito da Equoterapia no controle de tronco em crianças com Paralisia Cerebral*. 1996. Monografia (Graduação em Fisioterapia) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 1996.

BUSSOTTI, E. A. et al. Assistência individualizada: “Posso trazer meu cachorro”. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 39, n. 2, p. 195-201, 2005. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/26.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2006.

CAMARGO, D. A. Transtornos ansiosos. In: SOUZA, J. C.; GUIMARÃES, L. A. M.; BALLONE, G. (Orgs.). *Psicopatologia e psiquiatria básicas*. São Paulo: Vector, 2004. cap. 9, p. 137-148.

CARMAK, B. J.; FILA, D. Animal-assisted therapy: a nursing intervention. *Nurs Manage*, v. 20, n. 5, p. 96-101, 1989.

CASTILLO, A. R. G. L. et al. Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 22, p. 20-23, 2000. Suplemento 2. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/26.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2006.

CHIEPPA, F. A relação homem – animal. *UCCELLI*, p. 40-42, nov.-dez., 2002. Disponível em: <<http://www.ao.com.br/pet.htm>>. Acesso em: 01 dez. 2006.

CIRILLO, L. de C. Equoterapia, hipoterapia e equitação terapêutica. *Equoterapia*, Brasília-DF: Associação Nacional de Equoterapia, v. 1, n. 1, p. 7-10, set. 1998.

_____. Reeducação pela equitação, reabilitação pela equitação e hipoterapia ou equoterapia. In: ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EQUOTERAPIA. *1º Seminário multidisciplinar sobre equoterapia*. Brasília, 1992. módulo 2, p. 1-9. Apostila.

_____. Fundamentos doutrinários da equoterapia no Brasil. In: ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EQUOTERAPIA. *Curso básico de equoterapia*. Brasília-DF, 1985. cap. 2, p. 3-13.

CITTÉRIO, D. N. A hipoterapia na recuperação da pessoa portadora de deficiência e as atividades pré-esportivas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EQUOTERAPIA, 1., 1999, Brasília, DF. *Anais...* Brasília: ANDE-Brasil, 1999. p. 33-34.

CITTÉRIO, D. N. A história da terapia através do cavalo no Brasil e no Mundo. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EQUOTERAPIA, 1., 1991. Brasília, DF. *Anais...* Brasília: ANDE-Brasil, 1991.

_____. História da equoterapia no mundo. In: ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EQUOTERAPIA. *Curso básico de equoterapia*. Brasília, 1985. cap. 1, p. 1-8.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. *Resolução COFFITO n. 010 de 22 de setembro de 1978*. Aprova o Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Disponível em: <<http://www.coffito.org.br/legislacao1.asp?id=10>>. Acesso em: 08 mar. 2006.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Resolução CFP n. 016 de 20 de dezembro de 2000*. Dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/etica/docs/artigos/Cfp16-00.pdf>>. Acesso em: 08 mar. 2006.

COZZANI, M. et al. Ansiedade: interferências no contexto esportivo. In: MACHADO, A. A. (Org.). *Psicologia do esporte: temas emergentes*. Jundiaí: Fontoura, 1997. p. 109-121.

CUDO, C. A importância da motivação para a vida e como meio facilitador para resgatar a auto-estima. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EQUOTERAPIA, 2., 2002, Jaguariúna. *Anais...* Brasília: ANDE-Brasil, 2002. p. 11-15.

De PAUW, K. Therapeutic horseback riding in Europe and America. In: ANDERSON, B. K.; HART, B. L.; HART, A. L. (Eds.). *The pet connection: Its influence on our health and daily life*. Minneapolis: Center to Study Human-Animal Relationships and Environments, 1984. p. 141-153.

DOTTI, J. *Terapia e animais*. São Paulo: Noética, 2005.

FARACO, C. B.; SEMINOTTI, N. A relação homem-animal e a prática veterinária. *Revista CFMV*, v. 32, n. 2, p. 57-62, 2004.

FREUD, S. Sigmund Freud e a Psicanálise. In: FADIMAN, J.; FRAGER, R. *Teorias da personalidade*. São Paulo: Harbra, 1986. p. 2-40.

FAZENDA, I. C. A. *Interdisciplinariedade um projeto em parceria*. São Paulo: Loyola, 1991.

FERREIRA, A. B. de H. *Novo dicionário Aurélio XXI: o dicionário da língua portuguesa*. 3. ed. totalmente revisada e ampliada. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FREIRE, H. B. G. *Pôneis como facilitadores na equoterapia*. Equitar, 2006. Disponível em: <http://www.equitar-br.com.br/artigos_ver.php?art_id=9>. Acesso em: 08 nov. 2006.

