

CAMILA SPENGLER ESCOBAR

**AS INFLUÊNCIAS DA EQUITACÃO TERAPÊUTICA NO
DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES
COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE
ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE**

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)

MESTRADO EM PSICOLOGIA

CAMPO GRANDE-MS

2011

CAMILA SPENGLER ESCOBAR

**AS INFLUÊNCIAS DA EQUITACÃO TERAPÊUTICA NO
DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES
COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE
ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE**

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

2011

Ficha Catalográfica

Escobar, Camila Spengler
E74i As influências da equitação terapêutica no desenvolvimento de crianças e adolescentes com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade / Camila Spengler Escobar; orientação, Heloisa Bruna Grubits Freire. 2011
244 f. + anexos

Dissertação (mestrado em psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2011.

1. Equoterapia 2. Distúrbio da falta de atenção com hiperatividade
3. Síndrome do déficit de atenção 4. Equitação terapêutica I. Freire,
Heloisa Bruna Grubits II. Título

CDD – 616.8589

A dissertação apresentada por CAMILA SPENGLER ESCOBAR, intitulada “AS INFLUÊNCIAS DA EQUITACÃO TERAPÊUTICA NO DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE”, 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)

Profa Dra. Marilene Proença Rebello de Souza (USP)

Prof. PhD. José Carlos Rosa Pires de Souza (UCDB)

Profa. PhD. Sonia Grubits (UCDB)

Em forma de homenagem, gostaria de dedicar este trabalho a uma pessoa que eu admiro e que se tornou, ao longo dos anos, muito especial na minha vida, à minha orientadora e amiga, Profa. Dra. Heloisa Bruna Grubits Freire, que me ajudou, incentivou e proporcionou oportunidades para que eu pudesse adquirir conhecimento nessa área, conseguindo assim conciliar minha profissão, a de psicóloga, com um privilégio: conviver com cavalos e crianças.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer a Deus, que me ajudou a compreender e a reagir de forma sábia, em momentos difíceis, e me deu forças para procurar respostas e continuar lutando; que me fez amadurecer, um pouco mais, no decorrer de mais uma etapa. Ele me abençoou com a oportunidade, e com pessoas, que me ajudaram a fazer o que amo, trabalhar com cavalos, crianças e adolescentes, e ainda assim poder fazer o bem ao próximo, ajudando a trazer benefícios ao desenvolvimento destas e de suas famílias, proporcionando ganhos em seu desenvolvimento e qualidade de vida.

Gostaria, de forma especial, agradecer à minha família, minha mãe, Solange, e meu padrasto, Sérgio, a meu pai, Ronaldo (Preto Pedra), aos meus avós, Dalila e Luiz Carlos, Edelira e Capitão Diógenes Escobar, Militar de carreira da Cavalaria do Exército Brasileiro, falecido em 2009, mas, que com certeza se orgulha deste trabalho e segue me abençoando; como também montava, conhecia a importância da presença desses animais na vida das pessoas, sendo assim, sempre me incentivou a praticar esportes equestres.

Não tenho palavras para agradecer a essas pessoas, e a outros integrantes da minha família. Estes sempre acreditaram na minha capacidade, lutaram, sofreram, e vibraram comigo em todos os momentos de minha vida, e em especial durante a realização deste estudo.

À minha amiga e companheira Edinara, que me apoiou, incentivou e me deu forças em momentos de fraqueza e incerteza, me ajudando a renovar a esperança e seguir em frente.

À minha orientadora e amiga, Profa. Dra. Heloisa Bruna Grubits Freire, que como citado na dedicatória acima, está presente em minha vida há alguns anos, como amiga, companheira, conselheira, professora, orientadora. Por vezes bastante exigente, mas sempre objetivando o meu crescimento pessoal e profissional.

Agradeço a toda equipe de Professores do Programa de Mestrado em Psicologia da UCDB; estes por terem participação e influência direta em minha passagem como Mestranda, por terem me proporcionado o “conhecimento”.

À equipe de profissionais do PROEQUO-UCDB, que se colocaram à disposição para qualquer ajuda necessária, e que disponibilizaram os materiais para viabilizar este estudo.

À Associação de Criadores do Mato Grosso do Sul – Acrissul e ao Centro de Equoterapia da Acrissul, que cederam estrutura, materiais, profissionais e os animais necessários para a execução deste.

Aos profissionais do Centro de Equoterapia da Acrissul, que me ajudaram durante os atendimentos.

À Neurologista Dra. Maria José Martins Maldonado pela sua colaboração e confiança ao encaminhar os participantes.

Aos pais e/ou responsáveis pelos participantes, bem como às suas respectivas escolas que colaboraram, se esforçaram e trabalharam em equipe, durante todo o processo de coleta de dados, para a realização deste estudo.

Aos praticantes, que também tornaram possível a realização deste, participando de forma intensa, esforçada, disciplinada e principalmente com alegria. Neles podíamos sentir a satisfação de montar e o cuidado e carinho com o qual se dirigiam aos animais.

Aos Queridos Cavalos: Heinecken, Dragão, Índia, Índio e Orquídea, que receberam os praticantes com respeito e afeto. Que foram os principais colaboradores deste estudo, deixando que os montassem, proporcionando inúmeros benefícios às crianças e adolescentes e suas famílias. Que com sua força, destreza, agilidade e compaixão não mediram esforços para colaborar com os comandos durante os atendimentos, e que também nos presentearam com sessões seguras, tranquilas e agradáveis.

Agradeço a todas as pessoas que estiveram envolvidas, direta ou indiretamente, na realização deste estudo.

Muito Obrigada!

O cavalo é a mais bela criatura,
depois do homem.
O melhor mistério é criá-lo.
A melhor das ocupações, tratá-lo
E o maior prazer, montá-lo.

De um aforismo árabe.

Eu vi uma criança...

Eu vi uma criança que não podia andar
Montar em um cavalo, sorrir e falar
E cavalgar através de um campo de margaridas
Embora andar sem ajuda não lhe permitisse a
vida.

Eu vi uma criança sem enxergar
E sobre um cavalo galopava,
Rindo do meu espanto, com o vento em seu
rosto.

Eu vi uma criança sem força em seus braços
E sobre um cavalo passar por lugares nunca
imaginados.

Eu vi uma criança, as pernas comprometidas
Montar em um cavalo e fazê-lo atravessar
Bosques de árvores floridas
E lugares lindos que antes não conhecia
Senão através da visão reduzida
Que a cadeira lhe permitia.

Eu vi uma criança renascer,
Tomar em suas mãos as rédeas da vida e,
Sem poder falar, com seu sorriso dizer:
“Obrigado, meu Deus,
Por me mostrar o caminho”.

Laury Sellem, em *Maison des Langues* (2002),
tradução livre de Amauri Solon Ribeiro

RESUMO

Introdução: a Equoterapia/Equitação Terapêutica é um método que, aliado à prática esportiva, busca benefícios biopsicossociais para o indivíduo, proporcionando melhoras referentes à socialização, aspectos afetivos e emocionais. Esse método estimula aspectos relacionados à atenção, capacidade de concentração e desempenho escolar, importantes para o desenvolvimento de crianças e adolescentes com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). O TDAH é diagnosticado quando existe a presença de sintomas, como desatenção e hiperatividade, que interferem negativamente no ambiente familiar e escolar. **Objetivo e Método:** trata-se de um estudo cujo método utilizado foi o Hipotético – Dedutivo com Delineamento Quase-Experimental de Série Temporal, com avaliações, pré e pós-intervenção de sete sujeitos diagnosticados com TDAH e com idade compreendida entre sete e quatorze anos, sendo que apenas três fazem uso de medicação para controlar os sintomas do transtorno. O objetivo foi verificar possíveis mudanças de comportamento em ambiente familiar, escolar e terapêutico, após oito meses de intervenção com Equoterapia/Equitação Terapêutica. **Procedimentos:** Técnicas de Equitação foram utilizadas nos atendimentos. Para a coleta de dados, utilizou-se um questionário para pais, e outro para professores, bem como os testes psicológicos: d2 – Atenção Concentrada, para avaliar atenção e a capacidade de concentração; Teste de Desempenho Escolar; Escala de TDAH – versão para professores, para análise dos comportamentos característicos, dos participantes, em ambiente escolar; e considerações descritas nas fichas diárias de atendimento. **Resultados e Discussão:** o processo terapêutico, proposto por este estudo, alcançou benefícios, que ocasionaram redução significativa nos sintomas do TDAH, trazendo aos participantes melhoras relacionadas à atenção, concentração, sono, disciplina, responsabilidade, agressividade, impulsividade, irritabilidade, dentre outras. **Conclusão:** a Equoterapia/Equitação Terapêutica traz benefícios, não apenas para o comportamento de crianças, pré-adolescentes e adolescentes com TDAH, em ambiente familiar e escolar, como também promove o processo de aprendizagem, evidenciando que este método terapêutico é eficaz para o tratamento deste transtorno. Destacando que o aprendizado é mais estável e consistente, naqueles que não fazem uso de medicação; ou seja, os que fazem uso desta, estão propensos a regredir mais no mesmo período de tempo.

Palavras-chave: Equoterapia. Equitação terapêutica. TDAH. Tratamento.

ABSTRACT

Introduction: the Hippotherapy/Therapeutic Riding is a method that, allied to the sportive practice search for the biopsychosocial benefits of who practice it, providing improvements concerning socialization, emotional and affective aspects. This method stimulates aspects related to the attention, concentration capacity, and school performance, important aspects for the development of children and adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). The ADHD is diagnosed when there is a presence of symptoms, as lack of attention and hyperactivity which negatively interfere in the family and school environment. **Goal and Method:** This study utilized a Hypothetic-Deductive method with a Quasi-Experimental Design of Temporal Series, with evaluation, pre and post-intervention of seven participants diagnosed with ADHD, ages between seven and fourteen years old, and only three of them made use of medication to control the symptoms of the disorder. The goal was to verify possible behavior changes in the familiar, school and therapeutic environment, after eight months of intervention with Hippotherapy/Therapeutic Riding. **Procedures:** Riding techniques was utilized in the sessions. For data collection it was utilized one questionnaire for the parents, another one for the teachers as well as the following Psychological Tests: d2 Concentrate Attention, to evaluate the attention and concentration capacity; School Performance Test; ADHD Scale – teacher version, for the analysis of the behavior characteristics of the participants in the school environment; and considerations described in the treatment daily forms. **Results and Discussions:** The therapeutic process proposed for this study has reached benefits, causing significant reduction of the ADHD symptoms, bringing to the participants improvement related to the attention, concentration, sleep, discipline, responsibility, aggressiveness, impulsiveness, irritability among others. **Conclusion:** Hippotherapy/Therapeutic Riding provides positive changes not only in the behavior of ADHD children, pre-adolescents and adolescents, as well as in the familiar and school environment by promoting the process of learning and making evident that this therapeutic method is efficient for the treatment of this disorder. Highlighting that the learning are more stable and consistent on those who did not made use of the medication; in other words, the ones under the medication are susceptible to regress more in the same period of time.

Keywords: Hippotherapy/Therapeutic Riding. ADHD. Treatment.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Demonstração das três andaduras naturais do cavalo: a) passo; b) trote; c) galope	234
FIGURA 2 - Picadeiro do Centro de Equoterapia da Acrissul: a) casal de araras; b- c) picadeiro.....	235
FIGURA 3 - Materiais utilizados nos atendimentos equoterápicos.....	236
FIGURA 4 - Exemplos de exercícios aplicados – parte I: a) equilíbrio; b) alongamento; c) habilidades e força muscular; d) giro de braço	237
FIGURA 5 - Exercícios de giro completo sobre a manta	238
FIGURA 6 - Exercícios de salto	239
FIGURA 7 - Aula de vivência – parte I: a) colocando o buçal; b) escovando; c) encilhando	240
FIGURA 8 - Aula de vivência – parte II: a) encilhando; b) desencilhando; c) dando banho.....	241

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	14
2 INTRODUÇÃO	17
2.1 EQUOTERAPIA E/OU EQUITACÃO TERAPÊUTICA	19
2.1.1 Definição	21
2.1.2 Indicações e contraindicações	26
2.2 O CAVALO NA EQUOTERAPIA/EQUITACÃO TERAPÊUTICA	27
2.3 TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE	31
2.3.1 Teorias Etiológicas	38
2.3.2 Prevalência	41
2.3.3 Crianças e adolescentes com TDAH em idade escolar	43
2.3.4 Tratamento	46
2.4 TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE E A EQUOTERAPIA/EQUITACÃO TERAPÊUTICA	50
3 OBJETIVOS	53
3.1 OBJETIVO GERAL	54
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	54
4 MÉTODO	55
4.1 LOCAL	56
4.1.1 Local dos atendimentos	57
4.1.2 Outros locais	58
4.1.3 Histórico da Acrissul	58
4.1.4 Histórico do PROEQUO-UCDB	59
4.2 PARTICIPANTES	60
4.2.1 Critérios de inclusão	60
4.2.2 Critérios de exclusão	60

4.3	RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS	61
4.3.1	Recursos humanos	61
4.3.2	Recursos materiais	61
4.4	INSTRUMENTOS DE PESQUISA.....	62
4.4.1	Teste d2 – Atenção Concentrada	62
4.4.1.1	Objetivo	63
4.4.1.2	Material.....	63
4.4.1.3	Aplicação	63
4.4.2	Teste de Desempenho Escolar	64
4.4.2.1	Objetivo	64
4.4.2.2	Material.....	64
4.4.2.3	Aplicação	65
4.4.3	Escala de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – versão para professores	65
4.4.3.1	Objetivos.....	66
4.4.3.2	Material.....	66
4.4.3.3	Aplicação	66
4.4.4	Encaminhamento médico.....	67
4.4.5	Questionário para pais.....	67
4.4.6	Questionário para professores.....	67
4.4.7	Ficha cadastral do PROEQUO-UCDB	67
4.4.8	Ficha diária do PROEQUO-UCDB	68
4.4.9	Sessões	68
4.5	PROCEDIMENTOS E ASPECTOS ÉTICOS	68
4.6	ANÁLISE DOS DADOS	71
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	73
5.1	ANAMNESE PRÉ-INTERVENÇÃO E RELATO DOS PAIS E/OU RESPONSÁVEIS PÓS-INTERVENÇÃO	74
5.1.1	Caracterização dos participantes.....	75
5.1.2	Resultados das anamneses pré-intervenção e relatos pós-intervenção	76
5.2	RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS PRÉ-INTERVENÇÃO E RELATOS DOS PROFESSORES PÓS-INTERVENÇÃO.....	80

5.3	RESULTADOS DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA PRÉ E PÓS-INTERVENÇÃO	87
5.3.1	Teste d2 – Atenção Concentrada	92
5.3.2	Teste de Desempenho Escolar	92
5.3.3	Escala de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – versão para professores	93
5.4	RESULTADOS E DISCUSSÃO DAS SESSÕES.....	96
5.4.1	Sessões de P1	96
5.4.2	Sessões de P2	101
5.4.3	Sessões de P3	108
5.4.4	Sessões de P4	114
5.4.5	Sessões de P5	120
5.4.6	Sessões de P6	126
5.4.7	Sessões de P7	132
6	CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	139
	REFERÊNCIAS	144
	APÊNDICES	152
	ANEXO.....	242

1 APRESENTAÇÃO

O convívio com o cavalo e a prática de esportes equestres incentivou a busca de uma formação profissional que unisse o prazer e a satisfação do contato com o animal e benefícios que essa convivência proporciona em nível físico e psíquico.

A partir do conhecimento da prática equestre, nas modalidades de Hipismo clássico (salto e adestramento), Tambor e Baliza, cursos de doma e estudos sobre a psicologia do cavalo, foi possível desenvolver um trabalho voluntário durante dois anos, no centro de pesquisas do Programa de Equoterapia da Universidade Católica Dom Bosco (PROEQUO-UCDB). Esse trabalho estendeu-se durante os cinco anos de vida acadêmica desta autora, porém com o diferencial de poder relacionar e colocar em prática o aprendizado teórico do curso de Psicologia e experiências adquiridas com o trabalho de uma equipe multidisciplinar, por meio dos atendimentos e de pesquisas desenvolvidas no decorrer do estágio.

A Equoterapia é um método terapêutico que utiliza o cavalo como facilitador. Os atendimentos são realizados por uma equipe interdisciplinar, que tem como objetivo comum, trazer benefícios ao praticante, por meio de uma prática reeducativa, que visa superar danos sensoriais, cognitivos e comportamentais (LIMA; COSTA, 2004).

Durante o estágio em Equoterapia, esta autora desenvolveu um estudo de três casos com participantes, entre oito e doze anos, com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), encaminhadas por uma neurologista. Dois dos participantes (oito e doze anos) faziam uso do Metilfenidato LA 20 mg e apresentaram resultados satisfatórios com quatro meses de participação no processo terapêutico, e o terceiro participante (onze anos), que não fazia uso de medicação, começou a apresentar melhoras após cinco meses de participação, quando os dados já haviam sido coletados e os atendimentos já estavam sendo encerrados (ESCOBAR, 2008).

O TDAH é caracterizado por sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade os quais trazem prejuízos aos indivíduos e interferem em ambientes familiar, escolar ou profissional. Os sintomas podem ser exemplificados pela inquietação, impaciência, desatenção, dificuldade de concentração, desorganização, dentre outros (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2002).

Para o tratamento desse transtorno, é fundamental realizar intervenções psicoterápicas com o indivíduo e com sua família, assim como orientações aos profissionais em âmbito escolar. Existem casos de TDAH, em que apenas as intervenções amenizam os sintomas; mas

também existem outros casos, nos quais se faz necessário o uso de medicações junto a essas intervenções (KNAPP et al., 2002).

Antidepressivos, clonidina ou estimulantes como o metilfenidato, este considerado o mais utilizado no Brasil, podem ser prescritos no tratamento do TDAH. Esses medicamentos interferem na disfunção social, acadêmica e ocupacional (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2000; HILL et al., 2001; SCHWEITZER et al., 2001: apud ARAÚJO, 2002).

Os resultados do estudo “Equoterapia e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade”, realizado no PROEQUO-UCDB, foram satisfatórios e houve melhoras significativas relacionadas à atenção, capacidade de concentração, desempenho escolar, disciplina, respeito à individualidade das pessoas, comportamento hiperativo e socialização; então, foi sugerido ampliá-lo em busca de proporcionar um melhor desenvolvimento para crianças e adolescentes com TDAH em idade escolar, estas que fazem, ou não, o uso de qualquer medicação relacionada ao transtorno (ESCOBAR, 2008).

No intuito de expandir o conhecimento sobre os benefícios da Equoterapia/Equitação Terapêutica, bem como apontar mais um recurso para o tratamento de crianças e adolescentes com TDAH, que fazem e que não fazem uso de medicação, viabilizando-lhes oportunidades, será feito por meio desta pesquisa um estudo que objetiva verificar possíveis mudanças no comportamento dessas crianças, pré-adolescentes e adolescentes, em ambiente familiar, escolar e terapêutico, após oito meses de intervenção em Equoterapia/Equitação Terapêutica com avaliações pré e pós-intervenção; ou seja, um estudo para apontar possíveis ganhos no comportamento, capacidade de concentração, foco de atenção, controle dos próprios movimentos, desempenho escolar e principalmente uma melhor qualidade de vida para os participantes, suas famílias, e outras pessoas de seu convívio. Além disso, comparar os resultados dos participantes medicados com os resultados dos participantes não medicados.

Para tanto esta dissertação apresenta em seu Referencial Teórico: no Capítulo 2, a Equoterapia e/ou Equitação Terapêutica, seu histórico, definição, indicações e contraindicações, O cavalo na Equoterapia, o TDAH, sua definição, etiologia, prevalência, crianças e adolescentes com TDAH em idade escolar, o tratamento destes, o TDAH e a Equoterapia; no Capítulo 3, os Objetivos, Geral e Específicos; no Capítulo 4, o Método, Procedimentos e Aspectos Éticos; no Capítulo 5, os Resultados e Discussão; no Capítulo 6, as Conclusões e Considerações Finais; e seguindo, as Referências, os Apêndices e os Anexos.

2 INTRODUÇÃO

Para desenvolver algumas habilidades do corpo humano, recomenda-se a prática de esportes, que por sua vez traz benefícios relacionados à força, atividade, destreza, agilidade, vigor, assim como qualidades morais. A Equitação, esporte equestre, trabalha todas essas habilidades e qualidades de forma harmoniosa e completa (LICART, 1988).

A Equitação é uma modalidade de Esporte Equestre, a qual consiste em conduzir um ser vivo, fazendo o uso de técnicas de rédeas, posicionamento e pressão de pernas, postura, e principalmente o trabalho conjunto, em que a pessoa e o cavalo são uma equipe. Todo esse processo tem uma importância significativa na formação moral do indivíduo, pois a convivência e as experiências vividas com o animal fazem nascer uma relação de afeto entre ambos, assim como aperfeiçoa a capacidade de observação, e, dos desafios que surgem durante a montaria, é estimulada a vontade de sempre querer mais e querer saber mais. Na equitação, a força e a flexibilidade seguem um mesmo nível de evolução fisiológica, exercendo assim influências sobre domínio moral, trazendo uma formação equilibrada e disciplinada (LICART, 1988).

Estudiosos de séculos passados, como Joseph Tissot, Gustav Zander, Collete Picart Trentelin notificaram o cavalo desde o início da humanidade, quando este servia aos homens como meio de transporte, como força e agilidade no trabalho, e como lazer. Confirmaram também que a relação com o cavalo promovia bem-estar físico e mental ao homem. A partir de então, começaram a surgir questionamentos e estudos para decifrar o mecanismo terapêutico desse processo usando o cavalo como facilitador do desenvolvimento humano, viabilizando-se assim o método terapêutico conhecido hoje em dia como Equoterapia ou Equitação Terapêutica (PROENÇA, 1998 apud GONZÁLEZ, 2004).

Desde 1989, com a criação da Associação Nacional de Equoterapia (ANDE-Brasil), a prática da Equoterapia foi regulamentada no Brasil. Essa prática tem como principal característica o uso do cavalo como mediador terapêutico, e os sujeitos submetidos a este método terapêutico são denominados “praticantes”. Esse método foi reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina no ano de 1997 (BRASIL, 2002).

Na última década, houve uma expansão de centros especializados na prática da Equoterapia, e assim também aconteceu quanto a estudos científicos sobre esta cujos objetivos estão focados no tratamento e reabilitação de pessoas portadoras de patologias cardiovasculares, ortopédicas, respiratórias, neuromusculares, e de distúrbios sociais, mentais e de comportamento, dentre outras (BRASIL, 2006).

Fitzpatrick e Tebay (1998) ressaltam também a ascensão do interesse de profissionais em conhecer cientificamente essa prática. Médicos, Fisioterapeutas, Psicólogos, Educadores, dentre outros, estão progredindo em comprovações científicas voltadas não apenas para a reabilitação física que essa prática proporciona, mas para que ela também integre o domínio da psicologia e da psicopatologia.

O cavalo, por ser um animal sem fronteiras, é o principal terapeuta nesse método. No mundo inteiro, este proporciona benefícios ao ser humano, sem distinção de cor, idade ou problema. Não há preconceito, mas existem limites que o próprio animal estabelece e, então, passa a ser também um educador (PIRES, 1999).

Assim, Rodrigues (2004) observou que o contato com o cavalo traz benefícios, antes mesmo da montaria. Geralmente, o praticante, ao se aproximar, busca a aceitação deste em forma de carinhos e abraços, demonstrando um intercâmbio, ou seja, uma aceitação de ambas as partes, o que, posteriormente, proporciona maior interação para a realização das atividades.

Por outro lado, a Equoterapia traz benefícios relacionados à atenção, capacidade de concentração e desempenho escolar, e pode ser considerada como um recurso terapêutico às crianças e pré-adolescentes com TDAH. Os sintomas desse transtorno ocasionam dificuldades relacionadas à atenção, concentração e de comportamento, características essas que trazem prejuízos à vida desses indivíduos em âmbito familiar, escolar e/ou profissional. Os ajustes que a prática equoterápica proporciona às crianças e pré-adolescentes com TDAH têm influência direta a aspectos sociais, e seus relacionamentos, tanto em ambiente familiar quanto escolar. Isso acontece devido a aprenderem os praticantes a lidar com limites, tendo o respeito à individualidade das pessoas, assim como às regras que, assimiladas de forma natural, são impostas pelo cavalo, tornando-se então imperceptíveis ao praticante (ESCOBAR, 2008).

2.1 EQUOTERAPIA E/OU EQUITACÃO TERAPÊUTICA

Registros sobre os benefícios da Equitação existem desde a Idade Média, estes deixados pelos árabes, no início do século XIV. Já na Idade Moderna, por volta de 1569, Merkurialis cita Galeno (130-199 d.C.), quando ressaltava sobre o estímulo causado pela equitação em relação ao corpo e aos sentidos (LEITÃO, 2008).

Os parágrafos a seguir contêm informações retiradas dos Anais do Congresso em Milão (1985), após terem sido traduzidas por Ary R. Carracho Horne e Lelio de Castro Cirillo, e coletadas da palestra realizada pela Dra. Cittério, *História da Equoterapia no Mundo* (1991), no 1º Evento Nacional de Equoterapia (HORNE; CIRILLO, 2005).

Em 1681, Thomas Sydenham afirmou que, por parte de seu conhecimento, o esporte equestre em ar livre era o tratamento mais indicado para fortificar e reanimar o sangue e a mente, assim como também o indicava para o tratamento da Gota. Em 1719, Friedrich Hoffmann escreveu em seu livro *Instruções Aprofundadas de Como uma Pessoa Pode Manter a Saúde e Livrar-se de Graves Doenças Através da Prática Racional de Exercícios Físicos*, um capítulo sobre os benefícios da equitação, e indicava o passo do cavalo como curativo.

John Pringle (1752) observou que militares que formavam a cavalaria eram mais saudáveis, ou seja, menos propensos a epidemias do que os infantess, e salientou que exercícios equestres preservam a saúde.

A classe médica começou a se interessar pela prática da atividade equestre como terapêutica após Liz Hartel, mesmo acometida por poliomielite, ter praticado, aos 16 anos, a autoterapia por meio da equitação; esta se classificou em segundo lugar em adestramento nas Olimpíadas de 1952 e 1956.

O primeiro trabalho científico sobre Equoterapia surgiu em 1969, na Universidade de Salpentiére – Paris – França; e a primeira tese de doutorado em medicina, sobre reeducação equestre, desta vez na Universidade de Paris, foi defendida pela Dra. Collete Picart Trintelin no ano de 1972.

Como forma de homenagem a Hipócrates de Loo (377-458 a.C.), pai da Medicina, a palavra Equoterapia surgiu da associação da palavra equus, do Latim, e da palavra therapeia, do Grego (CIRILLO, 1999).

Na atualidade, outras formas de colocação também são usadas para caracterizar a Equoterapia, tais como Equitação Terapêutica, Terapia por meio do Cavalo, Hipoterapia, Equitação para pessoas portadoras de deficiência, dentre outras, mas todas indicam a mesma ciência desse método terapêutico, em que o cavalo é o principal agente para fins de saúde, educação e lazer (SILVEIRA; FRAZÃO, 1998).

2.1.1 Definição

“Equoterapia é um tratamento de reeducação e reabilitação motora e mental, através de prática de atividades equestres e técnicas de equitação.” (CIRILLO, 1991 apud FREIRE, 1999, p. 31).

Essa prática busca melhoras no desenvolvimento biopsicossocial de pessoas portadoras de deficiência e/ou de necessidades especiais, fazendo uso do cavalo junto a uma abordagem interdisciplinar. É este um método terapêutico e educacional reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina desde 1997, e trabalha nas áreas da Saúde, Educação e Esporte (Equitação) (PORTAL DA FISIOTERAPIA, 2005).

Cirillo (1999) afirma que a técnica proporciona o desenvolvimento de potencialidades em seu praticante. Visando a uma melhor integração à sociedade e respeitando as limitações de cada indivíduo, essa técnica traz benefícios físicos, psicológicos, educativos e sociais.

Com estímulos vivenciais e ambiente favorável, a Equoterapia é um processo terapêutico, composto por uma equipe interdisciplinar de profissionais, e que utiliza o cavalo como facilitador; é uma prática reeducativa que atua para superar danos sensoriais, cognitivos e comportamentais, fazendo com que o praticante crie uma nova imagem do seu corpo, favorecendo uma estruturação do “eu”, devido às informações recebidas da montaria (LIMA; COSTA, 2004).

Stabdacher (1985 apud FREIRE, 1999) acrescenta que, no campo da psicomotricidade, os movimentos ondulatórios do cavalo influenciam no desenvolvimento corporal e organização espaço-temporal. Segundo ele, a Equoterapia pontua a importância na reeducação, reabilitação e educação da relação com o cavalo, o que motiva uma articulação de movimentos correta e permite uma interação afetiva.

Dentre os benefícios proporcionados pela prática da Equoterapia, pode-se citar sobre o contato com um ambiente diferente daquele visto e vivido na rotina de vida do praticante. Geralmente, nos centros de atendimentos em Equoterapia, existem muitas árvores, pista de grama, ou seja, um ambiente voltado para a natureza, próximo, ou similar, ao habitat natural do cavalo, características essas que têm influência direta no processo global de desenvolvimento dos praticantes, podendo proporcionar formas de aplicação de tratamento diferentes de outras terapias (RAZUK, 2007).

Danos sensoriais, cognitivos e comportamentais são considerados objetivos a serem alcançados com a prática da Equoterapia, que por sua vez é constituída por um conjunto de técnicas reeducativas e atividades lúdico-esportivas, características essas que têm influência direta na superação dos danos citados acima (CITTÉRIO, 1999).

Os ganhos proporcionados por essa prática e relativos às funções neurológicas e sensoriais investigam e evidenciam potencialidades dos praticantes, procurando minimizar suas limitações e incapacidades, ou seja, trabalhar em busca de respostas adaptativas apropriadas para um melhor ajuste em sua vida cotidiana, visando a sua qualidade de vida (SILVEIRA; FRAZÃO, 1998).

A Equoterapia, fazendo o uso de técnicas de equitação e de atividades equestres, proporciona o movimento do corpo todo ao mesmo tempo e tem, como objetivo, favorecer o desenvolvimento do tônus e da força muscular, a consciência corporal, a coordenação motora, o equilíbrio, o relaxamento, a autoconfiança, a autoestima e a atenção, ou seja, o praticante pode obter ganhos físicos, psicológicos e educacionais efetivos (WALTER; VENDRAMINI, 2000). Esse método facilita a organização do esquema corporal e a orientação espacial, proporcionando ao praticante um bom equilíbrio corporal e emocional, além de desenvolver a estrutura temporal e facilitar sua adaptação ao meio (TAVARES, 1998).

Gavarini (1995 apud FREIRE, 1999) e Silveira e Frazão (1998) concordam quanto aos ganhos que a Equoterapia traz relacionados à socialização do praticante. Isso acontece porque essa prática proporciona melhoras na concentração, processamento de pensamentos e sentimentos, habilidade de articular e controlar emoções, desenvolvimento da confiança, reforço de comportamentos adequados, e no contato com o animal, com outros membros da equipe de atendimento e com outros praticantes, cada qual com suas particularidades, ou seja, ocorre uma integração, de forma natural, à sociedade na qual o praticante convive.

A Equoterapia ocasiona uma relação mais próxima entre o praticante, seus pais e terapeuta, o que se dá porque a montaria proporciona estímulos ao desenvolvimento emocional e ao crescimento pessoal do praticante. Dentro desse contexto, é importante e imprescindível a presença do cavalo, que, por sua vez, faz interligações à similaridade do meio familiar, proporcionando a este, sensações como de hospitalidade e aceitação, o que facilita o desenvolvimento da atividade (SANTOS, 2000).

Medeiros e Dias (2002) dissertam a respeito do foco dos objetivos da Equoterapia, no qual a situação familiar e escolar ou profissional do praticante está diretamente ligada ao tratamento. Essa é uma intervenção em longo prazo e com particularidades e limitações diferentes a cada praticante. Sendo assim, todo o processo terapêutico é desenvolvido a partir de etapas interligadas entre a estrutura de cada sessão e o tempo de tratamento, e deve ser programado de forma individualizada e ter como base avaliações da capacidade dos praticantes, os quais devem ser reavaliados constantemente.

Na prática da Equoterapia, dentro de um contexto da Psicologia, pode-se citar como um dos principais objetivos o trabalho de estimulação da autoestima positiva, que por sua vez proporciona ao praticante momentos de satisfação, descontração e realização (CUDO, 2002).

Naschert (2006) ressalta a importância da participação do profissional de formação médica. Todos e quaisquer pacientes somente poderão iniciar o seu tratamento em Equoterapia após ser avaliado por um médico, que por sua vez deverá encaminhar o paciente para essa prática, junto com um atestado médico de solicitação do tratamento. Esse procedimento deve ser cumprido para que o paciente não seja exposto a nenhum risco.

A Equoterapia pode ser dividida em tipos de atendimentos diferentes, de acordo com Freire (1999):

- a) “Hipoterapia” – em que os estímulos enviados pelo ritmo do cavalo e as oscilações que chegam em forma de movimento ao corpo do praticante, trazem benefícios físicos e psicológicos;
- b) “Reeducação Equestre” – neste, o praticante deve ter certa autonomia, e seu principal objetivo enfoca a coordenação global;
- c) “Pré-esporte” – com atividades feitas em grupo, havendo a necessidade de organização de espaço e tempo, que os preparam para uma inserção na sociedade; e
- d) “Esporte” – em que o praticante pode participar de provas equestres, o que traz benefícios para a socialização, organização espacial, regulação da própria agressividade e uma melhora na estrutura da personalidade.

Lobo (2009) pontua, de maneira simplificada e detalhada, os estímulos diferenciados, proporcionados pela prática da Equoterapia/Equitação Terapêutica em relação à:

a) Percepção sensorial:

- a.1) Tato – contato com o corpo do cavalo, sentindo o pelo, musculatura, ossos e temperatura, contato de seu corpo com o corpo deste, por meio de pernas, braços e nádegas, percepção de formas e tamanhos de diferentes cavalos;
- a.2) Olfato – odor das baias, do cavalo, e do ambiente (árvores, terra etc.);
- a.3) Audição – sons emitidos pelo cavalo ao relinchar, respirar, mastigar, da ferradura contra o solo, bem como sua intensidade em cada passada, e sons do ambiente, vento, pássaros, árvores;
- a.4) Visão – aumento e profundidade do campo visual e novas perspectivas deste.

b) Desenvolvimento socioafetivo:

- b.1) Amizade – relação entre cavaleiro e cavalo, amizade entre praticantes e destes com a equipe de atendimento;
- b.2) Responsabilidade – de manejo do animal, como, por exemplo alimentação e bebida, limpeza, estado de saúde, manutenção das instalações;
- b.3) Respeito – ao cavalo, ao próximo, e às regras;
- b.4) Colaboração e trabalho em equipe – cavalo – cavaleiro, volteio - forma de aquecimento e tipos de exercícios específicos, estes tanto para o cavalo quanto para o cavaleiro, praticante – equipe;
- b.5) Confiança e autovalorização – confiança no cavalo, confiança na equipe;
- b.6) Autocontrole emocional – autorreflexão, disciplina pessoal, controle de suas emoções;
- b.7) Competitividade – superação, competições.

c) Desenvolvimento psicomotor:

- c.1) Equilíbrio – na montaria com diferentes passadas do animal, saída e parada, linha reta e curvas, subidas e descidas, pisos irregulares, experimentando diferentes sensações cinestésicas;
- c.2) Esquema corporal – consciência do próprio corpo, trabalho com figuras e espelho, volteio;
- c.3) Esquema temporal – orientação no tempo e estruturação espaço-temporal;
- c.4) Autocontrole – controle de movimentos involuntários, correção postural, precisão de gestos;
- c.5) Lateralidade – eixo corporal, força centrífuga e velocidade;
- c.6) Coordenação e dissociação – ação de pernas, de mãos e de ambas simultaneamente.
- d) Desenvolvimento corporal:
 - d.1) Aparelho respiratório – aumento da resistência, adquirindo melhora referente à fadiga e ao esforço;
 - d.2) Aparelho circulatório – todos os músculos do corpo são estimulados, o que ativa a circulação corpórea;
 - d.3) Sistema muscular – contração-relaxamento, flexão-extensão;
 - d.4) Sistema osteoarticular – estimulação de articulações inativas durante um longo período de tempo.

E assim afirma a psicóloga Opa (2000 apud CUDO, 2002, p. 92): “[...] através da experiência viva e vivida com o cavalo, a pessoa pode criar para si vários novos motivos para começar, continuar, modificar, aumentar ou permanecer na sua trajetória única e intransferível da arte de viver [...]”.

2.1.2 Indicações e contraindicações

A Equoterapia é indicada para pessoas, segundo Medeiros e Dias (2002), com:

- a) Síndromes neurológicas, tais como: Down, West, Rett, Soto e outras;
- b) Traumatismo cranioencefálico;
- c) Acidente vascular cerebral;
- d) Patologias ortopédicas: dismorfismos esqueléticos, cifoses e escolioses;
- e) Distúrbios sensoriais;
- f) Distúrbios comportamentais: formas psiquiátricas de psicoses infantis;
- g) Lesões cerebrais: traumas encefálicos, sequelas de processos inflamatórios do sistema nervoso central, paralisia cerebral, déficit de produção de movimento – paresias ou paralisias;
- h) Lesões de nervos periféricos: paralisias obstétricas do plexo braquial;
- i) Distúrbios da coordenação e da regulação de tônus muscular: espasticidade, distonias e distúrbios de equilíbrio. Déficits neuromotores por lesões da medula espinhal;
- j) Distúrbios psicossociais e outros.

Silveira e Frazão (1998) também destacam algumas patologias que podem participar de atendimentos em Equoterapia: desordens emocionais; retardo mental; distúrbios visuais e/ou auditivos; dificuldades em aprendizagem e fala; atraso no desenvolvimento neuropsicomotor; esclerose múltipla; dificuldades de atenção; amputações.

De acordo com Medeiros e Dias (2002), para a realização do tratamento equoterápico, as contraindicações mais comuns são:

- a) Cardiopatias agudas;

- b) Instabilidade atlantoaxial devida à Síndrome de Down;
- c) Subluxação de quadril;
- d) Osteoporose;
- e) Graves afecções da coluna vertebral como hérnia de disco, escoliose estrutural acima de 40 graus, esclerose em evolução, epífises de crescimento em estágio evolutivo e geralmente todas as afecções em fase aguda;
- f) Hipertensão (quando não está controlada);
- g) Alergia ao pelo do cavalo.

2.2 O CAVALO NA EQUOTERAPIA/EQUITAÇÃO TERAPÊUTICA

Naviaux (1988 apud ADÁRIO, 2005) afirma sobre o cavalo que este passou por um processo de 58 milhões de anos para chegar à sua forma atual, e destaca sobre a sua importância na história da humanidade. Existem registros de aproximadamente cinco mil anos em cavernas, e estes indicam que, desde então, o homem já montava o animal.

O cavalo é um animal sensível, aproximadamente 90% de seus comportamentos são instintivos, e apenas 5%, relacionados ao ambiente. Quando tratado adequadamente, ou seja, estando bem alimentado, limpo e em similaridade ao seu habitat natural, o animal pode ter 30 anos ou mais de vida, servindo ao homem em qualquer tipo de atividade. Seguindo essas instruções sobre o manejo com o animal, é reduzida significativamente a possibilidade de doenças, manias e vícios e comportamentos agressivos por parte deste, detalhes esses de muito valia para o processo Equoterápico (ADÁRIO, 2005).

Animal dócil, de porte e força, deixa-se montar, manusear e transforma-se em um amigo do praticante, é o elemento mais importante e atua como agente cinesioterapêutico, facilitador do processo ensino-aprendizagem, criando com o praticante um relacionamento afetivo importante, proporcionando a inserção ou reinserção social, tornando-se assim personagem na vida deste e ponto de contato sedutor com o mundo que o rodeia (ENGEL, 1997).

Com características diferentes da área urbana, a Equoterapia deve ser desenvolvida em um ambiente natural, onde há um picadeiro (pista com piso de areia ou grama) e área exterior, ou seja, em um ambiente em que haja árvores, plantas, terra, outros animais, as baias dos cavalos etc. Este conjunto de estímulos somados a todos aqueles que o cavalo proporciona ao praticante resultam em informações proprioceptivas e cinestésicas, propiciando uma nova imagem do próprio corpo e, quando associadas à abordagem do terapeuta, favorecem na formação do “eu” (LALLERY, 1992 apud MARCELINO; MELO, 2006).

Propicia, também, novos estímulos com novas percepções e vivências, o cavalo pode atuar como um espelho, onde podem ser vistas as dificuldades, progressos e vitórias, assim como atribuição de novos significados (SPINK, 1993).

O autor ainda faz uma explicação mais detalhada, afirmando que o praticante pode aprender a controlar emoções, como por exemplo, o medo inicial, antes da montaria, e assim trabalhar o enfrentamento de desafios, o ato de montar, e, após, sentir-se em uma posição superior, guiá-lo, dominá-lo. Mesmo sendo dócil, o praticante se sente controlando um animal de porte avantajado, o que o faz experimentar sentimentos relacionados à liberdade, independência e capacidade, fortalecendo assim a autoconfiança, autoestima e realização.

Considerado um instrumento que desencadeia fantasias afetivas e emocionais no praticante, o cavalo representa um objeto de polarização afetiva; a recuperação de sentimentos de segurança, autoestima, autonomia e adaptações emocionais são proporcionadas pela integração harmoniosa com o animal (FREIRE, 1999).