_____. *Equoterapia: teoria e técnica – uma experiência com crianças autista*. São Paulo: Vetor, 1999.

FREIRE, H. B. G.; HOPKA, M. G.; SOARES J. R. A equipe interdisciplinar do programa de Equoterapia da Universidade Católica Dom Bosco – PROEQUO-UCDB. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EQUOTERAPIA, 2., 2002, Jaguariúna. *Anais...* Brasília: ANDE-Brasil, 2002. p. 147-150.

GARRIGUE, R. A prática da equoterapia. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EQUOTERAPIA, 1., 1999, Brasília, DF. *Anais...* Brasília: ANDE-Brasil, 1999a. p. 19-24.

_____. Fundamentos básicos sobre equoterapia. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EQUOTERAPIA, 1., 1999, Brasília, DF. *Anais...* Brasília: ANDE-Brasil, 1999b. p. 13-18.

_____. Projeto terapêutico individualizado e sua avaliação. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EQUOTERAPIA, 1., 1999, Brasília, DF. *Anais...* Brasília: ANDE-Brasil, 1999c. p. 25-30.

GAVARINI, G. Aspectos teóricos da reabilitação eqüestre. In: MOURA, W. (Coord.). *Coletânea de artigos traduzidos pela equipe de Princípio Programa de equoterapia do Pará*. Pará: ANDE-Brasil, 1997.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

GOMES, E. L. V.. Adaptação de um instrumento para intervenção psicopedagógica na equoterapia. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO DE EQUOTERAPIA, 1.; CONGRESSO BRASILEIRO DE EQUOTERAPIA, 3., 2004, Salvador. *Anais...* Brasília: ANDE-Brasil, 2004. p. 87-94.

GRAEFF, F. G.; BRANDÃO, M. L. *Neurobiologia das doenças mentais*. 2. ed. São Paulo: Lemos, 1993.

HERZOG, L. A equitação psicoterápica. In: ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EQUOTERAPIA. *1º Seminário multidisciplinar sobre equoterapia*. Brasília, 1992. módulo 10, p. 1-8. Apostila.

_____. A equitação psicoterápica. Tradução de Luiza Guimarães Queiroz. *Cheval-Connexion*, Brasília: ANDE-Brasil, p. 15-20, out. 1989.

HOLLANDER, E.; LIEBOWITZ, R. M.; GORMAN, M. J. Transtornos de ansiedade. In: TALBOTT, J.; HALLES, R.; YUDOFKY, S. (Eds.). *Tratado de psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 329-364.

HONTAG, M. *A psicologia do cavalo: inteligência e aptidões*. Rio de Janeiro: Globo, 1988.

HORNE, A. R.; CIRILLO, L. C. Histórico da Equoterapia no mundo. In: ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EQUOTERAPIA. *Curso básico de equoterapia*. Brasília, 2005. p. 2-6. 1 CD-ROM.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. de S.; FRANCO, F. M. de M. (Orgs.). *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Editora Objetiva, 2001.

JORGE, M. T.; RIBEIRO, L. A. *Fundamentos para o conhecimento científico* (áreas de saúde). São Paulo: CLR Balieiro Editores, 1999.

JULIANO, R. S. et al. Terapia Assistida por Animais (TAA): uma prática multidisciplinar para o benefício da saúde humana. *Informativo Técnico*, 2006. Disponível em: <<http://www.vet.ufg.br/Bioetica/Arquivos%20PDF/Terapia%20assistida%20por%20animais.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2006.

KAPLAN, H. I. Transtorno de ansiedade. In: KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREEB, J. A. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 545-553.

KAWAKAMI, C. H. et al. Relato de experiência: terapia assistida por animais (TAA) – mais um recurso na comunicação entre paciente e enfermeiro. *Nursing* (edição brasileira), v. 6, n. 61, p. 25-29, 2003.

KINRYS, G.; WYGANT, L. E. Transtorno de ansiedade em mulheres: gênero influencia o tratamento? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 27, p. S43-50, 2005. Suplemento 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v27s2/pt_a03v27s2.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2006.

KLINGER, K. Pesquisas mostram benefícios do convívio com animais. *FolhaOnLine*, 2004. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/equilibrio/noticias/ult263u3714.shtml>>. Acesso em: 22 ago. 2006.

LALLERY, H. A equitação terapêutica. *Cheval Connexion*, Brasília: ANDE-Brasil, 1988. Edição Especial.

LERMONTOV, T. *Psicomotricidade na equoterapia*. Aparecida, SP: Idéias e Letras, 2004.

LEVINE, M. A. Investigating the origins of horse domestication. *Equine Veterinary Journal*, v. 28, p. 6-14, 1999.