De acordo com Rasch (1989 apud SEVERO, 2002), a combinação das características de conformação, atitude, idade e adestramento anterior provém da maneira como um cavalo anda. E, para este cumprir com as necessidades de servir como um instrumento terapêutico, são necessários treinamentos específicos para organizar as precisas respostas.

Yack et al. (1997) afirmam que a coordenação e o equilíbrio do praticante respondem simultaneamente ao movimento do cavalo, o que traz ganhos relacionados ao controle postural, este influenciado pelos sistemas motores e sensoriais. Outro benefício bastante visível está relacionado ao sistema vestibular, influenciado por melhoras ocasionadas ao controle de cabeça e pescoço.

Buchene e Savini (1996 apud FREIRE, 1999) fazem explicações em relação ao movimento proporcionado pelo cavalo, o movimento tridimensional, e afirmam que o cavalo é considerado um instrumento cinesioterapêutico por conta da produção desse movimento.

Esse “movimento tridimensional” é esclarecido pelos mesmos autores, os quais destacam que esses movimentos são transmitidos em três eixos de direção, quais sejam: anteroposterior, ou seja, para frente e para trás, laterolateral, de um lado a outro, e longitudinal, para cima e para baixo; na finalização do movimento dessas direções, acontece ainda uma pequena torção da bacia do praticante, ocasionada por flexões laterais do dorso do animal.

Spink (1993) disserta sobre o movimento do cavalo e concorda com os autores acima, sobre o dorso do cavalo, durante a andadura passo, resultar em um movimento tridimensional; para frente e para trás, para um lado e para o outro e para cima e para baixo; no quadril de quem o monta. Esse processo se assemelha à marcha humana e exige do praticante reações de equilíbrio e correção postural, os quais são corrigidos por informações recebidas pelo cérebro do praticante, por meio de inúmeras terminações nervosas aferentes, e devolvidas ao corpo para que comportamentos adaptativos, resultantes desses estímulos sensoriais da Equoterapia, realizem novos ajustes motores.

Quando montado em um cavalo, o ser humano, de forma involuntária, realiza ajustes tônicos. Esse animal não fica totalmente parado, mesmo sem se locomover desempenha movimentos constantes por meio de troca de apoio das patas, flexões da coluna, de abaixar ou alongar o pescoço, quando move a cabeça para olhar para os lados, além de outros que estimulam no cavaleiro diversas reações musculares automáticas de adaptação. Estas acontecem para que o cavaleiro mantenha seu eixo de equilíbrio. Para se locomover, o cavalo realiza movimentos semelhantes à marcha humana, utilizando seus membros e patas para tanto; esse movimento é chamado de andadura (HORNE; CIRILLO, 2005).

Silveira e Frazão (1998) concordam com o autor anterior a respeito do movimento durante o passo do cavalo, e afirmam que este se assemelha à marcha humana, sendo cadenciado e rítmico, natural e repetitivo, e resulta em um movimento tridimensional do quadril do praticante, que, por sua vez, recebe informações sensoriais não impostas, mas sim recebidas de forma natural. Esses estímulos, transmitidos pelo passo do cavalo, trazem

benefícios relacionados ao equilíbrio, postura, controle motor, atividades funcionais, agilidade, dentre outros na questão física.

Uzun (2005) afirma que, em 1978, pela primeira vez, as andaduras do cavalo foram descritas por Baumann e são caracterizadas pelos membros que o cavalo apoia no solo, pelos que estão elevados e pelos tempos de suspensão desses membros.

Sendo assim, foram citados três tipos de andaduras naturais do cavalo: o passo, o trote e o galope (APÊNDICE D, FIGURA 1) (MEDEIROS; DIAS, 2002; UZUN, 2005).

Lermontov (2004) e Uzun (2005) dissertam sobre a andadura trote, que faz com que a coluna vertebral do praticante fique simétrica ao eixo longitudinal, movimento esse saltado e fixado, o qual possui dois tempos, quando duas pernas se movem por vez, estas na diagonal, podendo-se escutar duas batidas no solo.

Os mesmos autores simplificam também explicações sobre o galope, afirmando que, nesse caso, a coluna vertebral do praticante não se encontra em simetria com o eixo do cavalo; essa andadura é saltada, com movimentos mais rápidos, e possui três tempos, havendo três batidas no solo desde que um membro se eleva até que ele volte a bater; isso acontece porque dois membros se movimentam juntos, enquanto os outros dois, em sequências separadas.

Medeiros e Dias (2002) e Uzun (2005) afirmam que, na Equoterapia, a andadura mais utilizada é o passo; é natural, ritmado, lento e marchado, e cadenciado e em quatro tempos, em que as quatro patas trabalham de forma sequenciada, o que permite ouvir quatro batidas distintas e nítidas quando cada pata do animal toca o chão. É desse ritmo que surgem os movimentos tridimensionais.

O cavalo atua como coautor do desenvolvimento psicomotor do indivíduo, por meio dos movimentos rítmicos e sequenciados de suas andaduras naturais, o que proporciona diversas sensações por todo o corpo de quem o monta (NASCIMENTO; MADUREIRA, 2002).

2.3 TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE

A palavra transtorno é usada para indicar um conjunto de comportamentos e sintomas reconhecidos em clínica os quais trazem sofrimento e interferência com funções pessoais, assim sintetizado pela Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª revisão (CID-10), que afirma também que esse termo, transtorno, é usado para que se evite o uso da palavra “doença”, que por sua vez pode até trazer problemas maiores por ter apenas uma classificação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993).

Comportamento hiperativo, desatenção, falta de persistência em tarefas com envolvimento cognitivo, além da desorganização, são sintomas característicos de transtornos hipercinéticos indicados pela CID-10, que aparecem, usualmente, nos primeiros cinco anos de vida. O comportamento hiperativo tem características como a inquietação excessiva, necessidade de se remexer e fazer alguma algazarra. Geralmente, os pais ou responsáveis legais somente buscam orientação, médica ou psicológica, quando os limites de conduta são ultrapassados em determinadas situações ou quando comparam certas características com outros indivíduos da mesma idade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993).

A CID-10 faz uso do termo “Transtornos Hipercinéticos” e explica que não utiliza o termo “Déficit de Atenção” devido a implicações em relação ao conhecimento de processos psicológicos ainda não disponíveis, nos quais estão incluídas pessoas que, provavelmente, apresentam problemáticas diferentes, tais como crianças e adolescentes ansiosos, preocupados ou “sonhadores” apáticos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993).

Já Associação Americana de Psiquiatria (2002), por meio DSM-IV-TR, faz uso do termo Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade e indica que o diagnóstico pode ser revelado quando há a presença de sintomas que trazem prejuízos ao indivíduo; que causam interferências no âmbito familiar, escolar ou profissional. Caracterizado pela inquietação, esta ocasionada pela hiperatividade e desatenção, geralmente, é manifestado em situações que exijam que o indivíduo realize tarefas, estes, por terem dificuldades, acabam mudando de atividade, ou até mesmo a abandonando antes do seu término.

Alguns autores como Knapp et al. (2002) também destacam as características e trazem explicações sobre cada sintoma desse transtorno. A desatenção desencadeia: dificuldade na

atenção em relação a detalhes e erros por descuido nas atividades realizadas; dificuldade no foco de atenção em tarefas lúdicas e outras atividades; por vezes parece não escutar quando é chamado, começar e não terminar tarefas; dificuldade de organização nestas; dificuldade para envolver-se em atividades que exijam concentração; perder objetos; apresentar esquecimento em atividades diárias; e ser facilmente distraído por estímulos diversos.

Já a hiperatividade é percebida por características como a inquietação, quando o indivíduo se move constantemente na cadeira, ou agita mãos e pés, senta e levanta várias vezes em situações em que é necessário permanecer sentado, move-se com certa rapidez, corre e escala em situações não apropriadas, não brinca ou envolve-se em silêncio em atividades de lazer, fala em demasia, parece sempre ser desastrado e estar “ligado na tomada”, “a todo vapor”; e a impulsividade, que se caracteriza por respostas precipitadas, que acontecem mesmo antes de a pergunta ser concluída, por impaciência de aguardar a sua vez, por interromper as outras pessoas e intrometer-se em assuntos alheios (KNAPP et al., 2002).

Alguns dos sintomas de Desatenção estabelecidos pela Associação Americana de Psiquiatria (2002), no DSM-IV-TR, são:

- a) Frequentemente não presta atenção a detalhes e faz erros por descuido das tarefas escolares, trabalho ou outras atividades;
- b) Tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou brincadeiras;
- c) Parece não escutar quando lhe falam diretamente;
- d) Frequentemente não segue as instruções e não termina tarefas escolares, atribuições domésticas, ou deveres no trabalho (que não seja devido a comportamento desafiador ou incapacidade de entender as instruções);
- e) Tem dificuldade em organizar tarefas e atividades;
- f) Evita ou reluta em começar tarefas que exigem esforço mental (tais como tarefas escolares ou domésticas);
- g) Perde objetos necessários para as tarefas e atividades, tais como brinquedos, lápis, livros ou ferramentas;

- h) Distrai-se facilmente por estímulos externos;
- i) É frequentemente esquecido em atividades diárias.

Sintomas de Desatenção de acordo com a Organização Mundial de Saúde (1993), na CID-10, são:

- a) Interrompe tarefas prematuramente, deixa tarefas inacabadas;
- b) Muda frequentemente de uma atividade para outra;
- c) Perde o interesse em uma tarefa por se distrair com outra; e
- d) Falta de persistência em tarefas que requerem envolvimento cognitivo.

Alguns dos sintomas de Hiperatividade estabelecidos pela Associação Americana de Psiquiatria (2002), no DSM-IV-TR, são:

- a) Agita as mãos ou pés ou se remexe na cadeira;
- b) Sai do lugar na sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado;
- c) Corre ao redor de móveis ou os escala em demasia, em situações inadequadas (em adolescentes e adultos, pode ser sensação subjetiva de inquietude e impaciência);
- d) Com frequência, tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer;
- e) Está sempre em movimento, ou age como se estivesse “ligado a um motorzinho” ou “a mil” ou a “todo vapor”;
- f) Frequentemente fala excessivamente.

E, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (1993), na CID-10, os sintomas da hiperatividade são caracterizados por:

- a) Inquietar-se de forma excessiva, em especial nas situações que requerem calma relativa;
- b) Envolver, correr, pular ou levantar do lugar quando se espera que fique sentado;
- c) Fazer algazarra excessiva;
- d) Remexer-se constantemente; e
- e) Ter dificuldade de autocontrole no comportamento.

Atualmente, o maior desafio de um profissional de saúde mental é o de diagnosticar corretamente os transtornos psiquiátricos, e para isso existem alguns critérios, em que devem ser analisados: sinais e sintomas; o decorrer de manifestações comportamentais; temperamento; histórico familiar que possa trazer conteúdos influenciados pela genética; fatores ambientais; resposta a fármacos (ou drogas de abuso); e, quando indicado, exames complementares de clínica geral. O diagnóstico não pode ser baseado apenas em sintomas, pelo fato de existir a possibilidade de confundir características de diferentes transtornos. O TDAH pode ser confundido com outros transtornos pela semelhança de sintomas, mas apresenta um diferencial, o início da manifestação dos sinais se dá, geralmente, antes dos sete anos de idade. Há alguns anos, este era considerado um transtorno apenas infantil, mas por meio de várias pesquisas pôde-se perceber que, após certa idade, os sintomas de hiperatividade e impulsividade tendem a diminuir, porém o déficit de atenção pode persistir também na fase adulta (LARA, 2004).

A Organização Mundial de Saúde (1993), por meio da CID-10, trouxe discussões sobre o Diagnóstico Diferencial dos Transtornos Hiperativos, no qual está incluído o TDAH. Os transtornos invasivos do desenvolvimento se apresentam em anteposição em relação aos transtornos mistos; as dificuldades mais comuns no diagnóstico estão relacionadas à diferenciação com o transtorno de conduta, sendo que, quando há o preenchimento satisfatório dos critérios diagnósticos, o transtorno hiperativo tem a preferência de diagnóstico sobre o transtorno de conduta; há a presença da desatenção e hiperatividade em graus leves, porém se essas características forem invasivas e graves, deve ser diagnosticado o “Transtorno de Conduta Hiperativo”.

Outra questão problema, indicada pela CID-10, a desatenção e a hiperatividade podem estar associadas a consequências de sintomas dos transtornos de ansiedade e de depressão. Nesse caso, o diagnóstico não deve estar relacionado ao transtorno hipercinético; assim também acontece em casos em que são satisfeitos os critérios para o transtorno de humor, os quais também apresentam comprometimento da concentração e agitação psicomotora.

Quando o comportamento hiperativo tem início de forma aguda em crianças com idade escolar, a CID-10 indica a probabilidade da decorrência de algum transtorno reativo (psicogênico ou orgânico), esquizofrenia, estado maníaco ou doença neurológica, excluindo a possibilidade da presença de transtornos de ansiedade, transtorno do humor e transtornos invasivos do desenvolvimento.

A CID-10 também faz considerações quanto à “Perturbação da atividade e atenção”, que por sua vez possui subdivisões, nas quais se encontram classificados: o TDAH, o Transtorno de Conduta Hiperkinética, Outros Transtornos Hiperkinéticos e o Transtorno Hiperkinético não especificado, porém exclui o Transtorno Hiperkinético associado à Transtorno de Conduta. Além disso, explica que as consequências sofridas por crianças, adolescentes e adultos podem ser influenciadas pela associação ou não à agressão, delinquência e comportamento antissocial, questões que, de acordo com sua presença ou ausência, favorecem a subdivisão dos transtornos hiperkinéticos.

O desenvolvimento emocional e acadêmico de indivíduos é comumente prejudicado pela presença do TDAH. Quando há suspeitas desse transtorno, deve haver um encaminhamento à profissionais capacitados para diagnosticar e, se necessário, sugerir formas de tratamento. Para essa tarefa, são indicados o neuropediatra, equipes interdisciplinares e o psiquiatra, que têm um importante papel devido às associações comuns nos indivíduos com esse transtorno, associações essas caracterizadas por problemas emocionais como: depressão, ansiedade, transtorno bipolar, transtorno opositivo-desafiador, transtornos de conduta e transtorno obsessivo-compulsivo (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2000; SOUZA, 2001: apud ARAÚJO, 2002).

Rohde e Mattos (2003) ressaltam também sobre um agravante característico desse transtorno: em 50% dos casos, vem acompanhado por comorbidades; geralmente, transtornos do aprendizado, do humor ou de ansiedade, transtornos disruptivos do comportamento e transtornos do abuso de álcool ou de substâncias são frequentemente característicos.

Esses sintomas, apresentados de forma isolada, podem também acarretar problemas e dificuldades em diferentes setores na vida de crianças e/ou adolescentes, como em suas relações sociais (família, amigos, relacionamentos amorosos) e/ou em seu processo de aprendizagem. Isso pode confundir o diagnóstico, ou seja, podem estar associados a outros transtornos da idade ou a situações de estresse, que podem tê-los desencadeado, e não ao TDAH (KNAPP et al., 2002).

Esses autores afirmam que existem alguns detalhes que indicam e confirmam a presença do transtorno, tais como a duração dos três principais sintomas do TDAH, que podem ser percebidos desde a primeira infância; a presença intensa e frequente destes, durante um período prolongado, por vários meses; quando os sintomas são percebidos em ambientes diferentes e ao longo do tempo; quando esses sintomas causam prejuízos clinicamente significativos; e o entendimento de cada sintoma separadamente, para que, assim, possa ser constatado se são apenas sintomas em resposta a outros eventos ou se, de fato, estão diretamente ligados ao transtorno (KNAPP et al., 2002).

A presença do TDAH também pode ser percebida por meio de inquietação no berço, assim como pela presença de comportamentos com energia excessiva em idades pré-escolares, e podem ser comparados aos de outras crianças com a mesma faixa etária. Estes são indícios que se manifestam precocemente. No entanto, quando iniciados na vida escolar, ficam mais evidentes, e destacam-se por causarem prejuízo e por não serem tolerados nesse ambiente (NOLAN, 2001 apud ARAÚJO, 2002).

Souza et al. (2007) apontam que, geralmente, o TDAH é reconhecido em idade escolar, sendo percebido pelos professores; é quando a inquietude e a desatenção são evidenciadas por conta de dificuldades encontradas em sala de aula, e é quando esses profissionais podem fazer comparações com indivíduos da mesma idade, ambiente e situações vivenciadas. Segundo Knapp et al. (2002), a presença desse transtorno pode ser reconhecida por características que levam ao diagnóstico deste, tanto em clínicas e escolas quanto, na própria convivência em ambiente familiar. São três os principais sintomas do TDAH: a desatenção, a hiperatividade e a impulsividade.

Nolan (2001 apud ARAÚJO, 2002) afirma que o comportamento psicomotor e mental do indivíduo é o que aponta o grau de sua atividade. Nesse contexto, incluem-se motivações, desejos, impulsos e atos. Esse comportamento motor e mental tem sua adequação de acordo

com a idade e ambiente, ou não; quando esse comportamento tem características que se destacam, por ser excessivo e inadequado, designa-se de hiperatividade, a qual, também pode ser denominada por inquietação, excitação, agitação, nervosismo, insônia, angústia, dentre outros atributos desse comportamento.

O desempenho escolar e os relacionamentos em ambientes familiar escolar e na vida social de maneira geral são prejudicados pela presença das características do TDAH, na qual uma consequência negativa é a vulnerabilidade a complicações psicossociais. Então, são indicadas intervenções especializadas para que seja feito o tratamento adequado, amenizando assim os prejuízos trazidos pelo transtorno (ROHDE; MATTOS, 2003).

Brito (1999 apud ARAÚJO, 2002) destaca três formas diferentes do TDAH se apresentar, quais sejam: TDAH com predomínio da desatenção, com predomínio da hiperatividade/impulsividade ou de forma combinada, ou seja, desatenção somada à hiperatividade/impulsividade.

Segundo a Associação Americana de Psiquiatria (2002), por meio do DSM-IV-TR, o TDAH pode ser dividido em subtipos, em que os sintomas dos últimos seis meses são levados em consideração:

- a) Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Combinado. A maioria das crianças e adolescentes que têm o transtorno, enquadram-se neste tipo do TDAH, caracterizado quando há a presença de seis ou mais sintomas de desatenção e seis ou mais sintomas de hiperatividade-impulsividade;
- b) Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Desatento. É caracterizado quando há a presença de seis ou mais sintomas de desatenção e menos de seis sintomas de hiperatividade há pelo menos seis meses;
- c) Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo. É caracterizado quando há a presença de menos de seis sintomas de desatenção e seis ou mais sintomas de hiperatividade-impulsividade, lembrando que a desatenção pode ser um aspecto clínico significativo nesses casos.

Para este estudo foi escolhido o tipo combinado do TDAH, devido à presença da soma de características tanto da desatenção quanto da hiperatividade/impulsividade. Este, por sua

vez, traz maiores prejuízos à vida das crianças e adolescentes em ambiente escolar e familiar. Andrade (2003) traz explicações e comparações sobre o tipo combinado em relação aos outros tipos deste transtorno. O autor afirma que este tipo, o combinado, sofre um maior comprometimento acadêmico, baixa autoestima, e apresenta comportamentos mais agressivos, o que traz como consequência um mal funcionamento social, ou seja, altas taxas de rejeição e impopularidade, e isso acontece porque tipos como este agem sem pensar, são inadequados socialmente e falham em fazer planos e prever situações em relação ao conhecimento que possuem e do que é esperado que façam.

2.3.1 Teorias Etiológicas

De acordo com Souza e Souza (2011), o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade ainda tem sua causa desconhecida. A influência genética é comprovada por alguns estudos que apontam a presença desse transtorno em parentes das crianças e adolescentes que convivem com este. Substâncias ingeridas pela mãe durante o período da gravidez, como nicotina e álcool, também podem ter relação com as causas, assim como o sofrimento do feto na hora de nascer, a exposição a chumbo, entre outros. Já problemas familiares podem aumentar a intensidade das características sintomatológicas do TDAH, mas não os causar.

O médico inglês, George Still, no século XX, foi responsável pelas primeiras descrições médicas sobre o TDAH. Este concluiu que o transtorno era um efeito no controle da moral, podendo ter influências biológicas, como sendo hereditárias, ou relacionado a uma lesão cerebral adquirida. Até então, naqueles anos, acreditava-se que o transtorno era consequência de depravação e/ou má educação (MONTEIRO, 2005 apud ANDRADE; LOHR JÚNIOR, 2007).

Esses conhecimentos perduraram até 1960; a partir daí, com novos estudos referentes a este tema, encontraram-se resultados de que as disfunções neurofisiológicas eram mais adequadas para a etiologia do transtorno (ROHDE; HALPERN, 2004).

O TDAH foi assunto de discussões durante os anos de 1960, pois havia indícios de sua existência, mas não existiam evidências com bases biológicas. Falava-se que esse transtorno era uma forma de fuga dos pais para justificar o mau comportamento dos filhos. Após esse

período, de discussões e incertezas, novas descobertas começaram a aparecer, fazendo a ligação do TDAH com problemas de certos tipos de neurotransmissores como a dopamina e a noradrenalina (MESSINA; TIEDEMANN, 2006).

Johnston et al. (2001 apud ARAÚJO, 2002) afirmam que a patogênese do TDAH é resultado tanto de fatores genéticos como de fatores ambientais, e estudos apontam também fenotípicos familiares, bem como marcadores genéticos.

Estudos recentes indicam que o TDAH pode aparecer devido a um desequilíbrio químico no cérebro. Nesses estudos, houve melhora aparente por meio da psicofarmacologia, o que levou muitos pesquisadores a acreditar nessa hipótese (CASTELLANOS et al., 1997; FARAONE et al., 1998; SWANSON et al., 1998: apud MESSINA; TIEDEMANN, 2006).

Stubbe (2000) sugeriu que a causa do TDAH poderia estar relacionada a problemas com neurotransmissores, como a dopamina e a noradrenalina; Carter et al. (1995 apud MESSINA; TIEDEMANN, 2006) verificaram as regiões de distribuição de neurotransmissores do funcionamento cerebral associadas ao TDAH. Já Swanson et al. (1998) conseguiram, por meio desses estudos anteriores, elaborar um esquema da correlação entre os sintomas do transtorno e áreas cerebrais (rede neural) envolvidas:

- a) Dificuldade de sustentar a atenção: lobo frontal direito;
- b) Não termina as tarefas: lobo parietal posterior direito;
- c) Evita tarefas que requerem esforço mental prolongado: lócus cerúleo;
- d) Distrai-se com estímulos alheios: lobo parietal bilateral;
- e) Parece não escutar: colículos superiores;
- f) Falha em manter a atenção em detalhes: tálamo.
- g) Responde precipitadamente: região cingular anterior;
- h) Interrompe ou intromete em assuntos dos outros: região frontal lateral esquerda;
- i) Dificuldade de esperar a vez: glândulas basais.

Newcorn et al. (1998 apud PASTURA; MATTOS, 2004) descobriram três hipóteses sobre o papel de receptores alfa-adrenérgicos na fisiopatologia do TDAH:

- a) O importante papel da atenção, na questão de processamento seletivo de informações recebidas, tem como responsável o Locus Ceruleus, que, por sua vez, quando há a presença de uma disfunção em seus receptores, reage a qualquer estímulo e não sustenta a atenção em apenas um estímulo; estes receptores são alfa-adrenérgicos e são responsáveis pela modulação da resposta dessa estrutura aos distratores internos e externos;
- b) O Córtex Parietal Posterior também tem suas funções na atenção, por meio de fibras noradrenérgicas procedentes do Locus Ceruleus. Com o perfeito funcionamento dessas fibras, essa região do cérebro estaria pronta para responder a qualquer estímulo, e o seu mau funcionamento implica o déficit de atenção;
- c) No Córtex Pré-frontal estão localizados os neurônios noradrenérgicos, que têm, dentre suas funções, estimular essa área do cérebro a processar estímulos relevantes, inibir irrelevantes e restringir o comportamento hiperativo, sendo assim, sua disfunção afetaria também a atenção.

Por outro lado, um estudo de Gusmão (2009) indica que as características do TDAH podem ser negativamente influenciadas, por meio do contexto psicossocial no qual a criança vive, características essas relacionadas ao excesso de estimulação do mundo contemporâneo.

Como exemplo, a autora alerta sobre a existência da relação entre o uso de aparelhos eletrônicos em excesso e o surgimento de problemas comportamentais, tais como a hiperatividade e desatenção, evidenciando um aumento no diagnóstico do TDAH em crianças e adolescentes com idade escolar, cuja maior dificuldade está em se focar nas atividades escolares.

Vasconcelos et al. (2005) destacam que o TDAH tem sua etiologia ligada à combinação de contribuições genéticas e fatores psicossociais, as quais são indicadas como influentes nas características do transtorno. Para um complemento e reafirmação do que foi dito logo acima, Andrade e Lohr Júnior (2007) concluem que o TDAH parece não ter apenas causas multifatoriais, mas também é influenciado por aspectos bioquímicos e neurológicos,

psicológicos e ambientais. Estes ainda complementam que, nos estudos mais atuais, em estudos que fizeram o uso da neuroimagem, pôde-se notar certa redução do metabolismo e volume nas regiões estriatal, cerebelar e frontal, sendo que esta última está no Lobo Frontal, o qual exerce funções sobre os aspectos sintomatológicos. E, com a presença do transtorno, essa região não consegue selecionar determinados estímulos desnecessários recebidos pelo cérebro, e recebe todos eles. Como consequência disso, o indivíduo não consegue focar sua atenção em um determinado estímulo por muito tempo.

Milberger et al. (1996 apud ANDRADE; LOHR JÚNIOR, 2007) e Rohde e Hutz (2002 apud MESSINA; TIEDEMANN, 2006) afirmam ter encontrado evidências de componentes hereditários nos indivíduos com TDAH. Encontraram genes vulneráveis e de risco, o que possivelmente poderia aumentar as chances de uma criança apresentar o transtorno.

2.3.2 Prevalência

Golfeto e Barbosa (2003) apontam alguns estudos realizados por diferentes autores, em diferentes países, em relação à prevalência do TDAH em idade escolar, entre os anos de 1990 e 2001. Em todos estes estudos foram utilizados os critérios diagnóstico do DSM-III-R e DSM-IV; nos resultados, a porcentagem variou entre 3 e 6%, e chegou até a 9,6 e 17,8% na Alemanha, mas destacou-se as variações que podem acontecer de acordo com as fontes de informações, sendo estas usadas apenas as dos pais, ou as da criança e dos pais.

No Brasil, em Niterói-RJ, foram analisadas amostras de escolares, e encontrados resultados de 17,1% (FONTANA et al., 2007); Golfeto e Barbosa (2003) relataram um estudo de um psiquiatra que, também utilizando os critérios diagnósticos do DSM-IV para TDAH, em jovens de 12 e 14 anos de idade, encontrou resultado de prevalência de 5,8%. Outro estudo brasileiro relatou que após os 13 anos de idade, acontece, naturalmente, uma diminuição dos sintomas do transtorno; outros autores destacaram a diferença de prevalência entre os sexos, sendo que o transtorno é mais frequente em meninos, aproximadamente 9,2%, do que em meninas, aproximadamente 3%, tendo sido avaliados jovens entre 4 e 11 anos de idade.

Autores, como Knapp et al. (2002), afirmam que a prevalência no Brasil é de, 3 a 6% de crianças e adolescentes, com este transtorno, que por suas características específicas, traz grandes prejuízos em seu desenvolvimento de maneira geral, principalmente em ambientes familiar e escolar, e conseqüentemente na sua vida social.

O TDAH, independente da população analisada, tem sua porcentagem em diagnóstico maior em meninos do que em meninas. Em alguns estudos, essa diferença chega até (M:F) 9:1 (SCAHILL; SCHWAB-STONE, 2000 apud VASCONCELOS et al., 2003); mas, em média, ou seja, relacionando resultados de várias pesquisas, encontra-se uma razão de (M:F) 4:1 para o Tipo predominante hiperativo-impulsivo, e de 2:1 para o Tipo predominante desatento (ZAMETKIN; ERNST, 1999 apud VASCONCELOS et al., 2003).

Uma situação que exerce influência direta na prevalência é em relação à definição de TDAH, à qualidade do informante, ao comprometimento da função além da pontuação dos sintomas, e principalmente aos métodos de coleta de dados. Esse fato pode ser exemplificado porque estudos anteriores a 1994 têm tendência a apresentar taxas mais altas de prevalência por terem tido como base os critérios diagnósticos do DSM-III e DSM-III-R, ou seja, diferentes dos usados atualmente (SCAHILL; SCHWAB-STONE, 2000; BROWN et al., 2001: apud VASCONCELOS et al., 2003).

Rohde et al. (1998 apud FONTANA et al., 2007) apontam, de forma similar, variáveis para encontrar a prevalência do TDAH, as quais são o tipo de amostra, instrumentos e critério diagnósticos adotados e, principalmente, a influência da fonte de informações, obtidos por meio dos pais, da criança ou adolescente e professores, dentro do processo de avaliação diagnóstica.

Reiff e Stein (2003 apud FONTANA et al., 2007) dissertam sobre 11 estudos epidemiológicos comunitários nos quais a prevalência desse transtorno ficou em torno de 4 e 12%, em amostras de escolares. As taxas encontradas nesses estudos podem variar de 0,5% a 26%, e essa variação pode ter influências ligadas diretamente às questões psicossociais associadas a famílias, socioeconomicamente desfavorecidas (RODHE et al. 1998; NEWCORN et al., 1994: apud FONTANA et al., 2007).

De acordo com um estudo clínico, relacionado à prevalência por tipos de TDAH, Carlson e Mann (2000 apud ANDRADE, 2003) encontraram, nos seus resultados, 55% do TDAH do tipo combinado e 26% do tipo desatento em seus pacientes. Outro estudo, este de

Rohde (2002 apud ANDRADE, 2003), realizado no Programa de Desatenção e Hiperatividade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, também citado pelos autores acima, encontrou em uma amostra de 285 pacientes, 62,5%, de prevalência do tipo combinado, 26,5% do tipo desatento e 11,2% do tipo hiperativo/impulsivo.

Então, analisando todos esses resultados, pode-se concluir que, mesmo com taxas baixas ou mais elevadas, é evidente a presença desse distúrbio nas populações escolares. Essa presença é mais comum entre os meninos, e o subtipo prevalente é o Tipo Combinado, em que há presença da desatenção e hiperatividade-impulsividade (FONTANA et al., 2007).

2.3.3 Crianças e adolescentes com TDAH em idade escolar

Para um bom rendimento na fase de aprendizagem, é necessário que o indivíduo em idade escolar apresente habilidades para adaptação ao ambiente, comportamento adequado quanto ao relacionamento interpessoal e boas notas (SOUZA et al., 2007).

É necessário ressaltar a importância de investigação e de tratamento para portadores do TDAH. Indica-se o acompanhamento profissional desde o momento em que se descobriu a presença deste, para que traga menos prejuízos na vida acadêmica da criança (PASTURA; MATTOS; ARAÚJO, 2005).

Klein e Mannuzza (1991 apud PASTURA; MATTOS; ARAÚJO, 2005) concordam com a importância de diagnosticar precocemente a presença do TDAH, não apenas pelo fato da necessidade de um acompanhamento profissional para uma melhor qualidade de vida desse indivíduo, como também para amenizar o sofrimento pessoal e familiar, assim como as consequências deste na vida adulta.

No processo de aprendizagem em geral, é necessária a presença da atenção seletiva apenas a estímulos relevantes, sendo que, quando há algum déficit nessa questão, frequentemente vai existir um comprometimento no rendimento escolar. A maior dificuldade de crianças e adolescentes com TDAH, associada ou não à hiperatividade, é de manter sua atenção por um período prolongado de tempo, assim como fazer a seleção da informação relevante, detalhes esses necessários para estruturar e executar uma tarefa. Então, pode-se dizer que em situações grupais, como por exemplo, em sala de aula, onde existe grande

quantidade de informações, essas dificuldades ficam mais evidentes, pois nestas, faz-se preciso a atenção sustentada e seletiva (BRIOSIA; SARRIÀ, 1993 apud MOOJEN; DORNELES; COSTA, 2003).

O TDAH, por apresentar características que interferem no rendimento escolar, especificamente na leitura, escrita e matemática, faz parte da Dificuldade de Aprendizagem/Transtornos de Aprendizagem. Essa afirmação é citada pelos manuais DSM-IV (1995) e CID-10 (1993), que destacam que dificuldades de leitura, escrita e matemática, interferem no rendimento escolar e vida diária do indivíduo; e assim fazem o TDAH estar associado aos Transtornos Específicos do Desenvolvimento de Habilidades Escolares (MOOJEN; DORNELES; COSTA, 2003).

De acordo com alguns estudos, pode-se afirmar que a presença do transtorno com suas características têm influência direta no desempenho escolar de crianças e adolescentes diagnosticados. Esses estudos apontam que estes têm muito mais dificuldade em terminar seus estudos, dificuldades essas causadas pela presença da desatenção, hiperatividade e impulsividade; o que costuma leva à repetência, à necessidade de aulas particulares, salas especiais, dentre outras decisões tomadas pela escola (WEISS et al., 1985; BARKLEY et al., 1990; MANNUZZA et al., 1993, 1997: apud PASTURA; MATTOS; ARAÚJO, 2005).

Nolan (2001 apud ARAÚJO, 2002) afirma que as características desse transtorno, como por exemplo, a desatenção, comprometem o desempenho escolar, pois estas se agravam, à medida que aumentam a complexidade e quantidade de material didático, justamente quando se cobra do aluno maior memorização e foco de atenção aos detalhes do que se está sendo aprendido. Vera et al. (2006) também salientam que o TDAH traz prejuízos na vida escolar, devido à importância do processo de atenção para uma aprendizagem adequada na fase de aquisição e desenvolvimento de linguagem.

Alguns estudos apontam influências negativas vindas das características desse transtorno. Esses estudos sugerem que os sintomas da desatenção se associam diretamente a comprometimentos acadêmicos e neuropsicológicos, enquanto os sintomas da hiperatividade/impulsividade são associados a problemas de comportamentos, que por sua vez também trazem prejuízos, diretos, ao desenvolvimento acadêmico (CHHABILDAS et al., 2001; GADOW et al., 2004; SCHMITZ et al., 2002: apud COUTINHO; MATTOS; ARAÚJO, 2007).

Outro estudo, este de Lahey et al. (2005 apud COUTINHO; MATTOS; ARAÚJO, 2007) relata que os sintomas da desatenção aumentam de acordo com o que o indivíduo passa de uma série para outra mais avançada, o que poderia estar associado ao aumento da demanda em sala de aula. Por outro lado, os sintomas da hiperatividade/impulsividade tendem a diminuir com o avanço da idade. Ressaltou também que o tipo combinado, presença do déficit de atenção somado à hiperatividade/impulsividade, assemelha-se ao tipo desatento, e ambos trazem maiores prejuízos em ambiente escolar e familiar.

Del Prette e Del Prette (2003) relatam que problemas com habilidades sociais acarretam comportamentos agressivos e antissociais, que dificultam objetivos e pré-requisitos educacionais, estes diretamente ligados ao desempenho escolar. O treinamento dessas habilidades facilita o aprendizado para lidar com situações, como raiva, provocações, críticas, fracassos, resolução de problemas interpessoais e para buscar alternativas, de modo a excluir a agressão, assim como aprender a expressar de forma adequada suas críticas, desagradados, recusas, e discórdias.

Crianças e adolescentes com TDAH do tipo combinado apresentam comportamentos agressivos e impulsivos. Estes apresentam déficit na inibição de seu comportamento, não pensando na hora de agir, estando assim propensos a sofrer rejeição por parte de seus colegas, características essas também encontradas no transtorno de conduta. Essas crianças e adolescentes, que foram rejeitados, além da baixa autoestima, tendem a buscar a socialização com frequentes tentativas, mas encontram dificuldades, por serem, extremamente argumentativas, ativas e falantes, e incapazes de cooperar, esperar a sua vez ou compartilhar (BIDERMAN et al., 1998, 1999; ROHDE et al., 1998, 2000; PFIFFNER et al., 2000: apud ANDRADE, 2003).

Ainda sobre as consequências dos sintomas desse transtorno, Silva, A. (2003), também disserta sobre o sofrimento dos indivíduos em relação à baixa autoestima, que, se não tratada, pode se tornar crônica. Essa situação pode acontecer devido ao desenvolvimento de uma autoimagem negativa, ocasionada por muitas críticas e incompreensão por parte de pessoas de seu convívio, e também pelas próprias dificuldades causadas pelos sintomas do transtorno, tais como distração, impulsividade, desorganização, os quais, em algum momento, podem desenvolver uma autopercepção de inadequação e incapacidade.

Brioso e Sarrià (1995 apud BONOTO, 2008) ressaltam que a criança hiperativa tem baixa tolerância à frustração, de modo que, para que haja um trabalho de ensino adequado, é necessário que o professor siga etapa por etapa do processo de aprendizagem, dificultando os exercícios gradativamente, completando uma fase para então iniciar outra; essa evolução leve e gradual evitará experiências de fracasso.

2.3.4 Tratamento

Existem casos, em que o uso de medicações é necessário para ajudar no seu foco de atenção e comportamento na escola, mas as intervenções psicoterápicas, com a criança e/ou adolescente e com sua família, são fundamentais junto com o tratamento medicamentoso. Assim como em outros casos, apenas as intervenções psicoterápicas conseguem amenizar os sintomas do transtorno (KNAPP et al., 2002).

Pastura e Mattos (2004), após avaliarem muitos estudos, afirmam que o tratamento para o TDAH pode ocorrer por meio do Metilfenidato, medicação essa considerada clinicamente segura e com características de efeitos colaterais satisfatórias, quando receitado e usado de forma correta. Seus efeitos, em curto prazo, são de baixa gravidade, autolimitados, dose-dependentes e de fácil controle pelo médico. Já os efeitos em longo prazo, apesar de terem sido menos estudados, não são considerados graves, com exceção à dependência física e psíquica, que raramente ocorre.

Os medicamentos têm a função de ajudar a normalizar os neurotransmissores durante o período de seu uso, o que apenas ameniza as características do transtorno. Com o correto uso destes, pode-se ajudar crianças, adolescentes ou adultos que vivem com a presença desse transtorno, a minimizar as consequências negativas emocionais, acadêmicas e sociais (ARAÚJO, 2002).

Mesmo os dados de inúmeras investigações, não sendo definitivos, autores especialistas no assunto já podem afirmar que a fisiopatologia do TDAH está diretamente ligada a alterações dopaminérgicas e noradrenérgicas. Essa afirmação se deve ao fato de os medicamentos capazes de agir contra os sintomas desse transtorno conterem substâncias que elevam as quantidades de dopamina e noradrenalina, medicamentos esses que são

estimulantes psíquicos, tais como o metilfenidato e a d-anfetamina (BAKLEY, 1997 apud MESSINA; TIEDEMANN, 2006).

Estes fármacos, assim como também a pemolina (este não disponível no Brasil), são os que têm apresentado melhores resultados no tratamento do transtorno. Atuando no aumento da dopamina, podem ser responsáveis pela sincronização do tálamo com o córtex frontal, ativando os circuitos ligados ao mecanismo geral da atenção e concentração voluntária.

Alguns autores colocam os estimulantes como primeira opção de medicamento para o TDAH, o qual pode ser usado como forma habitual ou de ação prolongada, geralmente em casos de predomínio da desatenção. Outras substâncias podem ser indicadas como primeira opção, quando existir outros diagnósticos associados ou comorbidades (JAMES et al., 2001; WOLRAICH et al., 2001; KUBE; SHAPIRO, 1996: apud ARAÚJO, 2002).

É importante que o médico, pediatra, neuropediatra ou psiquiatra, responsável pela prescrição da medicação esteja seguro em relação ao uso desta, por conta de efeitos colaterais que ela pode causar e também para que a família sinta a segurança devida para aderir e dar continuidade ao tratamento, mesmo porque, nesses casos, o uso do medicamento é por um longo período (ARAÚJO, 2002).

Como exemplo, essa autora ainda ressalta que, para melhorar a atenção e hiperatividade, são usados os estimulantes, que não têm ação sobre a depressão e podem vir acompanhados de efeitos colaterais como insônia, irritabilidade, perda de peso e atraso no crescimento. Os depressivos atuam sobre a ansiedade e depressão, mas podem causar arritmias e retenção urinária; já para a impulsividade, é indicado a clonidina, mas esta pode vir acompanhada de sedação, bradicardia e depressão.

Estudos apontam sobre efeitos colaterais de psicoestimulantes, com cujo uso apenas parte das amostras apresentou algum sintoma, mas não houve nenhum caso que tenha passado de um grau moderado de intensidade. Foi confirmada a hipótese de que os efeitos dos psicoestimulantes são dose-dependentes, e podem desaparecer e diminuir de acordo com a dose ou com o tempo de uso (ADESMAN; MORGAN, 1999; BARKLEY et al., 1990: apud PASTURA; MATTOS, 2004).

Barkley (1997 apud MESSINA; TIEDEMANN, 2006) descreve que uma falha na inibição comportamental seria o déficit central desse transtorno, e que as demais funções

executivas seriam consequência. Sintomas como hiperatividade, desatenção e impulsividade, vistos nos pacientes são causados por esta falha. Ele mostra também que o TDAH vai muito além de apenas desatenção e hiperatividade, afirma que é um distúrbio de alocação de recursos cognitivos e automonitoração. Com todas essas características, é importante salientar que o tratamento de crianças e adolescentes com esse transtorno, não pode se limitar apenas a medicações, deve-se seguir também um processo psicoterapêutico.