LIMA, A. C.; MOTTI, G. S. *Terapia ocupacional e equoterapia no tratamento de indivíduos ansiosos*. 2000. 77 f. Monografia (Graduação em Terapia Ocupacional) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande-MS, 2000.

LINDGREN, H. C. *Ansiedade: a doença do século*. Porto Alegre: Globo, 1965.

LUBERSAC, R.; LALLERI, H. Relacionamento entre o praticante de equoterapia, a equipe e o cavalo. In: ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EQUOTERAPIA. *Coletânea 96*. Brasília, 1996. p. 74-80.

MANHÃES, R. B. *A engenharia de reabilitação e as características psicossociais de pessoas com lesões medular submetidos a um programa de estimulação elétrica neuromuscular*. 2004. 248f. Dissertação (Mestrado em Bioengenharia) – Escola de Engenharia de São Carlos, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, São Carlos, 2004.

MANNUCCI, A. Fazendo amigos. *Mente&Cérebro*, n. 152, 2005. Disponível em: <http://www2.uol.com.br/vivermente/conteudo/materia/materia_32.html>. Acesso em: 02 dez. 2006.

MARTINEZ, Â. B. *Investigação da prevalência de ansiedade-traço-estado em professores do ensino fundamental e médio da rede estadual de Campo Grande-MS*. 2003. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2003.

MEDEIROS, M.; DIAS, E. *Equoterapia: bases & fundamentos*. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

MELLO, L. C. Centenário de uma luz, felina luz. *Pulo do Gato*, v. 26, p. 22-23, 2005.

MICHAELIS: moderno dicionário da língua portuguesa. São Paulo: Melhoramentos, 1998.

MILLER, J., INGRAM, L. Perioperative nursing and animal assisted therapy. *AORN*, v. 72, n. 3, p. 477-483, 2000.

MILLS, D.; NANKERVIS, K. *Comportamento equino: princípio e prática*. Tradução de Woshington Fogli da Silveira. São Paulo: Roca, 2005.

MÜHLHAUSEN, R.; NICKEL, C. *TTEAM as an intervencion in the therapy*. Alemanha, 2002. Disponível em: <http://www.lindatellington-jones.com/AboutTTEAM/dementia_alcohol.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2005.

NEVES, A. P. de M.; MALTA, S. C. L. Aspectos pragmáticos do perfil comunicativo de portadores de necessidades especiais submetidos à equoterapia. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EQUOTERAPIA, 2., 2002, Jaguariúna. *Anais...* Brasília: ANDE-Brasil, 2002. p. 57-67.

NUNES FILHO, E. P.; BUENO, J. R.; NARDI, A. E. Transtorno de ansiedade. In: NUNES FILHO, E. P. *Psiquiatria e saúde mental: conceitos clínicos e terapêuticos fundamentais*. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 131-136.

OLIVA, V. N. L. S. A terapia assistida por animais: o papel do médico veterinário. *Boletim Informativo*, n. 35, 2004. Disponível em: <<http://www.anclivepa-sp.org.br/rev-35-01.htm>>. Acesso em: 01 dez. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - (OMS). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PACCHIELE, C. V. B. Equoterapia para reabilitação em pacientes portadores de AVC (Acidente Vascular Cerebral). In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EQUOTERAPIA, 1., 1999, Brasília, DF. *Anais...* Brasília: ANDE-Brasil, 1999. p. 79-81.

PAIM, I. *Curso de psicopatologia*. 11. ed. rev. e ampl. São Paulo: EPU, 1993.

PESSOTTI, I. *Ansiedade*. São Paulo: EPU, 1978.

RATTO, E. R. O cavalo a serviço da educação. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EQUOTERAPIA, 1., 1999, Brasília, DF. *Anais...* Brasília: ANDE-Brasil, 1999. p. 227-227.

RIBEIRO, A. S. Reflexões sobre uma experiência psicoterapêutica de base psicanalítica na equoterapia. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EQUOTERAPIA, 2., 2002, Jaguariúna. *Anais...* Brasília: ANDE-Brasil, 2002. p. 75-88.

SÁ Jr., L. S. de M. *Fundamentos de psicopatologia: bases do exame psíquico*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988.

SAN JOAQUÍN, M. P. Z. Terapia asistida por animales de compañía: bienestar para el ser humano. *Temas de Hoy*, p. 143-149, 2002. Disponível em: <<http://www.medynet.com/elmedico/publicaciones/ctrosalud2002/3/143-149.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2006.

SILVA, C. H. *Equoterapia para cegos: teoria e técnica de atendimento*. Campo Grande: UCDB, 2004.

SIMS, A.; SNAITH, P. Ansiedade, pânico, irritabilidade, fobia e obsessão. In: SIMS, A. *Sintomas da mente: introdução à psicopatologia descritiva*. Tradução de Dayse Batista e Marcos Guirado. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 269-280.