Então, após todas essas discussões, pode-se apontar a importância do tratamento farmacológico (em casos em que há a necessidade) somado a uma intervenção objetiva orientada sobre o indivíduo e sobre o seu meio, para buscar resultados quanto ao seu tratamento completo, ou ao menos, que o transtorno seja compreendido em sua totalidade, para que assim possam ser feitas as ações e adaptações necessárias para melhorar seu desempenho funcional (MESSINA; TIEDEMANN, 2006).

Para o tratamento de crianças e adolescentes com TDAH ser eficaz, deve estar incluído no programa uma orientação à família e à escola. Nesse sentido, em ambiente familiar devem ser estabelecidas, de forma clara e definidas, regras e normas de comportamento, um espaço físico com poucos fatores de informação para a execução de deveres e tarefas, como também orientação para não castigar a criança em excesso, e a importância de se estabelecer horários regrados para as refeições, dormir, deveres e diversão (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2000; HILL et al., 2001; FRANKEL et al., 1997; MATTOS et al., 2001; SCHWEITZER et al., 2001: apud ARAÚJO, 2002).

Outro estudo, de Safren et al. (2004 apud ANDRADE; LOHR JÚNIOR, 2007), também ressalta a importância de intervenções não medicamentosas. Para a redução dos sintomas, estas devem ser focadas em contextos psicossociais, sendo necessárias explicações detalhadas, escolares e psicoterápicas, aos pais e responsáveis e a familiares.

Para Andrade e Lohr Júnior (2007) alguns autores como Pelham, Wheeler e Chronis (1998), Sonuga-Barke, Daley, Thompson, Laver-Bradbury e Weeks (2001) e Silva (2003) realizaram estudos que resultaram em conclusões sobre a diminuição dos sintomas desse transtorno, por meio de orientação à família, que deve ser treinada para reforçar comportamentos adaptativos socialmente e punir comportamentos disfuncionais. Isso envolve uma vida cotidiana organizada com horário e obrigações a serem cumpridos, local de estudo com poucos estímulos visuais e sonoros, entre outros.

Rohde e Halpern (2004) concordam com os autores acima, e destacam a importância de intervenções psicossociais. Educar a família, com explicações claras e objetivas, é um ponto fundamental para o tratamento e adaptação comportamental do indivíduo com o transtorno. Essa educação é exemplificada por: a) explicações sobre o transtorno; b) instruções sobre intervenções comportamentais, posturas adequadas perante os sintomas dos filhos; c) estratégias de organização (incluindo de ambientes para estudos, entre outros e planejamento das atividades; d) treinamento de técnicas de comandos positivos, para o reforço do comportamento adaptativo social.

A presença dessas orientações em âmbito escolar também é importante. Os profissionais, envolvidos na vida educacional desse indivíduo, devem estar cientes da presença do transtorno, assim como devem receber orientações para lidar com este em sala de aula. A sala onde este indivíduo estuda deve obter poucos estímulos visuais e sonoros, de preferência uma sala pequena com poucos alunos, para aumentar o rendimento escolar, e esse aluno deve se sentar o mais próximo possível do professor, e na fileira do meio, para que assim tenha sua distração reduzida (CARBONE, 2001; GARDILL et al., 1996; ROTTA et al., 2005: apud ANDRADE; LOHR JÚNIOR, 2007).

Em relação ao âmbito escolar, Araújo (2002) concorda com a necessidade de conhecimento sobre o TDAH por parte dos profissionais, para que assim possam ter uma boa relação com o aluno, e para que saibam que é preciso ter uma atenção diferenciada com este em sala de aula. Alguns exemplos de detalhes que fazem diferença nessa situação: sala de aula com, no máximo, 20 alunos; uma sala organizada e com poucas informações, para evitar (diminuir) momentos de dispersão; colocar o aluno em uma carteira próxima ao/a professor/a; e, este deve ter uma “permissão especial” para completar tarefas inacabadas, mesmo depois do tempo dado. Com essas sugestões, com a devida compreensão dos professores e da escola, com a atenção de cuidado e limites necessários e intervenção terapêutica, o aluno com TDAH pode adaptar-se e, assim, obter um desenvolvimento acadêmico sem comprometimentos.

Já Rohde e Halpern (2004) detalham adaptações necessárias que fazem diferença positiva na vida acadêmica de indivíduos com o transtorno e de profissionais envolvidos com eles. Além da orientação do professor, é necessário que haja: a) uma sala de aula estruturada; b) poucos alunos; c) rotinas diárias consistentes e ambiente previsível, para ajudar na estabilidade emocional desse aluno; d) estratégias de ensino ativo, com uso corporal para a

aprendizagem, desafios; e) as tarefas propostas devem ser explicadas passo a passo e não devem ser longas; f) atendimento individualizado; g) o aluno deve se sentar em frente ao professor e longe de objetos ou janelas, ou seja, longe de estímulos que possam distrair; e h) por vezes, o reforço e o acompanhamento psicopedagógico são necessários; estes focados na organização e planejamento do tempo e atividades.

Dentro do contexto de intervenções psicoterápicas, Andrade e Lohr Júnior (2007), citam alguns autores que concordam que a abordagem mais estudada e com maior eficácia sob os sintomas deste transtorno é a Cognitivo-Comportamental, que trabalha a reestruturação cognitiva por meio de mudanças comportamentais.

As terapias de suporte são indicadas para o tratamento do TDAH. O programa de atendimento pode ser elaborado de forma individual (uma especialidade de terapia por vez, exemplo. Pedagogia, Fonoaudiologia, Psicologia, entre outras), ou junto a uma equipe interdisciplinar especializada por meio de terapias desportivas, com animais e por meio de outras técnicas alternativas. Todos esses profissionais envolvidos com o paciente com TDAH devem manter contato entre si; a integração destes com a família, com a escola e com os médicos é fundamental para alcançar resultados benéficos em todas as áreas de desenvolvimento da vida do indivíduo com o transtorno (ARAÚJO, 2002).

2.4 TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE E A EQUOTERAPIA/EQUITAÇÃO TERAPÊUTICA

Dentro de uma intervenção psicoterapêutica buscando amenizar os sintomas desse transtorno, são traçados alguns objetivos a serem cumpridos, estes caracterizados por: treino de solução de problemas, treino de habilidades sociais, relaxamentos, estabelecimento de agendas de atividades rotineiras e reestruturação na forma de pensar e lidar com problemas que tragam prejuízos na vida do indivíduo (SILVA, A., 2003).

O autor acima ainda esclarece que o treinamento de habilidades sociais traz ganhos em relação à impulsividade; os relaxamentos, que incluem técnicas de respiração e correção postural, ajudam a reduzir consideravelmente não só a ansiedade, a qual causa sensações desagradáveis, tremores, tensão muscular, como também os resultados de manifestações somáticas; a reestruturação cognitiva, um dos principais pontos da intervenção, visa melhorar

a autoestima do indivíduo, a autoconfiança, refazer a percepção de si mesmo, facilitando assim o enfrentamento das dificuldades vividas.

Os objetivos psicoterapêuticos vêm ao encontro do trabalho desenvolvido durante os atendimentos em Equoterapia/Equitação Terapêutica, sendo que, a partir de observações, experiência empírica e informações trazidas pelos pais e professores, percebe-se que crianças e pré-adolescentes com TDAH em idade escolar são beneficiadas com essa intervenção. Nos aspectos emocionais, ocorrem ganhos em relação à autoestima e autoconfiança, o que reduz a agressividade, melhorando o comportamento do indivíduo, sua interação social, trazendo assim um melhor rendimento quanto o desempenho escolar (ESCOBAR, 2008).

Amaral (2000 apud ADÁRIO, 2005) também relata que a Equoterapia é desenvolvida por meio de brincadeiras, as quais, focadas em aspectos motores e emocionais da criança, ocasionam melhora na autoestima, confiança em si própria, e maior afetividade nas relações pessoais. Levando em conta as melhoras desses aspectos, o autor afirma que acontece uma influencia direta na facilitação aprendizagem da criança.

Essa prática ainda traz ganhos efetivos na adaptação social e aproximação afetiva por meio do vínculo de cuidado com o animal e busca da aceitação deste. O respeito aos limites e às regras é aprimorado pela atividade de montaria, assim como traz às crianças e adolescentes com TDAH, momentos de maior concentração, autopercepção e atenção, o que facilita a execução de tarefas sequenciais (LIMA; COSTA, 2004).

A insegurança ocasiona o medo em montar e comandar um cavalo, o que pode representar a dificuldade do convívio social do indivíduo; o cavalo, facilitador do aprendizado no âmbito Equoterápico, traz ganhos quanto ao desenvolvimento da autoestima e autoimagem de seus praticantes, características que propiciam sensações de vitória, o que traz melhoras nos comportamentos sociais e estimula a vontade de aprender (MENDES, 1998 apud ADÁRIO, 2005).

Escobar (2008) desenvolveu uma pesquisa com o objetivo de apontar os benefícios trazidos pela prática de Equoterapia a três crianças e pré-adolescentes com TDAH. Com os resultados de uma avaliação pré e pós-intervenção, e o relato dos pais e professores, puderam ser notadas, após três meses de processo terapêutico, melhoras relacionadas ao comportamento hiperativo, socialização, atenção, capacidade de concentração, disciplina e desempenho escolar. Essa prática também proporcionou momentos de prazer e satisfação. O

simples fato de estar montado em um cavalo, geralmente, é visto como forma de lazer, na qual os praticantes aprendem a superar seus medos e desafios, percebem melhor seu corpo, respeitam regras, limites e a individualidade das pessoas, situações essas que ocorrem de forma natural, não sendo percebidas como impostas ou restritivas, obtendo-se assim, ganhos relacionados à autoestima e autoconfiança.

Riskalla e Kogute (2002) afirmam que o tratamento na Equoterapia pode auxiliar crianças e adolescentes com TDAH, em vários aspectos, tanto físicos, quanto cognitivos, incluindo limites, aumento da atenção e motivação do aluno para aprender, redução de comportamentos agressivos, aceitação da autoridade do professor e atividades propostas, aumento da autoestima e sentimento de utilidade dentro do contexto escolar e social.

Com a dificuldade de atenção e comportamentos hiperativos, a criança com TDAH (tipo misto) sofre com problemas de aprendizagem, situação essa amenizada por meio de ganhos ocasionados pela Equoterapia/Equitação Terapêutica, que proporciona um melhor raciocínio lógico, capacidade de concentração, atenção concentrada e reduz o comportamento impulsivo, ou seja, uma melhora em vários aspectos de seu desempenho escolar (ESCOBAR, 2008).

A estrutura, a organização e a constância do tratamento de Equoterapia são importantes para que o paciente com TDAH tenha interesse em cumprir responsabilidades, o que lhe melhora a autoestima. A criança também busca uma adaptação ao cavalo, como por exemplo, na forma de aproximação, tendo que diminuir seus movimentos bruscos e invasivos para que o cavalo permita que se aproxime, obrigando-lhe o controle de seu comportamento. Por outro lado, o movimento realizado durante a montaria, sendo este sequencial e contínuo, não é um movimento frequentemente realizado pelo corpo da criança com TDAH, e com isso favorece momentos de concentração e percepção de si mesmo e do seu próprio corpo (LIMA; COSTA, 2004).

Lima e Costa (2004) ainda afirmam que, a partir de instruções simples e claras, a Equoterapia proporciona oportunidades de movimentos monitorados. A instrução é dada uma de cada vez, para evitar muitas distrações, favorecer uma atitude equilibrada, com sugestões concretas para provocar um comportamento adequado, reconhecer os limites de cada paciente, para que este se sinta confortável, recompensar a persistência e o comportamento bem sucedido, para a criança não se sentir desafiada nem exposta a situações frustrantes.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Verificar, no comportamento de crianças, pré-adolescentes e adolescentes com TDAH em idade escolar, que fazem e que não fazem uso de medicação, possíveis mudanças em ambiente familiar, escolar e terapêutico, após oito meses de intervenção em Equoterapia/Equitação Terapêutica com avaliações pré e pós-intervenção.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar os participantes por meio de anamnese aplicada aos seus pais ou responsáveis legais.

Analisar os efeitos da intervenção no comportamento do TDAH em ambiente familiar, tendo como fonte de informações o relato pós-intervenção dos pais ou responsáveis.

Avaliar possíveis alterações na atenção e na capacidade de concentração segundo a avaliação do Teste d2 – Atenção Concentrada.

Verificar se ocorreram melhoras no desempenho escolar, nos aspectos da escrita, aritmética e leitura, segundo a avaliação do Teste de Desempenho Escolar (TDE).

Identificar os efeitos da intervenção no comportamento do TDAH em ambiente escolar, tendo como fonte de informações o professor, por meio da avaliação da Escala de TDAH – versão para professores e do Questionário para Professores.

Comparar os possíveis resultados decorrentes da Equoterapia entre os participantes que fazem uso de medicação (Metilfenidato LA, 20 mg) e os participantes que não fazem o uso desta.

4 MÉTODO

Trata-se de um estudo que utiliza o Método Hipotético – Dedutivo com Delineamento Quase-Experimental de Série Temporal, que avalia pré e pós-intervenção sete casos de indivíduos com TDAH em idade escolar, buscando apontar possíveis mudanças de comportamento após oito meses de intervenção em Equoterapia/Equitação Terapêutica, tendo como variável independente a Equoterapia/Equitação Terapêutica, e como variáveis dependentes, os comportamentos desses indivíduos com TDAH, segundo os critérios de classificação do DSM-IV-TR, em ambiente escolar e familiar.

O Método Hipotético–Dedutivo acontece quando o pesquisador levanta hipóteses ou conjecturas a partir de observações e antecipações de problemas empíricos, então deduz consequências e as testa por meio da experimentação até que se chegue a determinadas conclusões (OLIVEIRA, 2007).

A Pesquisa Experimental é aquela que busca, por meio da interferência direta do pesquisador, a influência da variável independente sob a variável (s) dependente (s). Pode-se, assim, apontar as relações de causa–efeito em condições adequadas de pesquisa; este método vem sendo utilizado, em áreas científicas, com base no progresso do conhecimento, e traz consigo respostas claras e objetivas em função de uma hipótese que envolve causa e efeito. Dentro da pesquisa Experimental, existem dois delineamentos, o experimental, o qual possui três condições: o controle e a manipulação das variáveis, e amostra randomizada; e o quase-experimental, o qual possui uma ou duas dessas condições. No caso deste estudo, foi utilizado o Delineamento Quase–Experimental de Série Temporal, caracterizado por ter sido executado a partir de pré e pós-avaliações (ou pré e pós-testes) para uma comparação dos resultados após o acontecimento da variável independente, tendo como hipóteses rivais mudanças naturais que ocorrem em um período de tempo e maturação da variável, que pode ser explicada por modificações naturais nas condições da variável dependente em função do tempo (SCARPARO et al., 2000; CAMPOS, 2004; FACHIN, 2006).

4.1 LOCAL

Este estudo foi realizado por meio de uma parceria entre o PROEQUO-UCDB e o Centro de Equoterapia da Associação de Criadores do Mato Grosso do Sul (ACRISSUL). Os materiais para coleta de dados do PROEQUO-UCDB foram utilizados com as devidas

autorizações; já o espaço físico, ou seja, estrutura e materiais de montaria foram cedidos pelo Centro de Equoterapia da Acrissul. Essa parceria se deu pelo fato de que o segundo local citado possui a infraestrutura necessária para Equoterapia pré-esportiva e esportiva (Equitação Terapêutica), tendo animais aptos para a realização do salto e obstáculos para tanto; e o PROEQUO-UCDB possui parâmetros para acompanhamento e avaliação dos praticantes, isso se dá pelo fato de que este é um Centro de Pesquisas com 12 anos de publicações.

4.1.1 Local dos atendimentos

Os praticantes e seus responsáveis aguardavam o início de seu atendimento em um espaço reservado para tal fim, sendo este uma varanda, rodeada de árvores, ao lado das instalações administrativas do Centro de Equoterapia da Acrissul, contendo nestas, sanitários, sala de espera e copa com bebedouro de água, as quais ficam de frente ao picadeiro. Proporcionavam assim a visão de todo o processo de atendimento, desde a aproximação com o cavalo até a montaria, para a qual se utiliza de uma rampa adaptada, no início e no final da sessão.

Os atendimentos foram realizados em picadeiro adequado, em cuja volta existem muitas árvores e palmeiras, o que favoreceu, durante os atendimentos, a presença de pássaros como araras, tucanos, curicacas, bem-te-vis, quero-queros, dentre outros. Do lado externo do picadeiro, há também árvores centenárias.

Algumas aulas de vivência (manejo de equinos) foram realizadas no local de manejo com o animal, onde estão localizados: o piquete dos animais, locais apropriados para banho e encilhamento, depósito onde estão os materiais de utilização para o manejo. Ressalta-se que manejo é um termo usado na área equestre, para caracterizar o trato com o animal, incluindo nutrição, procedimentos de cuidados básicos em caso de emergências com o animal, e higienização deste, processo esse referente a banho, tosa e casqueamento.

Os animais que participaram dos atendimentos foram treinados para essa prática, são mansos e recebem cuidados adequados, vacinas, vermífugos, ração, banhos e encilhamento feito por uma pessoa instruída para tal tarefa. São animais cedidos por parte da Escola de Hipismo da Acrissul.

4.1.2 Outros locais

O primeiro contato com a família e com os participantes, assim como a aplicação dos testes psicológicos e anamnese respondida pelos responsáveis, foram realizados em sala adequada para tanto, pertencente à administração do Centro de Equoterapia da Acrissul, que está localizado na Acrissul, cuja sede está situada na Avenida Américo Carlos Costa, n. 320, no “Parque de Exposições Laucídio Coelho”, na cidade de Campo Grande, MS.

O teste e o questionário respondido pelos professores dos participantes foram aplicados nas respectivas escolas, onde foi solicitado e cedido, previamente, um local adequado para aplicá-los. Em todas as escolas visitadas, foi utilizada a sala da orientadora, coordenadora, ou sala de reuniões, locais esses organizados previamente para que não houvesse interferências.

4.1.3 Histórico da Acrissul

Fundada no dia 15 de janeiro de 1931, pelo Tenente César Bacchi de Araújo, a Acrissul, anteriormente conhecida por “Centro dos Criadores do Sul de Mato Grosso”, tem, desde seu início, o objetivo de amparar a indústria pecuária no estado (MACHADO, 2000).

Em 1934, passou a ser “Sindicato de Criadores do Sul de Mato Grosso”, por meio do Decreto n. 19.770, de 19 de março de 1931. Em 1944, o Sindicato dos Criadores foi reconhecido como Associação. Esta, após 2 anos, adquiriu 25 hectares, onde foi construída a sua sede, local hoje conhecido como “Parque de Exposições Laucídio Coelho”.

O autor ainda ressalta que, apenas em 1974, em Assembleia Extraordinária, a sigla “Acrissul” foi reconhecida.

Hoje, os objetivos principais dessa Associação são: defender os interesses dos associados e da classe rural; trabalhar pela expansão e melhora da qualidade, e aperfeiçoamento, das raças de bovinos, equinos, e pequenos animais, assim como da agricultura, e indústrias afins; incentivar e coordenar a organização de Leilões de animais nas instalações do Parque; promover reuniões, palestras, e debates periódicos para sócios e convidados; promover exposições agropecuárias, dentre outras atividades relacionadas à

cultura e lazer; incentivar esportes equestres, e o uso desses animais com objetivo terapêutico; realizar a publicação do Jornal do Fazendeiro, com informações práticas sobre agropecuária e distribuição gratuita aos sócios; e auxiliar na criação de núcleos regionais com regulamentos próprios, dentre outros.

Outro objetivo dessa Associação é o de facilitar o acesso e o intercâmbio entre os criadores, por meio da busca pelo agrupamento de empresas leiloeiras, sede dos núcleos e associações de raças, cooperativas e federações, assim como outras empresas relacionadas ao tema, no Parque de Exposições Laucídio Coelho (ASSOCIAÇÃO DOS CRIADORES DE MATO GROSSO DO SUL, 2010).

O Centro de Equoterapia da Acrissul é um Projeto Social da própria associação, que o mantém junto aos sócios e fazendeiros parceiros, e atende a 56 praticantes portadores de deficiências, estas físicas e/ou mentais. O Centro foi inaugurado no dia 5 de abril de 2010, sob estruturação e coordenação da Psicóloga Equoterapeuta e Instrutora de Equitação Camila Spengler Escobar.

O Centro de Equoterapia da Acrissul está em funcionamento dentro do Parque de Exposições Laucídio Coelho, e dispõe de estruturas adequadas para essa prática e conta com picadeiros (pistas) com piso de grama e/ou areia, áreas asfaltadas, estas em ambiente natural, com árvores e pássaros, materiais necessários para atendimentos, para estimulação psicopedagógica e para uso de fisioterapia, animais devidamente treinados, e instalações para o manejo adequado dos animais, administração, copa e sanitários, e local de espera para pais e/ou responsáveis.