SPIELBERGER, C. *Tensão e ansiedade*. São Paulo: Harper & Row do Brasil, 1981.

TRANCOZO, K. G. et al. Equoterapia e princípios da integração sensorial. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EQUOTERAPIA, 2., 2002, Jaguariúna. *Anais...* Brasília: ANDE-Brasil, 2002. p. 45-55.

TURNER, D. C. *Animais são a cura do século XXI*. Arca Brasil, 2006. Disponível em: <http://www.arcabrasil.org.br/animais/interacao/turner_entrevista.htm>. Acesso em: 30 set. 2006.

UZUN, A. L. L. *Equoterapia: aplicação em distúrbios do equilíbrio*. São Paulo: Vetor, 2005.

WALTER, G. B.; VENDRAMINI, O. M. *Equoterapia: terapia com o uso do cavalo*. Minas Gerais: CPT/CEE-UFV, 2000. Manual.

WICKERT, H. O cavalo como instrumento cinesioterapêutico. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EQUOTERAPIA, 1., 1999, Brasília, DF. *Anais...* Brasília: ANDE-Brasil, 1999. p. 101-105.

APÊNDICE A – Roteiro para Entrevista de Avaliação dos Sintomas de Ansiedade (REASA)

Roteiro para Entrevista de Avaliação dos Sintomas de Ansiedade Generalizada (F41.1), baseado nas Diretrizes Diagnósticas da CID-10.

- A)** Apreensão => 3 (questões 1, 2 e 5).
B) Tensão Motora => 2 (questões 3 e 6).
C) Hiperatividade Autonômica => 1 (questão 4).

- A:1. Apresenta alguma preocupação ou medo com doenças, acidentes ou pressentimentos ruins, em relação à sua família? Quando e há quanto tempo?
- A:2. Essas mesmas sensações você sente em relação a si mesmo (a)? Quando e há quanto tempo?
- B:3. Sente-se tenso(a) ou com dores musculares, rígido(a), ou percebe alguma contração involuntária durante algum período do dia? Qual e por quanto tempo?
- C:4. Durante sua atividade do dia-a-dia e/ou profissional, apresenta desconforto epigástrico, sudorese, taquicardia, taquipnéia ou boca seca?
- A:5. Em suas atividades diárias ou profissional, apresenta dificuldade de concentração, esquecimento ou se sente “no limite”?
- B:6. Ao anoitecer sente medo do escuro, de ficar sozinho? Tem dificuldade de adormecer: sono interrompido, sono insatisfatório, agitação motora, pesadelos? Acorda com fadiga? Há quanto tempo vem percebendo essas sensações?

Data:/...../.....

.....
 Pesquisadora

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A presente pesquisa trata-se de um estudo de caso, com avaliações pré e pós-intervenção, que tem como objetivo avaliar as possibilidades da Equoterapia como recurso terapêutico para pessoas diagnosticados com transtorno de ansiedade generalizada segundo a classificação da CID-10.

A pesquisa consiste em duas etapas aplicação da pré-avaliação do Roteiro para Entrevista de Avaliação dos Sintomas de Ansiedade (REASA), atendimentos através do recurso Equoterápico e aplicação da pós-avaliação do Roteiro e, por fim, comparação os resultados obtidos.

O tempo de participação é de cinco meses perfazendo o tempo de 30 minutos semanal.

O participante da pesquisa terá sua identidade preservada e o direito de desistir de participar dela, em qualquer tempo ou circunstância.

Consentimento:

Eu

RG:

Endereço:

Cidade: UF

Telefone:

Recado:

.....

Proponho-me a participar desta pesquisa e responder com fidedignidade aos questionários, consentindo que os resultados obtidos possam ser utilizados cientificamente, assim como a divulgação e publicação destes.

Campo Grande-MS, de de

.....
Assinatura

.....
UCDB-MS (Comitê de Ética em Pesquisa)

.....
Glauce Sandim Motti (pesquisadora)

APÊNDICE C – Resultados das Anamneses

ANAMNESE⁴

Data: 09/06/2005

Local: residência da participante

1. Dados de identificaçãoNome: **Ax**Diagnóstico: *Diagnóstico Transtorno de Ansiedade Generalizada*Idade: *27 anos*Sexo: *feminino*Religião: *Católica*Data de nascimento: *10/04/1978*

Naturalidade: Nacionalidade:

Tipo sanguíneo: Estado civil:

Filiação:

Pai: Fone:

Mãe: Fone:

Escolaridade: *terceiro grau incompleto* Profissão: *do lar*
(*administração*)

RG: CPF:

Endereço:

Bairro: CEP:

Cidade: Estado:

Fone:

Nome do cônjuge:

Profissão:

Pessoa a ser notificada em caso de acidente:

Fone:

2. AntecedentesDoenças familiares: *tiróide, câncer e gastrite nervosa.*Sociabilidade: *boa.*Assiste à TV, quanto tempo: *sim, novelas à tarde.*Doença que teve: *pneumonia e bronquite, aos dois meses de vida.*⁴ Anamnese elaborada pela pesquisadora, baseada na graduação do curso de Terapia Ocupacional em 1999.