4.1.4 Histórico do PROEQUO-UCDB

O PROEQUO-UCDB foi oficialmente instituído no dia 13 março de 1999, funcionando nas instalações do Instituto São Vicente, onde também se encontra a Área de Pesquisa Avançada das Ciências Agrárias da UCDB (FREIRE; HOPKA; SOARES JÚNIOR, 2007).

A UCDB foi pioneira em instituir um Programa de Equoterapia no Brasil, e, além de propiciar o atendimento às pessoas portadoras de necessidades especiais, também proporciona

campo de trabalho, pesquisa e estágio para professores e acadêmicos da área da saúde e educação. Cabe ressaltar que o PROEQUO-UCDB é referência em pesquisas com 12 anos de publicações nacionais e internacionais, vinculadas à graduação e pós-graduação.

O PROEQUO, além de ser o primeiro Centro de Equoterapia do Brasil dentro de uma Universidade, é também referencial nacional e tornou-se conveniado e associado com a ANDE-Brasil.

4.2 PARTICIPANTES

Foram atendidos sete participantes com idade compreendida entre oito e quatorze anos, do sexo masculino, diagnosticados com TDAH, do tipo misto, regendo os critérios diagnósticos do DSM-IV-TR, e dentre eles três fazem uso de medicação e quatro não o fazem condição esta não imposta pela pesquisa.

4.2.1 Critérios de inclusão

O participante deve estar matriculado e frequentando regularmente às aulas da escola, critério este justificado pelo fato de que o transtorno traz prejuízos significativos nessa fase da vida destes jovens.

Ser diagnosticado Tipo Misto do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade segundo os critérios do DSM-IV-TR. Este foi escolhido por ser o tipo combinado de desatenção e hiperatividade e, assim, é caracterizado por trazer mais dificuldades que os outros tipos de TDAH.

Interesse de participação no trabalho por parte da criança e dos responsáveis legais, para que haja colaboração de ambos.

4.2.2 Critérios de exclusão

Não preencher os requisitos dos critérios de inclusão.

Ser a montaria contraindicada por meio de avaliação médica.

Apresentar qualquer tipo de alteração, física ou de comportamento, durante os atendimentos que possam prejudicar a saúde do participante.

Faltar a mais de três sessões de atendimento, durante a coleta de dados, sem justificativa. Esse critério foi explicado inicialmente para os pais e/ou responsáveis de cada participante. Exige-se compromisso de presença, por parte destes, por ser um estudo relacionado a um recurso terapêutico, em que é necessária a assiduidade devido à importância de precisão nos resultados, e para o qual se deve seguir uma sequência de objetivos por atendimento.

4.3 RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS

4.3.1 Recursos humanos

Em todas as etapas deste trabalho esteve presente uma Psicóloga e Instrutora de Equitação, responsável pelo desenvolvimento desta pesquisa, realizando inclusive os atendimentos e avaliações, sendo esta auxiliada por uma equipe multidisciplinar, composta por profissionais da área da Pedagogia, Fisioterapia e estagiários do curso de fisioterapia que atuam no Centro de Equoterapia da Acrissul.

Os profissionais da área da Pedagogia e da Fisioterapia auxiliaram nos atendimentos, e os estagiários de fisioterapia auxiliaram em pista, quando necessário (para guiar o cavalo durante o atendimento, ou ajudar na organização de materiais terapêuticos).

4.3.2 Recursos materiais

Os atendimentos Equoterápicos foram realizados no picadeiro, tendo este, árvores e palmeiras à sua volta, com diversos tipos de pássaros, ambiente que proporciona contato com a natureza (APÊNDICE D, FIGURA 2).

Foram utilizadas técnicas de Equitação (Hipismo Clássico), com cavalos mansos e treinados para o atendimento em Equoterapia, equipamento apropriado tanto para a sua prática quanto para a segurança, assim como: capacetes, materiais pedagógicos, tais como

placas com letras do abecedário, bolas coloridas, cones, bastões, tambores, balizas, obstáculos de salto (hipismo), dentre outros; além de selas, mantas, cabeçadas, cabrestos, ou seja, materiais que são de uso da Equitação (APÊNDICE D, FIGURA 3).

Filmadora e máquina fotográfica também foram utilizadas durante as sessões, para registro destas, assim como materiais de escritório para registro contínuo.

4.4 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Para a coleta de dados, foram utilizados, além de quatro testes psicológicos; um questionário aberto para pais, outro para professores; uma ficha cadastral e uma ficha diária, ambas de uso padrão do PROEQUO-UCDB, sendo que estas duas não constam anexadas por não ter sido autorizado pela Coordenação do programa (APÊNDICE B).

De acordo com o Conselho Federal de Psicologia, por meio da Resolução n. 002, de 24 de março de 2003, que define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos, no caso deste estudo, foram utilizados os testes: d2 – Atenção Concentrada, TDE, Escala de TDAH – versão para professores, testes esses que não podem constar anexados a este projeto (BRASIL, 2003).

4.4.1 Teste d2 – Atenção Concentrada

Inicialmente o Teste d2 – Atenção Concentrada foi criado na Alemanha, e adaptado à cultura brasileira, para medir a aptidão para dirigir, e foi incluído no processo de seleção para motoristas, mas mostrou também sua utilidade para auxiliar em outras avaliações que exijam concentração e atenção visual, como em escolas, usado por psicólogos como instrumento de auxílio para medir desempenho escolar. Pode ser aplicado em pessoas incluídas na faixa etária de 9 a 60 anos (BRICKENKAMP, 2000).¹

¹ Neste estudo, dois participantes iniciaram a Equoterapia/Equitação Terapêutica com sete e oito anos de idade. E, por se tratar de um experimento, ambos participaram da aplicação do teste d2 – Atenção Concentrada, no qual apresentaram resultados possíveis de análise.

Independente da inteligência, o Teste d2 – Atenção Concentrada foi elaborado para um diagnóstico objetivo, com resultados muito confiáveis e relativamente permanentes, que possibilitam prognósticos de comportamento (BRICKENKAMP, 2000).

4.4.1.1 Objetivo

O Teste d2 – Atenção Concentrada busca um exame mais detalhado da atenção concentrada e da capacidade de concentração, possibilitando uma análise da flutuação da atenção. É um instrumento que auxilia o psicólogo a investigar distúrbios de atenção na Escola e na Clínica, pois fornece resultados para avaliar a exatidão, a rapidez, a qualidade da atenção e a flutuação no desempenho (BRICKENKAMP, 2000).

4.4.1.2 Material

Para a aplicação do Teste d2 – Atenção Concentrada utiliza-se o manual, a folha do teste, dois crivos de avaliação, régua de apuração, além de cronômetro e lápis ou caneta esferográfica.

4.4.1.3 Aplicação

Este teste pode ser aplicado individual ou coletivamente. Condições adequadas de iluminação, temperatura, ventilação, ruídos devem ser cuidadosamente observadas, principalmente porque, como afirma Brickenkamp (2000), condições ambientais podem promover ou até mesmo reduzir o desenvolvimento da concentração.

Após essas condições serem cumpridas, entrega-se a folha do teste e dão-se explicações sobre a observação do quanto o examinando pode se concentrar em uma determinada tarefa. Em seguida, pede-se a ele para preencher seus dados referentes a nome, sexo, idade, nível de instrução, profissão e data, e então, faz-se um treinamento com o exemplo que o teste traz.

Antes de dar o sinal de início, o examinador pergunta se ainda existem dúvidas e avisa que não se deve perguntar ou falar durante a avaliação, então diz: “atenção... comece”, ao

mesmo tempo aciona o cronômetro e, após 20 segundos, dá-se a instrução para passarem para a próxima linha.

4.4.2 Teste de Desempenho Escolar

O TDE, elaborado a partir da realidade escolar brasileira, geralmente, é utilizado como um primeiro instrumento de uma avaliação psicopedagógica individual, que busca quais as áreas que estão prejudicadas ou preservadas no examinando (STEIN, 1994).

Três subtestes compõem o TDE:

1. Escrita: escrita do nome próprio e de palavras isoladas apresentadas, sob forma de ditado;
2. Aritmética: solução oral de problemas e cálculo de operações aritméticas por escrito;
3. Leitura: reconhecimento de palavras isoladas do contexto.

Esses subtestes apresentam questões em ordem crescente de dificuldade, e podem ser interrompidos quando determinado item for impossível de ser resolvido pelo examinando. A ordem de apresentação dos subtestes não importa (STEIN, 1994).

4.4.2.1 Objetivo

Segundo Stein (1994), o TDE é um instrumento psicométrico e tem como objetivo uma avaliação das capacidades fundamentais para o desempenho escolar, especificamente a escrita, a aritmética e a leitura.

4.4.2.2 Material

Para a aplicação faz-se necessário o caderno do teste, três lápis apontados, uma borracha, material do examinador contendo: ficha do examinador com a lista de palavras e

frases para o subteste de Escrita; folha estímulo contendo as palavras a serem lidas pelo examinando no subteste de Leitura; e o crivo para correção do subteste de Aritmética (STEIN, 1994).

4.4.2.3 Aplicação

De acordo com o manual para a aplicação e interpretação do TDE, o examinador deve estar treinado e familiarizado com o referido manual. As instruções de cada subteste devem ser rigorosamente seguidas. Não há limite de tempo para a execução de cada subteste. Primeiramente, explica-se que, no procedimento do teste, é importante que os participantes completem os exercícios com atenção e da melhor maneira possível até onde puderem resolver.

Estabelecer um bom *rapport*² para estimular o interesse e a motivação do examinando desde o princípio do teste é muito importante. Então o examinador começa a preencher os dados de identificação, presente na capa do caderno do TDE, e, em seguida, inicia-se a aplicação dos subtestes, cada qual com sua relativa independência e natureza distinta.

4.4.3 Escala de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – versão para professores

Em diferentes grupos culturais e étnicos, ou em diferentes padrões linguísticos, sociais e educacionais torna-se difícil criar uma avaliação para determinadas funções e sintomas psíquicos, então a Escala de TDAH – versão para professores foi elaborada para suprir a necessidade de haver um meio de avaliação dentro da realidade brasileira, levando em consideração fatores socioculturais e sociodemográficos (BENCZIK, 2000).

² *Rapport* - do francês – relação. Relação de mútua confiança e compreensão entre duas ou mais pessoas. Também chamado de empatia (ZOCATELI, 2011).

4.4.3.1 Objetivos

Tendo o professor como fonte de informação, a Escala de TDAH tem como objetivo avaliar sintomas comportamentais da criança com TDAH em idade escolar, como por exemplo (BENCZIK, 2000):

- a) Avaliar problemas de comportamento antissocial, de aprendizagem, como também a desatenção e hiperatividade;
- b) Monitorar os efeitos da intervenção no contexto escolar;
- c) Apontar diferenças de comportamento na criança TDAH antes, durante e após algum tratamento.

4.4.3.2 Material

Para a aplicação, utiliza-se um caderno de resposta para cada professor de cada criança participante, caneta ou lápis, e o crivo para correção.

4.4.3.3 Aplicação

As instruções devem ser claras e objetivas para que o professor preencha corretamente o questionário da escala, já que esta se inicia com itens afirmativos ao TDAH e depois passa para itens negativos do TDAH.

O psicólogo explica para o professor que, por meio de um questionário, ele deverá descrever o comportamento de determinado aluno, tendo como base uma comparação com o comportamento dos outros alunos (BENCZIK, 2000).

As respostas são assinaladas com um “X” de acordo com a opinião do professor seguindo uma escala com seis respostas graduais assinaladas pelos professores do indivíduo em questão. As respostas vão de Discordo Totalmente (DT) a Concordo Totalmente (CT).

4.4.4 Encaminhamento médico

Este foi realizado por uma Neurologista colaboradora desta pesquisa.

4.4.5 Questionário para pais

O utilizado nesta pesquisa foi elaborado pela autora deste estudo, a fim de reunir informações específicas sobre o participante em ambiente familiar. Trata-se de um questionário para verificar dados pessoais, antecedentes pessoais, informações sobre o desenvolvimento da criança tais como sua motricidade, escolaridade, sociabilidade, sexualidade, saúde, antecedentes patológicos, ambiente físico e familiar e informações complementares (APÊNDICE B).

4.4.6 Questionário para professores

Também elaborado pela autora deste estudo, com o objetivo de reunir informações específicas sobre o participante em ambiente escolar. Foram entrevistadas as Professoras de Linguagem Portuguesa, porque essa disciplina tem maior carga horária, ou seja, é a professora que mais tem contato com o aluno em sala de aula, e também por ser uma matéria na qual os participantes apresentam maior dificuldade, devido à carga de exercícios que exigem maior esforço cognitivo. Esse material específico para utilização com os professores contém: dados pessoais do professor e informações sobre a vida escolar da criança (APÊNDICE B).

4.4.7 Ficha cadastral do PROEQUO-UCDB

Esse material contém dados pessoais da criança e de seus pais e/ou responsáveis e foi utilizado mediante autorização da Coordenadora do Programa, porém não foi autorizada a anexação a este trabalho.

4.4.8 Ficha diária do PROEQUO-UCDB

Essa ficha contém todos os detalhes da sessão de atendimento do dia. É composta pelo nome do praticante, a data da sessão, o cavalo utilizado, tipo de andadura (passo, trote, galope), tipo de montaria (sela, manta, pelo) e material usado como recurso terapêutico. Foi utilizado mediante autorização da Coordenadora do Programa, porém não foi autorizada a anexação a este trabalho.

Nos aspectos psicológicos, estão presentes na ficha lacunas a serem assinaladas que observam o relacionamento do paciente com a equipe de atendimento e com o cavalo, seu humor, disciplina, atenção e verbalização, além de conter questões em que o terapeuta faz observações sobre o período de pré-montaria, durante montaria e pós-montaria.

E, finalizando a Ficha Diária do PROEQUO-UCDB, há também espaços para conclusões de progresso, retrocesso ou estabilidade em determinadas áreas e observações gerais.

4.4.9 Sessões

Todas as sessões foram filmadas e/ou fotografadas e observações diretas foram feitas para registro e análise dos dados coletados.

4.5 PROCEDIMENTOS E ASPECTOS ÉTICOS

Para a viabilização deste estudo, foram seguidas as normas preconizadas pelo Conselho Nacional de Saúde para pesquisas com seres humanos e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, estabelecidas por meio da Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996 (BRASIL, 1996).

O projeto deste estudo, aprovado sem restrições pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco (ANEXO), foi encaminhado à Coordenação do PROEQUO-UCDB, assim como à Coordenação do Centro de Equoterapia da Acrissul, para a

obtenção da assinatura da Carta de Autorização para a execução da pesquisa fazendo o uso de seus materiais e instalações.

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco, os participantes foram diagnosticados, selecionados e encaminhados por uma Neurologista Infantil, encaminhamento esse não imposto, e explicado pela médica que se tratava de uma pesquisa sobre um recurso terapêutico para o tratamento dessa patologia. Por ter como condição ser diagnosticado com o Tipo Misto deste Transtorno, o qual apresenta maior prevalência no sexo masculino, todos os participantes encaminhados, que se encaixaram nos critérios de inclusão, eram meninos.

Então, os pais ou responsáveis entraram em contato, com a autora deste estudo, para explicações sobre a prática da Equoterapia/Equitação Terapêutica e esclarecimentos quanto aos procedimentos. Em seguida, a terapeuta (autora) salientou sobre a importância da autorização para a participação na pesquisa, esta sendo a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e do Termo de Responsabilidade e Ciência do PROEQUO-UCDB, adaptado a este estudo, nos casos cujos responsáveis concordaram com a participação das crianças, pré-adolescentes e adolescentes (APÊNDICE A).

Todos os esclarecimentos sobre os objetivos do estudo e recursos utilizados foram oferecidos, bem como informação sobre o sigilo dos dados. Foram esclarecidos também que os atendimentos aconteceriam em dias separados dos demais pacientes atendidos pelo Centro de Equoterapia da Acrissul, e que seriam feitos individualmente..

Também foram dadas instruções e explicações sobre as vestimentas adequadas para a prática da Equoterapia/Equitação Terapêutica, quais sejam: camiseta de manga e calça comprida e confortável, para que não detenha os movimentos a serem executados, calçado fechado, de preferência bota para Equitação, porém entende-se que nem todos os participantes possuem condições financeiras para tanto, então foi sugerido que estes usassem meias de futebol com sapato fechado, para simular a bota na região da panturrilha, facilitando a execução dos exercícios; também, foi indicado o uso de protetor solar, por ser uma atividade realizada ao ar livre.

Destaca-se que apenas um dos participantes utilizou a vestimenta para a Equitação, sendo que este ganhou por meio de doação: o culote (calça própria para a prática da

Equitação) e as perneiras (protetor de pernas feito de couro, o qual tem a mesma função da bota, e é usado com sapato fechado).

Na etapa seguinte, foi aplicado o questionário para pais, em sala adequada pertencente ao Centro de Equoterapia da Acrissul (APÊNDICE B). O contato com a escola foi feito via telefone, cujos números foram indicados pelos pais e/ou responsáveis; o que permitiu à terapeuta responsável pela pesquisa marcar reunião com a professora de cada um dos participantes. Assim, aplicou-se o questionário para professores e a Escala de TDAH – versão para professores, estes também fazendo uso de salas adequadas, gentilmente cedidas pelas escolas destes, com o objetivo de conhecer o histórico dos participantes avaliados, tanto em ambiente familiar quanto em ambiente escolar (APÊNDICE B).

Após essa etapa, foram aplicados os testes psicológicos nos participantes da pesquisa, com suas devidas instruções e condições adequadas para a aplicação, estes também realizados em sala adequada cedida pelo Centro de Equoterapia da Acrissul. Quem aplicou esses testes foi a psicóloga responsável por este estudo, sob supervisão de sua orientadora.

Os atendimentos ocorreram duas vezes na semana, com duração de trinta minutos durante oito meses ininterruptos; os horários de atendimentos de cada um foram combinados previamente com os pais e/ou responsáveis, e aconteceram em período contrário ao do horário escolar, a fim de não alterar e/ou interferir na rotina dos participantes.

A responsável pelos atendimentos foi a Psicóloga e Instrutora de Equitação, autora deste estudo, auxiliada por uma Fisioterapeuta, uma Pedagoga, estagiários do Centro de Equoterapia da Acrissul, e o tratador responsável pelo manejo dos animais.

Os atendimentos ocorreram em lugar adequado, com animais treinados e com equipamentos apropriados para garantir a segurança dos participantes durante os atendimentos. Todos os pacientes utilizaram capacetes, sendo estes próprios para a prática da Equitação durante a montaria, garantindo-lhes a segurança.

Aulas de aproximação e sobre segurança deram início às primeiras sessões (até a quarta sessão em média), e então, quando os participantes já estavam familiarizados e à vontade com o animal, foi dada a primeira aula com montaria. Essa aula foi acompanhada por auxiliares laterais, mas, quando observado, pela responsável desta pesquisa, que os

participantes estavam em condições de montar e guiar seu próprio cavalo, esses auxiliares ficaram à beira do picadeiro para possíveis intervenções de auxílio, se necessárias.

O uso de técnicas de Equitação iniciou-se no segundo mês de atendimento, estas caracterizadas pela utilização das rédeas, exercícios de equilíbrio, exercícios fortalecimento dos membros superiores e inferiores, tais como elevação de pernas, giro de braço, posição de salto, toques alternados das mãos nos pés contrários, giro completo sobre a sela, abandonar e retomar assento, entre outros. Como objetivo final, o salto, e também foram utilizadas brincadeiras com o cavalo e cuidados que se deve ter com este, tais como: o trato, o banho, o encilhar e desencilhar, e a organização do material, ou seja, aulas de vivência (APÊNDICE D, FIGURAS 4-8).

Após três meses de atendimentos, por notar algumas diferenças de comportamento entre os praticantes durante as sessões, e por observações trazidas pelos pais e/ou responsáveis, a terapeuta responsável pela pesquisa entrou em contato com a escola de cada um deles para monitorar possíveis alterações já ocorridas. Assim também aconteceu no sexto mês, o contato foi novamente realizado para essa monitoração.

Ao final dos oito meses de atendimento, os participantes foram reavaliados para comparação e fechamento dos resultados obtidos antes e depois do processo terapêutico, e as atividades foram encerradas.

As avaliações pré-intervenção foram realizadas entre os dias 5 e 16 do mês de abril de 2010. E as avaliações pós-intervenção foram realizadas entre os dias 10 e 25 de janeiro de 2011.

Após o fechamento dos dados e a análise dos resultados, foram feitas devolutivas para os pais, participantes, professores e neurologista

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Todos os dados foram analisados qualitativamente para a discussão, e os resultados dos testes pré e pós-intervenção e as fichas diárias foram comparadas para detectar os possíveis benefícios trazidos pela prática da Equoterapia/Equitação Terapêutica na atenção, desempenho escolar e comportamento social dos participantes.