Tem vícios: [X] não [] sim

[] drogas [] álcool [] tabagismo [] outros.....

Tiques (manias): *tenho mania de arrumar a capa do sofá.*

Faz uso de medicamentos? Quais? Sim, *Clorimipamina 20 mg e Paroxetina 8 mg.*

Alergias: não

3. História atual

Médico responsável:

Fone:

Queixa principal: *síndrome do pânico, hoje amenizada.*

Quando começou a perceber os sintomas de ansiedade e por quê (motivo)? *Quando meu tio e outros parentes vieram a falecer;*

Esses sintomas interferem na sua vida profissional, pessoal e social? *Sim, em tudo; não quero fazer as tarefas cotidianas, passear e nem relacionar com outras pessoas.*

4. Rotina de vida diária

Realiza alguma atividade (passeio, esporte)? *Não.*

O que mais gosta de fazer? *Viajar.*

Como é o relacionamento com a família? *Bom.*

Sono:

A que horas dorme? *Entre as dezenove e trinta e vinte horas.*

A que horas acorda? *As seis horas da manhã.*

Como é alimentação? *Café da manhã, almoço e lanche; já foi melhor, agora tenho que dar muita atenção ao meu filho.*

Como se sente em relação à ansiedade em suas seqüências na sua vida? *Quando a ansiedade aparece estou mais preparada; tem vez que não me preocupo quando os sintomas aparece e tem vez que preocupo e choro.*

Data: 09/06/2005.

Glauce

.....
Pesquisadora

ANAMNESE⁵

Data: 25/07/2005

Local: PROEQUO-UCDB

1. Dados de identificaçãoNome: **Bx**Diagnóstico: *Diagnóstico Transtorno de Ansiedade Generalizada*Idade: *40 anos*Sexo: *feminino*Religião: *Católica (porém, já passei por outras).*Data de nascimento: *31/01/1965*

Naturalidade: Nacionalidade:

Tipo sanguíneo: Estado civil:

Filiação:

Pai: Fone:

Mãe: Fone:

Escolaridade: *superior completo*Profissão: *funcionária pública*

RG: CPF:

Endereço:

Bairro: CEP:

Cidade: Estado:

Fone:

Nome do cônjuge:

Profissão:

Pessoa a ser notificada em caso de acidente:

Fone:

2. AntecedentesDoenças familiares: *diabete, pressão alta e câncer.*Sociabilidade: *sou de poucos amigos e não gosto de ambiente cheio.*Assiste àTV, quanto tempo: *muito, porque não saio de casa.*

Doença que teve:

Tem vícios: ☒ não ☐ sim☐ drogas ☐ álcool ☐ tabagismo ☐ outros.....Tiques (manias): *tenho de tirar os aparelhos das tomadas e de fechar a porta do banheiro.*⁵ Anamnese elaborada pela pesquisadora, baseada na graduação do curso de Terapia Ocupacional em 1999

Faz uso de medicamentos? Quais? *Sim, Centralina 75 mg uma vez ao dia e Rivotril meio comprimido dependendo da tensão pré menstrual.*

Alergias: não

3. História atual

Médico responsável:

Fone:

Queixa principal: *eu estava acima do peso, devido a medicação da médica anterior, então procurei a D^a Cristina para fazer a mudança da medicação e também porque eu queria fazer terapia.*

Quando começou a perceber os sintomas de ansiedade e por quê (motivo)? *Dentro da Igreja Evangélica, tive uma sensação de desmaio, fui levada para o hospital, realizei exames e não foi diagnosticado nada.*

Esses sintomas interferem na sua vida profissional, pessoal e social? *Sim, interfere em tudo na minha vida.*

4. Rotina de vida diária

Realiza alguma atividade (passeio, esporte)? *Somente ao shopping, para pagar contas.*

O que mais gosta de fazer? *Gosto de viajar.*

Como é o relacionamento com a família? *Dentro do limite.*

Sono:

A que horas dorme? *Às vinte e duas horas.*

A que horas acorda? *Às seis e trinta.*

Como é alimentação? *Boa, só não como muitas frutas.*

Como se sente em relação à ansiedade em suas seqüências na sua vida? *Insegura, não sei quando ela vem.*

Data: 25/07/2005.

Glauce

.....