Por meio das entrevistas com os pais e professores, foram coletadas informações sobre possíveis alterações ocorridas no dia-a-dia dos participantes. Fragmentos das falas coletadas durante as entrevistas foram utilizados para esclarecer a discussão, bem como filmagens e fotografias para ilustrar as sessões.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nestetópico são apresentados e discutidos os resultados das avaliações pré e pós-intervenção terapêutica dos participantes, denominados como: Participante 1 – P1; Participante 2 – P2; Participante 3 – P3; Participante 4 – P4; Participante 5 – P5; Participante 6 – P6; e Participante 7 – P7.

P1 participou dos atendimentos durante apenas dois meses. Sendo assim, no procedimento de avaliação, foi possível realizar apenas a coleta de dados do processo pré-intervenção; entretanto, foram observadas e constatadas pela escola e pela psicóloga responsável por este estudo, melhoras evidentes em seu comportamento. Levando em consideração essas alterações, e por se tratar de um caso, com variáveis diferentes dos demais, discute-se este de forma individual.

Com exceção de P1, os resultados de P2, P3, P4, P5, P6 e P7 são discutidos de forma conjunta e, caso haja algum evento que traga evidências diferentes e relevantes dos demais, cita-se este.

Os resultados de cada participante como: Anamnese pré-intervenção e relato pós-intervenção respondidos pelos pais e/ou responsáveis; Questionário pré-intervenção e relato pós-intervenção respondidos pelos professores; apresentam-se completos no Apêndice C, assim como os resultados pré e pós-intervenção dos testes: d2 – Atenção Concentrada, TDE, e Escala de TDAH – versão para professores. Já as fichas diárias de atendimentos, comentadas mensalmente (agrupadas em oito sessões), relatam todos e quaisquer fenômenos indicadores de evolução ou regressão no comportamento dos participantes avaliados. Essas fichas estão assim apresentadas devido ao grande número de atendimentos (em média 70 por praticante), o que, conseqüentemente, teria resultado em descrições extensas, e estão discutidas após os resultados da avaliação psicológica.

Observação. P1, P2 e P3 fazem uso de medicação para amenizar os prejuízos trazidos pelas características do TDAH. P4, P5, P6, e P7 não fazem uso de medicação.

5.1 ANAMNESE PRÉ-INTERVENÇÃO E RELATO DOS PAIS E/OU RESPONSÁVEIS PÓS-INTERVENÇÃO

A seguir, será apresentada a caracterização de P1 a P7, para melhor visualização de cada caso; destacando suas idades, ano escolar e se faz uso ou não de medicação específica

para o TDAH. Assim como também as anamneses pré-intervenção, relatos pós intervenção respondidos pelos pais e/ou responsáveis legais.

5.1.1 Caracterização dos participantes

P1, nascido em 24 de maio de 2003 (7 anos), sexo masculino, natural de Campo Grande, MS, estudante do 2º ano do Ensino Fundamental de uma escola pública. Reside com sua mãe (24 anos) e com o padrasto (25 anos), ambos possuem o Ensino Médio completo. A mãe trabalha com vendas, o padrasto trabalha com alguns empregos temporários. P1 está medicado desde junho de 2010, com Risperidona 3 mg, que objetiva amenizar sua irritabilidade; e não foram diagnosticadas comorbidades.

P2, nascido no dia 31 de agosto de 1997 (12 anos), sexo masculino, natural de Naviraí, MS, repetente do 7º ano do Ensino Fundamental de uma escola particular. Reside em casa própria, com sua mãe (38 anos), Ensino Superior completo, advogada; com seu padrasto (39 anos), Ensino Superior completo, administrador de empresa; e com um meio irmão (1 ano). Seu pai (39 anos) reside em Naviraí, MS, tem o Ensino Médio incompleto e é empresário. P2 faz uso do Metilfenidato LA 20 mg desde seus 5 anos de idade; e não foram diagnosticadas comorbidades.

P3, nascido no dia 29 de setembro de 1999 (11 anos), sexo masculino, natural da cidade do Rio de Janeiro, RJ, estudante do 5º ano do Ensino Fundamental de uma escola particular. Filho único e reside com sua mãe (42 anos), Ensino Superior completo, Nutricionista, e com seu pai (41 anos), Ensino Superior completo, segue carreira militar; vivem em uma casa do Exército Brasileiro. P3 faz uso do Metilfenidato LA 20 mg; há três anos foi diagnosticado com Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), apresentando comportamentos relacionados a simetria e limpeza.³

P4, nasceu no dia 8 de fevereiro de 2002 (8 anos), sexo masculino, natural de Campo Grande, MS. Hoje cursa o 3º ano do Ensino Fundamental de uma escola pública nesta mesma cidade. Reside em casa própria com sua mãe (40 anos), Ensino Médio completo, comerciante;

³ O tratamento de comorbidades não foi objetivado neste estudo, porém a observação quanto ao Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) de P3, tornou-se relevante por terem ocorrido alterações significativas indicando melhora no quadro.

com seu pai (41 anos), Ensino Fundamental completo, comerciante; com um irmão (11 anos), estudante; uma irmã (19 anos), universitária; e um primo (18 anos), trabalha em uma lanchonete. P4 não faz uso de medicação para o controle do TDAH. Hoje, P4 faz uso de Nitrazepan e Ácido Vopróico apenas em função de crises de ausência, que estão controladas desde seus três anos de idade.

P5, nascido em 3 de dezembro de 1996 (14 anos), sexo masculino, natural de Campo Grande, MS, é repetente do 8º ano do Ensino Fundamental de uma escola particular. Reside em casa financiada, junto com sua mãe (38 anos), Ensino Médio completo, comerciante; com seu pai (44 anos), Ensino Fundamental incompleto, comerciante; e com uma irmã (20 anos), universitária. P5 não faz uso de medicação.

P6, nascido em 24 de setembro de 1998 (12 anos), sexo masculino, natural de Campo Grande, MS, cursa o 6º ano do Ensino Fundamental de uma escola pública nesta mesma cidade. Reside, em casa própria, com sua mãe (47 anos), Ensino Médio completo, comerciante; com seu pai (46 anos), Ensino Superior completo (Teologia), Pastor; e um irmão (20 anos), Ensino Médio completo, serve o exército. P6 não faz uso de medicação.

P7, nascido no dia 13 de agosto de 2001 (9 anos), sexo masculino, nascido em Campo Grande, MS, estudante do 3º ano do Ensino Fundamental de uma escola pública. Reside na casa dos avôs, sendo esta própria. Nesta residem sua mãe (32 anos), cursando o Ensino Superior, e que trabalha com sua mãe (avó de P7) em um comércio, seu pai (36 anos), Ensino Médio incompleto, trabalha como caminhoneiro, avó materna (54 anos), Ensino Médio completo, trabalha no comércio, e seu avô materno (55 anos), Ensino Médio completo, aposentado e trabalha com comércio. P7 não faz uso de medicação.

5.1.2 Resultados das anamneses pré-intervenção e relatos pós-intervenção

Segundo os pais e/ou responsáveis, todos os participantes, antes da Equoterapia/Equitação Terapêutica, apresentavam problemas relacionados à falta de respeito, agressividade, desatenção, dificuldade de concentração, autoestima, agitação, impulsividade, ansiedade, desorganização, falta de persistência, dificuldade para dormir, assim como sono agitado.

Essas características apontadas indicam a presença do TDAH. A criança com TDAH sofre com as consequências trazidas pelos sintomas, sendo três as características principais: a desatenção, a hiperatividade e a impulsividade. Estas, por sua vez, vêm acompanhadas por consequências negativas como: distração, dificuldade de concentração, falta de persistência em tarefas com envolvimento cognitivo, desorganização, inquietação excessiva, fala em demasia, agitação, nervosismo, insônia, baixa autoestima, e prejuízos na vida social, que ocasionam dificuldade de se relacionar. Todas essas consequências também podem, em algum momento, desenvolver uma autopercepção de inadequação e incapacidade (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2002; KNAPP et al., 2002; NOLAN, 2001 apud ARAÚJO, 2002; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993; ANDRADE, 2003; SILVA, A., 2003; SOUZA et al., 2007).

Segundo os pais e/ou responsáveis de P1, P2 e P3, estes começaram a apresentar melhoras a partir do final do primeiro mês de intervenção terapêutica; já P4, P5, P6 e P7 apresentaram modificações de comportamento a partir do final do 4º mês. Cabe ressaltar que P1, P2 e P3 faziam o uso de medicamento para o controle dos sintomas do transtorno.

O tratamento farmacológico, somado a uma intervenção objetiva e orientada para o indivíduo, permite importantes ações e adaptações necessárias para melhorar-lhe o desempenho funcional. (MESSINA; TIEDEMANN, 2006). Existem casos, em que o uso de medicações é necessário para ajudar no foco de atenção e comportamento na escola, mas as intervenções psicoterápicas, com a criança e/ou adolescente e com sua família são fundamentais junto ao tratamento medicamentoso; assim como em outros casos, apenas as intervenções psicoterápicas conseguem amenizar os sintomas do transtorno (KNAPP et al., 2002).

Cabe ressaltar que os participantes que faziam uso de medicação começaram a apresentar mudanças em seu comportamento com menos tempo de intervenção terapêutica, provavelmente, em decorrência do efeito da medicação. Isso pode levantar um questionamento quanto ao condicionamento comportamental que a medicação proporciona. Mesmo considerando a curta duração dos efeitos dos psicoestimulantes, estes quando usados continuamente, podem ter seus efeitos estendidos para outros momentos do dia-a-dia da criança e/ou adolescente; porém, a partir de observações realizadas durante o período da pesquisa, percebeu-se que em períodos nos quais houve pausa e retomada dos atendimentos, os participantes que não faziam uso de medicação recuperavam, em menor tempo, as

habilidades adquiridas em relação aos que faziam uso de medicação específica para o TDAH. Esse fato pôde ser observado durante uma pausa de P2 e de P7, os quais faltaram a 5 sessões consecutivas, devido a problemas de saúde (catapora).

Após três meses de participação na Equoterapia/Equitação Terapêutica, os pais de P2 e P3 notaram evolução em relação à ansiedade, impulsividade, desorganização e autoestima; por outro lado, os pais de P4, P5, P6 e P7 perceberam essas mesmas alterações após seis meses de intervenção terapêutica, mais uma vez evidenciando que os participantes que fazem uso de medicação apresentaram melhoras com menos tempo de intervenção terapêutica.

De acordo com o relato dos pais, após oito meses de participação do processo, ocorreram progressos nos comportamentos de todos os participantes, mudanças essas relacionadas às consequências ocasionadas pelo transtorno. Os participantes passaram a dormir melhor, com o sono menos agitado, a respeitar as pessoas, a ficar mais atentos, a ter melhor concentração, persistência, organização, postura, a pensar antes de agir, tornaram-se mais prestativos e dispostos a cumprir tarefas da casa, disciplinados e responsáveis com suas obrigações, mais tranquilos, “maduros”, e menos irritados, e todos os pais disseram que as reclamações da escola diminuíram consideravelmente. É o que pode ser observado em trechos de alguns relatos dos pais e/ou responsáveis:

P2 parece estar mais tranquilo após o tratamento com a Equitação Terapêutica. [...] Passou a ter mais responsabilidade, faz as tarefas da escola sempre que mando, mas faz sozinho, pede ajuda e não desiste quando não consegue realizar algo, parece estar mais persistente. As reclamações da escola diminuíram muito [...]. (Mãe de P2).

[...] Hoje, ele para para ouvir o que temos a dizer, está mais prestativo, e mais disposto para cumprir com suas obrigações. [...] Notei bastante diferença no sono dele, antes ele tinha muita dificuldade para dormir, hoje, dorme com mais facilidade, e seu sono está menos agitado [...]. (Mãe de P3).

P4 está mais tranquilo, hoje, ele consegue ficar sentado para assistir televisão, não preciso mais ficar chamando a atenção dele o tempo todo. [...] Desde que ele começou esse tratamento pude contar as vezes que eu o coloquei de castigo, antes era todo dia. [...] Ele está mais comportado, respeita as pessoas, me ajuda com tarefas de casa, passou a dormir melhor, seu sono era agitado, hoje, ele consegue dormir e ter um sono tranquilo [...]. (Mãe de P4).

[...] Ele está mais atencioso com a família, briga menos com sua irmã, passou a me ajudar em nosso comércio, respeita melhor as pessoas [...], aprendeu até a arrumar sua própria cama, e aprendeu a sentar com a postura correta; [...] quero dizer que ele está mais disciplinado e responsável com suas obrigações. Seu quarto está mais organizado, ele pensa antes de responder, está menos impulsivo [...]. (Mãe de P5).

[...] Nós, eu e minha esposa, notamos que nosso filho parece estar crescendo, no sentido de estar mais maduro, [...] ele aprendeu a respeitar melhor os mais velhos e ajudar nas tarefas de casa... para para ouvir o que temos a dizer, e demonstra estar atento a isso; ele tinha dificuldade para dormir e acordava várias vezes durante a noite, hoje ele dorme muito melhor [...] está muito mais tranquilo que antes. Hoje estamos vivendo melhor uns com os outros, menos brigas e mais momentos alegres. (Mãe de P6).

Senti muita diferença no comportamento do meu filho, antes eu tinha medo, de levá-lo para fazer alguma visita ou até mesmo em lugares públicos, e passar vergonha, ele não me respeitava e nem obedecia, apenas o pai, e mesmo assim não eram todas as vezes. Hoje, tenho prazer em levá-lo comigo, fazer passeios, ele me escuta, me obedece e me respeita, é um menino educado com as pessoas. Seu comportamento, inquietação, irritação mudou completamente [...] é uma criança tranquila, para para ouvir o que temos a dizer, não desiste quando não consegue fazer algo, ele tenta de novo [...]. (Mãe de P7).

No caso de P3, que apresentava TOC como comorbidade, sua mãe relatou que:

Em relação às características do TOC, ele melhorou muito, deixou de lavar suas mãos o tempo todo, e são raras as vezes em que se preocupa em alinhar o botão da calça com o umbigo.

As alterações acima são confirmadas e explicadas por autores como Escobar (2008), Walter e Vendramini (2000), Santos (2000), Spink (1993) e Cudo (2002), que afirmam que a Equoterapia/Equitação Terapêutica traz ganhos relacionados à atenção, capacidade de concentração, desempenho escolar, disciplina, respeito à individualidade das pessoas, comportamento hiperativo, socialização, autoconfiança, autoestima, proporcionando ao praticante momentos de satisfação, descontração e realização, e assim melhorando seu desenvolvimento emocional e crescimento pessoal.

Freire (1999) cita especificamente os benefícios trazidos pelo cavalo, que é considerado um instrumento que desencadeia fantasias afetivas e emocionais no praticante,

representa um objeto de polarização afetiva; a recuperação de sentimentos de segurança, autoestima, autonomia e adaptações emocionais são proporcionadas pela integração harmoniosa com o animal.

Os ajustes proporcionados às crianças, pré-adolescentes e adolescentes com TDAH, pela prática Equoterápica, têm influência direta nos aspectos sociais, como em seus relacionamentos, tanto em ambiente familiar quanto escolar; isso acontece devido os praticantes aprenderem a lidar com limites, tendo o respeito à individualidade das pessoas, assim como às regras, assimiladas de forma natural, sendo que estas, são impostas pelo cavalo, então não são perceptíveis ao praticante (ESCOBAR, 2008).

Rodrigues (2004) observou que o contato com o cavalo traz benefícios, antes mesmo da montaria. Geralmente o praticante, ao se aproximar, busca a aceitação deste em forma de carinhos e abraços, demonstrando um intercâmbio, ou seja, uma aceitação de ambas as partes, o que, posteriormente, proporciona maior interação para a realização das atividades.

Sob o ponto de vista da Equitação, todo esse processo tem uma importância significativa na formação moral do indivíduo, pois a convivência, e as experiências vividas com o animal fazem nascer uma relação de afeto entre ambos, assim como aperfeiçoa a capacidade de observação, e, os desafios que surgem durante a montaria estimulam a vontade de sempre querer mais e querer saber mais (LICART, 1988).

5.2 RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS PRÉ-INTERVENÇÃO E RELATOS DOS PROFESSORES PÓS-INTERVENÇÃO

O caso de P1 será explicado separadamente neste primeiro momento, devido a sua participação de apenas dois meses de atendimentos, havendo desistência em seguida. Porém, durante esses dois meses, houve melhoras significativas em seu comportamento, relatadas pela orientadora e pela professora deste.

Em sala de aula, segundo o relato da orientadora e da professora, P1 era uma criança muito difícil, extremamente agressivo, usava muitos palavrões, briguento, nervoso, ansioso, agitado, descuidado, desatento, sem concentração, sem disciplina, pegava material dos colegas “escondido”, impulsivo, batia tanto em colegas como em alguns professores, e por

vezes agia com indiferença. No horário de recreio, todos esses comportamentos citados eram intensificados, envolvendo sempre muitas brigas.

A professora afirma também que P1 brincava sozinho, não partilhava objetos com os colegas, não gostava de ajudar os colegas e não cuidava de seus objetos pessoais. Suas reações emocionais eram intensas. Diante de seu fracasso, ele revoltava-se e agredia. Apresentava problemas quanto à destruição de objetos e ambiente, a furto, mentiras e simulação. Demonstrava estar sempre agressivo e instável emocionalmente. Procurava sempre atrair atenções, sensível a críticas e autoritário.

O TDAH é caracterizado por sintomas de desatenção, os quais desencadeiam dificuldade no foco de atenção, dificuldade de manter a atenção em tarefas, assim como para cumpri-las, dificuldade de organização e de concentração. A criança em idade escolar evita ou reluta em começar tarefas que exigem esforço mental, pode distrair-se facilmente e perde objetos. A hiperatividade traz inquietação, e essa criança não consegue brincar ou envolver-se em silêncio em atividades de lazer, fala em demasia, e parece sempre ser desastrado. E a impulsividade se caracteriza por respostas precipitadas, que acontecem mesmo antes de a pergunta ser concluída, impaciência de aguardar a sua vez, interromper outras pessoas, consequências essas que trazem prejuízos no desempenho escolar dos indivíduos. Sintomas como esses trazem problemas de habilidades sociais, que por sua vez acarretam comportamentos agressivos e antissociais (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2002; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2003; KNAPP et al., 2002).

Após dois meses de atendimento, P1 faltou a três sessões, e, em seguida, a orientadora da escola dele entrou em contato com a Psicóloga responsável por esta pesquisa, para saber se estava acontecendo algo, pois o comportamento do aluno havia melhorado significativamente, mas começara a regredir. A psicóloga então lhe comunicou que este estava faltando às sessões, e marcou uma reunião com as profissionais da escola desse participante.

Durante essa reunião, foi constatado que essa evolução e, em seguida, a regressão realmente ocorreram. Segundo o relato das profissionais da escola, o comportamento de P1 durante dois meses melhorou em relação à disciplina, ele apresentava interesse nas atividades e em aprender, permanecia sentado durante as aulas, prestava atenção às explicações, estava começando a ler e a escrever, buscava terminar uma atividade para depois começar outra, procurava a professora para fazer perguntas, estava mais cuidadoso com seu material, bem

como com suas lições do caderno, estava menos agressivo, conseguia brincar com os colegas sem agredi-los, respeitava a autoridade do professor, conseguia esperar a sua vez, parecia estar mais tranquilo, demonstrava afeto e aceitava carinho, e seu relacionamento com toda a classe melhorou, ele, mais calmo, aparentava estar tranquilo e feliz.

De acordo com Silveira e Frazão (1998) e Gavarini (1995 apud FREIRE, 1999), Cirillo (1999) e Santos (2000), a Equoterapia/Equitação Terapêutica também foca seus objetivos em uma melhor integração à sociedade e no respeito às limitações de cada indivíduo, os ganhos proporcionados por essa prática estão relacionados à socialização. Isso acontece devido às melhoras na concentração, processamento de pensamentos e sentimentos, habilidade de articular e controlar emoções, desenvolvimento da confiança, e reforço de comportamentos adequados. Esse método terapêutico ocasiona uma relação mais próxima entre o praticante, seus pais, os terapeutas e outros praticantes, sendo que cada qual possui suas particularidades, promovendo, de forma natural, uma integração à sociedade na qual convive. Isso se dá porque a montaria proporciona estímulos ao desenvolvimento emocional e ao crescimento pessoal do praticante. Dentro desse contexto, é importante e imprescindível a presença do cavalo, que proporciona ao praticante sensações de hospitalidade e aceitação, o que facilita o desenvolvimento da atividade e ocasiona certa similaridade ao meio familiar.