Pesquisadora

APÊNDICE D – Resultados do REASA

Ficha do Roteiro para Entrevista de Avaliação dos Sintomas de Ansiedade
--

Roteiro para Entrevista de Avaliação dos Sintomas de Ansiedade Generalizada (F41.1), baseado nas Diretrizes Diagnósticas da CID-10.

- A) Apreensão => 3 (questões 1, 2 e 5).
 B) Tensão Motora => 2 (questões 3 e 6).
 C) Hiperatividade Autonômica => 1 (questão 4).

Paciente: Ax

A. Apreensão

A:1. *Apresenta alguma preocupação ou medo com doenças, acidentes ou pressentimentos ruins, em relação à sua família? Quando e há quanto tempo?*

Ax. Pré. Sim, com doença.

Quando eu ia na Psicóloga no Hospital Geral, eu não sentava, não conversava com ninguém e também não deixava o Fabio subir até a sala e muito menos meu filho. Eu não queria ficar ali esperando por muito tempo, logo me dava um desespero e já começava a passar a mão no pescoço e no peito. Há três anos mais o menos.

Pós. Não.

A:2. *Essas mesmas sensações você sente em relação a si mesmo (a)? Quando e há quanto tempo?*

Ax. Pré. Sim. Desde que eu comecei a freqüentar os médicos. Há muito tempo.

Pós. Sim, de doença. Quando eu sinto uma dor de estômago logo acho que vou ter uma doença. Há muito tempo.

A:5. *Em suas atividades diárias ou profissional apresenta dificuldade de concentração, esquecimento ou se sente “no limite”?*

Ax. Pré. Sim. Quando eu vou estudar ou ler alguma coisa tenho falta de atenção e concentração. Quando eu fico nervosa sinto no limite, atacada e não sei da onde vem o nervoso, começo a chorar e gritar.

Pós. Esquecimento.

B. Tensão Motora

B:3. *Sente-se tenso(a) ou com dores musculares, rígido(a), ou percebe alguma contração involuntária durante algum período do dia? Qual e por quanto tempo?*

Ax. Pré. Só à noite, quando deito dói os ombros. Há dois meses.

Pós. Não.

B:6. *Ao anoitecer sente medo do escuro, de ficar sozinho? Tem dificuldade de adormecer: sono interrompido, sono insatisfatório, agitação motora, pesadelos? Acorda com fadiga? Há quanto tempo vem percebendo essas sensações?*

Ax. Pré. Sim, tenho medo de ficar sozinha, então durmo mais cedo porque durante o dia eu fico só e a noite o Fabio chega tarde da faculdade, então eu acabo dormindo.

Não tenho dificuldade para dormir. Fadiga só quando eu durmo muito e acordo tarde.

Pós. Não. Não. Não.

C. Hiperatividade Autonômicas

C:4. *Durante sua atividade do dia-a-dia e/ou profissional apresenta desconforto epigástrico, sudorese, taquicardia, taquipnéia ou boca seca?*

Ax. Pré. Sim, sudorese e boca seca. Taquicardia já tive, seis meses atrás.

Pós. Não.

Data:/...../.....

.....
Pesquisadora

Ficha do Roteiro para Entrevista de Avaliação dos Sintomas de Ansiedade
--

Roteiro para a Entrevista de Avaliação dos Sintomas de Ansiedade Generalizada (F41.1), baseado nas Diretrizes Diagnósticas da CID-10.

- A) Apreensão => 3 (questões 1, 2 e 5).
 B) Tensão Motora => 2 (questões 3 e 6).
 C) Hiperatividade Autonômica => 1 (questão 4).

Paciente: **Bx**

A. Apreensão

A:1. *Apresenta alguma preocupação ou medo com doenças, acidentes ou pressentimentos ruins, em relação à sua família? Quando e há quanto tempo?*

Bx. Pré. Sim, preocupação com morte na família. De repente, alguns dias, dois ou três dias. Desde criança.

Pós. Melhorou não sou igual como era, antigamente eu era mais preocupada.

A:2. *Essas mesmas sensações você sente em relação a si mesmo (a)? Quando e há quanto tempo?*

Bx. Pré. Não, não penso porém tenho medo da morte.

Pós. Não.

A:5. *Em suas atividades diárias ou profissional apresenta dificuldade de concentração, esquecimento ou se sente “no limite”?*

Bx. Pré. Concentração, esquecimento pouco.

Pós. Não.

B. Tensão Motora

B:3. *Sente-se tenso(a) ou com dores musculares, rígido(a), ou percebe alguma contração involuntária durante algum período do dia? Qual e por quanto tempo?*

Bx. Pré. Contração nos dentes (pressão), quando estou em crise dói o pescoço e sinto uma tensão muscular. Desde 2001.

Pós. Não, somente à noite. Antes tinha tensão no pescoço, há quatro meses atrás. Tensão nos dentes durante quinze dias.

B:6. *Ao anoitecer sente medo do escuro, de ficar sozinho? Tem dificuldade de adormecer: sono interrompido, sono insatisfatório, agitação motora, pesadelos? Acorda com fadiga? Há quanto tempo vem percebendo essas sensações?*

Bx. Pré. Não. às vezes senti sono interrompido. Às vezes acordo com fadiga. Desde a presença da ansiedade em 2001.

Pós. Não. Não.

C. Hiperatividade Autonômicas

C:4. *Durante sua atividade do dia-a-dia e/ou profissional apresenta desconforto epigástrico, sudorese, taquicardia, taquipnéia ou boca seca?*

Bx. Pré. Hoje não, antes apresentava, taquicardia, falta de ar, dor no pescoço, sudorese.

Pós. Não.

Data:/...../.....

.....
Pesquisadora

ANEXO A – Instrumentos de coleta de dados

FICHA DE ANAMNESE⁶

Data:/...../.....

Local:

1. Dados de identificação

Nome:.....

Diagnóstico:

Idade: Sexo:

Religião: Data de nascimento:/...../.....

Naturalidade: Nacionalidade:

Tipo sanguíneo: Estado civil:

Filiação:

Pai: Fone:

Mãe: Fone:

Escolaridade: Profissão:

RG: CPF:

Endereço:

Bairro: CEP:

Cidade: Estado:

Fone:

Nome do cônjuge:

Profissão:

Pessoa a ser notificada em caso de acidente:

Fone:

2. Antecedentes

Doenças familiares:.....

Sociabilidade:.....

Assiste àTV, quanto tempo:.....

Doença que teve:.....

⁶ Anamnese elaborada pela pesquisadora, baseada na graduação do curso de Terapia Ocupacional em 1999.

Tem vícios: ☐ não ☐ sim
☐ drogas ☐ álcool ☐ tabagismo ☐ outros.....
 Tiques (manias):
 Faz uso de medicamentos? Quais?
 Alergias:

3. História atual

Médico responsável:
 Fone:
 Queixa principal:.....
 Quando começou a perceber os sintomas de ansiedade e por quê (motivo)?.....

 Esses sintomas interferem na sua vida profissional, pessoal e social?

4. Rotina de vida diária

Realiza alguma atividade (passeio, esporte)?
 O que mais gosta de fazer?
 Como é o relacionamento com a família?
 Sono:
 A que horas dorme?
 A que horas acorda?
 Como é alimentação?.....
 Como se sente em relação à ansiedade em suas seqüências na sua vida?

Data:/...../.....

.....
 Pesquisadora

Ficha Diária do PROEQUO-UCDB⁷

Nome:

Data:/...../.....

Equipe:

Nome do cavalo:

Andadura:

Material de terapia:

Tipo de montaria: ☐ sela ☐ manta ☐ pêlo

Relacionamentos:

Com a equipe: ☐ bom ☐ ruim ☐ regular ☐ indiferente ☐ instável

Como o cavalo: ☐ bom ☐ ruim ☐ regular ☐ indiferente ☐ instável

Tipo de aula: ☐ individual ☐ em grupo

Atividade:

Pré-montaria:

Durante-montaria:

Pós-montaria:

Humor: ☐ bom ☐ ruim ☐ regular ☐ instável

Atenção: ☐ constante ☐ esporádica

Disciplina: ☐ constante ☐ esporádica

Verbalização:

.....

Conclusão:

Progresso em determinada área:

.....

Retrocesso em determinada área:

.....

Estável:

Observações gerais:

.....

Assinatura do responsável

⁷ Retirada do PROEQUO-UCDB.

ANEXO B – Relato do psiquiatra pós intervenção

Segundo à Psiquiatra:

Atesto para os devidos fins que **Ax** é portadora de transtorno de ansiedade generalizada. No início do quadro, apresentava crises de pânico.

Apresentou grande melhora com a sessões de equoterapia. Atualmente, em processo de retirada dos medicamentos.

Atesto para os devidos fins que **Bx** apresenta sintomas de ansiedade generalizada e crônica.

Apresentou melhora parcial depois da Equoterapia e persiste com tendências ao isolamento social e afetivo.

ANEXO C – Carta de aprovação do Comitê de Ética da Universidade Católica Dom Bosco

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO****PARECER SOBRE PROJETO DE PESQUISA****PROTOCOLO Nº.: 0086/2004B****I – IDENTIFICAÇÃO****TÍTULO: “A EQUOTERAPIA COMO RECURSO TERAPÊUTICO
PARA INDIVÍDUOS ANSIOSOS”****PESQUISADOR RESPONSÁVEL: GLAUCE SANDIM MOTTI****INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO, UCDB****DATA DE APRESENTAÇÃO AO CEP/UCDB: 10/09/2004****II – OBJETIVOS:****II.1 GERAL – Avaliar as possibilidades da utilização da Equoterapia enquanto recurso terapêutico no tratamento de indivíduos com diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizada, segundo a classificação da CID-10.****II.2 ESPECÍFICOS**

- Analisar a sintomatologia dos pacientes antes e após a intervenção Equoterapica, segundo os critérios da CID-10, através do Roteiro para Entrevista de Avaliação dos Sintomas de Ansiedade - REASA (APENDICE A).
- Identificar os comportamentos mais característicos dos indivíduos com diagnóstico de ansiedade na prática da Equoterapia, segundo os critérios da CID –10;
- Observar alterações na percepção rítmica, equilíbrio e a postura;
- Relatar as possíveis alterações de comportamento dos pacientes durante os atendimentos.

**III – COMENTÁRIOS DO RELATOR, FRENTE À RESOLUÇÃO
CNS 196/96 E COMPLEMENTARES**

A mestrand Glauce Sandim Motti desenvolverá o projeto de pesquisa “A EQUOTERAPIA COMO MÉTODO ALTERNATIVO NO TRATAMENTO DE INDIVÍDUOS ANSIOSOS” de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde durante o período que envolverá os meses de Março à Dezembro de 2005. Segundo o atual comitê de ética em pesquisa da UCDB, triênio 2003-2006, o projeto de pesquisa atendeu as condições propostas pela Resolução 196/96 do CNS e demais medidas complementares. O projeto de pesquisa apresenta clareza e pertinência nos objetivos e resultados alcançados. A metodologia utilizada apresentou consistência e o cronograma será cumprido no prazo estipulado pela autora.

A mestrande Gluace Sandim Motti tomará o cuidado de utilizar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) apresentando-o aos pacientes familiares/acompanhantes. A autora iniciará e dará continuidade à coleta de dados somente após a obtenção da aprovação para a coleta dos dados junto aos pacientes.

Os resultados obtidos, que se transformaram em uma publicação, Dissertação de Mestrado em Psicologia e Saúde da Universidade Católica Dom Bosco, área de concentração Comportamento Social e Psicologia da Saúde. Os resultados também tornar-se-ão públicos através de publicações em periódicos científicos da área.

IV – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O projeto de pesquisa intitulado “A Equoterapia como método alternativo no tratamento de indivíduos ansiosos” foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco, CEP/UCDB, no mês de setembro de 2004. Esse projeto foi, então, um dos temas de pauta da sexta reunião ordinária do CEP/UCDB realizada no dia 10 de setembro de 2004. Decidiu-se por unanimidade dos membros presentes do CEP/UCDB, avaliá-lo em termos dos objetivos almejados e da metodologia e critérios utilizados para a coleta dos dados. Depois de avaliá-lo na reunião de 10 de setembro de 2004, o CEP/UCDB decidiu encaminhá-lo para o seu registro junto ao CONEP por não ter encontrado nenhum problema ético na coleta dos dados, ou que pudesse impedir sua divulgação através de publicações pertinentes uma vez que não foram constatados problemas que pudessem inviabilizá-lo para uma futura publicação em período especializado na área de Saúde. A autora e colaboradores aplicarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido junto a todos os pacientes e ou familiares/acompanhantes que estarão cientes dos procedimentos a serem tomados na coleta dos dados da pesquisa. O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco decidiu, uma vez que o projeto se enquadrou nas normas exigidas pela resolução 196/96 e demais resoluções governamentais que tratam das pesquisas que envolvem seres humanos e também em virtude de não ter apresentado ao longo do texto, problemas éticos relacionados, tanto aos objetivos quanto à metodologia utilizada, aprovar o projeto de pesquisa. Dessa forma, o CEP/UCDB deu **Parecer Favorável** a este projeto já concluído.

V – DATA DA REUNIÃO

O parecer ora apresentado foi emitido após a 1ª. Reunião Extraordinária do Comitê de Ética em Pesquisa da UCDB, ocorrida no dia 26 de Novembro de 2004. Sendo por mim, Prof. Dr. José Rímoli, presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco, redigido e assinado em 20 de dezembro de 2004. Atesto para os devidos fins, que o projeto de pesquisa foi avaliado de acordo com a resolução 196/96 do CNS e demais resoluções complementares sendo do conhecimento de todos os membros do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco – UCDB.

Campo Grande, 20 de Dezembro de 2004,

Prof. Dr. José Rímoli
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
Universidade Católica Dom Bosco - UCDB

ciente: Ubaldino