O cavalo é um animal que reage de acordo com os comportamentos emitidos pela pessoa que dele se aproxima, ou que o monta. Então, quando a abordagem da pessoa não se constitui de movimentos bruscos e apresenta movimentos suaves e seguros, demonstra para o cavalo que não é uma situação de “ataque”, ou seja, sem pressão, este responde da mesma forma, permitindo a aproximação, o toque e a montaria, proporcionando sensações de aceitação e acolhimento ao cavaleiro.

Segundo Roberts (2002), grande parte da comunicação estabelecida entre o cavalo e o cavaleiro depende da linguagem corporal. Freire (2003) complementa que essa interação estimula o desenvolvimento de novas formas de comunicação, socialização, autoconfiança e autoestima, que ocorrem desde o primeiro contato e cuidados preliminares com o animal até a montaria.

Engel (1997) também destaca a importância do cavalo nesse processo, e o descreve como animal dócil, de porte e força, que se deixa montar, manusear e se transforma em um amigo do praticante, apresenta-se como agente cinesioterapêutico, facilitador do processo

ensino-aprendizagem, criando com ele um relacionamento afetivo importante, proporcionando a inserção ou reinserção social, tornando-se assim personagem na vida do praticante e ponto de contato sedutor com o mundo que o rodeia.

Quando P1 parou de frequentar os atendimentos em Equoterapia, houve regressão em seu comportamento. Ele voltou a ser agressivo e a brigar com seus colegas por motivos inexplicáveis, demonstrava estar o tempo todo irritado, parecia estar sempre em seu limite, com raiva das coisas e pessoas, não parava sentado, não fazia as atividades, não respeitava os professores, nem mesmo a orientadora, a coordenadora, e tampouco a direção da escola. Totalmente desorganizado, ele atrapalhava todo o rendimento da classe e dos colegas, voltou a ser descuidado com seu material, rasgando cadernos, estragando livros e perdendo objetos.

A coordenadora também relatou que, em determinada situação na qual foi necessário lhe chamar a atenção, ela ameaçou ligar para a terapeuta da Equoterapia (em outros momentos, quando ainda frequentava as sessões), e o praticante pedia para não ligar porque ia melhorar seu comportamento e respeitá-la. Após a interrupção de seus atendimentos, em situação semelhante, ele pediu para que ela ligasse e inclusive (ênfaticamente a coordenadora) P1 empurrou o telefone em direção a ela e insistiu para que ela fizesse a ligação; a coordenadora interpretou esse ato como um pedido de ajuda, então ele disse: “Fala para a tia Camila vir me ajudar e me buscar!”. Foi assim que a escola teve conhecimento de que ele não mais estava frequentando a Equoterapia/Equitação Terapêutica, então perguntaram para o aluno porque não estava participando das sessões, por fim ele disse: “A minha mãe falou que é muito caro fazer este tratamento, e não vai mais me levar porque ela não tem como pagar”. Vale lembrar que todo o tratamento em Equoterapia/Equitação Terapêutica para os participantes desta pesquisa foi totalmente gratuito, não foi falado em momento algum sobre cobrança pelos atendimentos.

As profissionais da escola, de P1 concordaram e ressaltaram que a Equoterapia/Equitação Terapêutica estava ajudando muito, não só ao aluno, como também à convivência e aprendizagem de todos em sala de aula. Elas disseram:

Estávamos esperançosas quanto à melhora dele, mas em seguida, ele parou o tratamento e regrediu novamente, é como se voltássemos “à estaca zero”.

Pode-se notar que a Equoterapia/Equitação Terapêutica, mesmo tendo influenciado no comportamento de P1 por um curto período de tempo, trouxe benefícios significativos na vida escolar deste. Não se discutem nesta pesquisa questões relacionadas à problemática que P1 vivencia com sua família, por não ser o objetivo deste estudo; porém mais uma vez os fatos corroboram a literatura no que se refere à participação da família, cujo envolvimento é fundamental para a evolução e manutenção do processo terapêutico para o tratamento, e assim, consequentemente para a criança.

A seguir serão discutidos os resultados dos demais participantes desta pesquisa, P2, P3, P4, P5, P6 e P7.

Em relação à socialização, apenas P4 apresenta dificuldade, tenta impor sua amizade por meio da força física e agressividade; os demais, segundo suas professoras, não apresentam problemas em se relacionar, mas apresentam, por vezes, comportamentos agressivos.

De acordo com as professoras, antes da intervenção terapêutica em ambiente escolar(sala de aula), os participantes apresentavam comportamentos de irritabilidade, de ansiedade, de impulsividade, eram descuidados, expansivos, inseguros, agressivos tanto com o professor quanto com seus colegas, não respeitavam as pessoas, por vezes gritavam em sala, não paravam sentados, atrapalhavam o andamento da aula e o rendimento de seus colegas, não respeitavam limites e regras da classe e da escola, apresentavam problemas quanto à mentira e simulação, brincavam em demasia durante as aulas, apresentavam instabilidade emocional, procuravam sempre atrair atenções.

Crianças e adolescentes com TDAH do tipo combinado apresentam comportamentos agressivos e impulsivos, assim como altas taxas de sintomas característicos do transtorno de conduta; eles têm déficit na inibição de seu comportamento, não pensando na hora de agir, estando assim propensos a sofrer rejeição por parte de seus colegas. Estes que foram rejeitados, além da baixa autoestima, tendem a buscar a socialização com frequência, mas têm dificuldade por serem, extremamente argumentativos, ativos e falantes, como também incapazes de cooperar, esperar a sua vez ou compartilhar. Isso os leva a viver em constante dificuldade de interagir normalmente com seus colegas, o que também traz dificuldade e interferências em seu desempenho escolar (BIDERMAN et al., 1998; BIDERMAN et al., 1999; ROHDE et al., 1998; ROHDE et al., 2000; PFIFFNER, 2000: apud ANDRADE, 2003).

Em relação ao processo de aprendizagem, as professoras afirmam que os alunos não eram motivados para aprender e não aprendiam com rapidez, eram desinteressados, desatentos e dispersivos, apresentavam dificuldades no vocabulário para fazer produções de texto, precisavam seguir com os dedos, tinham dificuldades para ler, dificuldades com raciocínio aritmético, não conseguiam decorar tabuadas, não acompanhavam a classe, e demoravam a pensar.

A Organização Mundial de Saúde (1993), na CID-10, assinala a presença de dificuldades de leitura associadas, assim como outros problemas escolares como comuns entre as consequências trazidas por este transtorno.

Língua Portuguesa e Matemática são matérias em que os participantes apresentam menor rendimento, questão que pode ser explicada por serem constituídas por conteúdos que exigem da criança um maior esforço cognitivo. Sendo assim, o déficit de atenção e a dificuldade de concentração interferem negativamente em seu desempenho.

A presença do TDAH traz prejuízos na vida acadêmica da criança. No processo de aprendizagem, na fase de aquisição e desenvolvimento de linguagem, é necessária a presença da atenção seletiva apenas a estímulos relevantes. Quando há algum déficit nessa questão, compromete-se o rendimento escolar, e a maior dificuldade deles é de manter sua atenção por um período prolongado de tempo, assim como de selecionar informação relevante, detalhes esses necessários para estruturar e executar uma tarefa. Em sala de aula, evidencia-se essa questão porque ser o momento quando o aluno possui maior carga de estímulos e necessita da atenção sustentada e seletiva para uma aprendizagem adequada (BRIOSAS; SARRIÀ, 1993 apud MOOJEN; DORNELES; COSTA, 2003; PASTURA; MATTOS; ARAÚJO, 2005; VERA et al., 2006).

Após a intervenção terapêutica, as professoras afirmaram que o comportamento e rendimento escolar de seus alunos melhoraram consideravelmente. Os alunos, após a prática da Equoterapia/Equitação Terapêutica começaram a demonstrar persistência em aprender, a trabalhar independentemente, a ser organizados, prestar atenção às explicações, terminar uma atividade para então passar para a outra. Reduziram a agressividade, tornarem-se mais calmos e pacientes, sabendo aguardar a sua vez; controlaram melhor seu comportamento impulsivo e emoções, aprenderam a ouvir o que as pessoas têm a dizer, melhoraram sua autoestima e

autoconfiança e pareciam estar mais maduros. Essas mudanças podem ser observadas em alguns trechos dos relatos pós-intervenção dos professores:

P2 está menos agitado, mais prudente em suas atitudes, quando lhe era chamada a atenção; [...] mas em geral, [...] ele apresentou melhoras consideráveis em relação ao seu comportamento, atenção, ao seu emocional, parece estar mais maduro. (L.F.A. 26 anos, professora de Língua Portuguesa de P2).

Sua concentração melhorou muito, aceita melhor a figura do professor, está menos inquieto, antes usava disto para chamar atenção; hoje, cumprimenta e é carinhoso com as professoras, está mais persistente, antes, pedia muita ajuda, hoje, demonstra estar mais independente para resolver as atividades; termina o que começa, aprendeu a conversar com seus colegas, a parar e ouvir o que estes também têm a dizer; nas confusões, ele sempre colocava a culpa nos colegas, hoje, ele assume seus erros, melhorou sua autoconfiança e autocontrole. Sinto que o aluno está mais tranquilo; aprendeu a lidar com suas amizades, respeita melhor as pessoas; aprendeu a lidar com direitos e deveres, antes era egocêntrico, hoje não é mais.

Em relação ao TOC, ele melhorou muito, parou de alinhar o botão do short com o umbigo, antes era o tempo todo, hoje, parece que ele se esqueceu de detalhes assim; assim aconteceu em relação a querer lavar suas mãos toda hora [...]. (T.M.N.S.B., 39 anos, professora de Língua Portuguesa de P3).

O comportamento do meu aluno melhorou muito. Ele está mais calmo, se relaciona melhor com seus colegas, sua agressividade parece estar controlada, ele teve uma boa evolução em sala de aula. Tenho a impressão que lhe falta estímulo fora da escola para estudar, mas mesmo assim ele apresentou uma melhora “geral” em sua aprendizagem [...]. (B.C.B., 42 anos, Professora de Língua Portuguesa de P4).

P5 parece estar mais centrado, começou a respeitar as pessoas, tanto colegas como professores, está menos impulsivo, não brigou mais na escola. Tem feitos todos os exercícios que lhe é passado, e quando não consegue fazer, procura o professor para que este lhe explique novamente, consegue prestar atenção nas explicações, parece estar mais persistente em aprender [...]. (C.R.T.R., 48 anos, professora de Língua Portuguesa de P5).

Meu aluno melhorou em relação a propostas de atividades, respeito às pessoas; senta, copia e presta atenção no professor, cumpre com suas responsabilidades de aluno. A sua socialização melhorou muito, assim como todo o seu processo de aprendizagem e disciplina. Senti também mudanças positivas em relação à sua persistência em aprender e até mesmo em buscar o professor para pedir ajuda, coisas que ele não fazia antes [...]. (S.P.F., 28 anos, Professora de Língua Portuguesa de P6).

[...] Hoje, ele produz muito, evoluiu em relação ao seu comportamento, antes ele não fazia as tarefas, hoje ele faz todas as atividades e ainda tenta ajudar seus colegas. Em geral, ele melhorou em tudo [...]. (D.A.A., 44 anos, Professora de Língua Portuguesa de P7).

Características como desinibição social, imprudência, intromissões e interrupções das atividades de outras pessoas, respostas prematuras ao término da pergunta e dificuldade em aguardar a própria vez indicam a presença do transtorno, conforme o que estabelece a CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993).

Ao citar sobre autoestima e autoconfiança, pode-se afirmar que os aspectos emocionais são diretamente beneficiados, reduzindo a agressividade, melhorando o comportamento do indivíduo e sua interação social, o que acontece por meio do vínculo de cuidado com o animal e busca da aceitação deste, ocasionando maior afetividade nas relações pessoais. O respeito aos limites e às regras é aprimorado pela atividade de montaria, assim como traz às crianças e adolescentes com TDAH, momentos de maior concentração, autopercepção e atenção, o que facilita na execução de tarefas sequenciais, aspectos esses que influenciam na aprendizagem da criança, trazendo assim um melhor rendimento no desempenho escolar (AMARAL, 2000 apud ADÁRIO, 2005; ESCOBAR, 2008; LIMA; COSTA, 2004).

5.3 RESULTADOS DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA PRÉ E PÓS-INTERVENÇÃO

No Quadro 1, apresentam-se os resultados pré, pós-intervenção e conclusão de cada um dos testes psicológicos aplicados a cada participante, organizado de modo a facilitar o entendimento e visualização destes. Em seguida, esses resultados estão discutidos, separadamente, por teste, porém de forma conjunta dentre os participantes, destacando as semelhanças e diferenças dos resultados.

QUADRO 1 - Sinótico dos resultados pré e pós-intervenção e conclusão de cada um dos testes psicológicos aplicados, por participante, em 2011

Participante	Testes					
	D2		TDE		Escala de TDAH – versão para professor	
	Pré-intervenção	Pós-intervenção	Pré-intervenção	Pós-intervenção	Pré-intervenção	Pós-intervenção
P1	Escore Inferior. Apresentava dificuldade para manter atenção e concentração nas tarefas propostas.	Não foi possível a aplicação. Explicações e esclarecimentos nos Resultados de P1.	Não obteve escores suficientes para pontuar nos subtestes.	Não foi possível a aplicação. Explicações e esclarecimentos nos Resultados de P1.	Escores com percentil máximo em todos os quesitos avaliados pela Escala, indicando a presença do transtorno.	Não houve avaliação pós-intervenção.
Conclusão	Não houve conclusão por não ter sido possível a avaliação pós-intervenção. Esclarecimentos nos Resultados de P1.		Não houve conclusão por não ter sido possível a avaliação pós-intervenção. Esclarecimentos nos Resultados de P1.		Não houve conclusão por não ter sido possível a avaliação pós-intervenção. Esclarecimentos nos Resultados de P1.	
P2	Apresentava um nível de atenção concentrada médio inferior, dificuldade para se concentrar, e não apresentava ritmo estável de trabalho.	Apresentou rendimento médio superior; bons resultados para sua atenção concentrada, e pouca variação, em seu ritmo de trabalho e capacidade de concentração.	No subteste de Escrita e Leitura, este obteve escore médio; e no subteste de Aritmética, escore inferior. Resultado geral, escore inferior.	Obteve escores superiores em todos os subtestes.	Escores com percentil máximo em todos os quesitos avaliados pela Escala, indicando a presença do transtorno.	Nos quesitos Déficit de Atenção, Hiperatividade/Impulsividade e Comportamento Antissocial, P2 obteve escores medianos, dentro da expectativa; em Problemas de Aprendizagem, este obteve escore inferior, indicando que possui menos problemas em aprender que outros indivíduos da mesma idade.
Conclusão	Houve melhoras relacionadas à sua atenção concentrada, foco de atenção, capacidade de concentração, e rendimento em trabalhos que exijam atenção.		Apresentou uma evolução significativa em seu Desempenho Escolar. Passando de escores inferior/inferior para médio/superior em seu Resultado Geral.		P2 obteve melhoras significativas em relação a seu Déficit de Atenção, Hiperatividade/Impulsividade, Problemas de Aprendizagem e Comportamento Antissocial. Passou de um percentil máximo para percentil	

Participante	Testes					
	D2		TDE		Escala de TDAH – versão para professor	
	Pré-intervenção	Pós-intervenção	Pré-intervenção	Pós-intervenção	Pré-intervenção	Pós-intervenção
P3	Apresentava nível de atenção concentrada médio inferior, dificuldade para se concentrar, e não apresentava ritmo estável de trabalho.	Apresentou rendimento médio superior; bons resultados para sua atenção concentrada, e pouca variação em seu ritmo de trabalho e capacidade de concentração.	No subteste de Escrita, este obteve classificação mediana; Aritmética, superior; e Leitura, inferior.. Resultado Geral, escore médio.	Obteve escores superiores em todos os subtestes.	Escores com percentil máximo em todos os quesitos avaliados pela Escala, indicando a presença do transtorno.	Em todos os quesitos analisados pela Escala, P3 obteve percentil médio/inferior, resultado esse dentro da expectativa, ou seja, apresenta menos problemas que outros indivíduos da mesma idade.
Conclusão	Houve melhoras relacionadas à sua atenção concentrada, foco de atenção, capacidade de concentração, e rendimento em trabalhos que exigam atenção.		Apresentou evolução significativa em seu Desempenho Escolar. Tendo seu resultado geral evoluído de médio/médio para superior/superior.		P3 obteve melhoras significativas em relação ao seu Déficit de Atenção, Hiperatividade/Impulsividade, Problemas de Aprendizagem e Comportamento Antissocial. Passou de um percentil máximo para percentil médio/inferior, ou seja, dentro da normalidade para o seu sexo e idade.	
P4	Apresentava nível de atenção concentrada médio, dificuldade para se concentrar, e não apresentava ritmo estável de trabalho.	Apresentou rendimento médio superior. Junto à sua rapidez e melhora de sua precisão, estão bons resultados para a sua atenção concentrada e pouca variação em seu ritmo de trabalho, assim como em sua capacidade de concentração..	Não obteve escores suficientes para pontuar nos subtestes.	Escores inferiores nos subtestes de Escrita e Leitura e superior no subteste de Aritmética. Resultado Geral, escore inferior. Obs.: Mesmo com classificação inferior, pode-se considerar a evolução em seu desempenho escolar, pelo fato de este ter pontuado.	Escores com percentil máximo em todos os quesitos avaliados pela Escala, indicando a presença do transtorno.	Em todos os quesitos analisados pela Escala, P4 obteve percentil médio/inferior, resultado esse dentro da expectativa, ou seja, apresenta menos problemas que outros indivíduos da mesma idade.

Participante	Testes					
	D2		TDE		Escala de TDAH – versão para professor	
	Pré-intervenção	Pós-intervenção	Pré-intervenção	Pós-intervenção	Pré-intervenção	Pós-intervenção
Conclusão	Houve melhoras, significativas, relacionadas à sua atenção concentrada, foco de atenção, capacidade de concentração, e rendimento em trabalhos que exijam atenção.		Apresentou evolução em seu Desempenho Escolar, este demonstrado por ter passado de escores sem pontuação para escores inferiores e medianos.		P4 obteve melhoras significativas em relação ao seu Déficit de Atenção, Hiperatividade/Impulsividade, Problemas de Aprendizagem e Comportamento Antissocial. Passou de um percentil máximo para percentil médio/inferior, ou seja, dentro da normalidade para o seu sexo e idade.	
P5	Apresentava um nível de atenção concentrada médio inferior, dificuldade para se concentrar, e não apresentava ritmo estável de trabalho.	Apresentou rendimento médio superior. Junto à sua rapidez e melhora de sua precisão, estão bons resultados para a sua atenção concentrada e ritmo de trabalho, assim como em sua capacidade de concentração.	No subteste da Escrita, apresentou escore superior, mas no subteste de Aritmética e Leitura, escores inferiores de acordo com sua idade. Seu resultado geral obteve classificação inferior.	No subteste da Escrita, seu resultado foi superior; no subteste de Aritmética, médio e no subteste da Leitura, superior. Tendo como resultado geral uma classificação superior.	Escore com percentil máximo em todos os quesitos avaliados pela Escala, indicando a presença do transtorno.	Em todos os quesitos analisados pela Escala, P4 obteve percentil médio/inferior, resultado este dentro da expectativa, ou seja, apresenta menos problemas que outros indivíduos da mesma idade.
Conclusão	Houve melhoras, significativas, relacionadas à sua atenção concentrada, foco de atenção, capacidade de concentração, e rendimento em trabalhos que exijam atenção.		Apresentou evolução significativa em seu Desempenho Escolar. Tendo seu resultado geral evoluído de inferior para superior.		P5 obteve melhoras significativas em relação ao seu Déficit de Atenção, Hiperatividade/Impulsividade, Problemas de Aprendizagem e Comportamento Antissocial. Passou de um percentil máximo para percentil médio/inferior, ou seja, dentro da normalidade para o seu sexo e idade.	
P6	Apresentava um nível de atenção concentrada médio inferior, dificuldade para se concentrar, e variação média em seu ritmo de trabalho.	Apresentou rendimento superior. Junto à sua rapidez e melhora de sua precisão, estão bons resultados para a sua atenção concentrada e ritmo de trabalho, assim como	P6 obteve escores inferiores nos três subtestes, Escrita, Aritmética e Leitura. Tendo assim classificação inferior em seu Resultado Geral.	Apresentou escores superiores nos três subtestes. Tendo assim, classificação superior em seu Resultado Geral.	Escore máximos nos quesitos Déficit de Atenção, Hiperatividade/Impulsividade e Problemas de Aprendizagem, e escore mediano em Comportamento	Em todos os quesitos analisados pela Escala, P6 obteve percentil inferior, resultado esse dentro da expectativa, ou seja, apresenta menos problemas que outros indivíduos da

Participante	Testes					
	D2		TDE		Escala de TDAH – versão para professor	
	Pré-intervenção	Pós-intervenção	Pré-intervenção	Pós-intervenção	Pré-intervenção	Pós-intervenção
		em sua capacidade de concentração.			Antissocial.	mesma idade.
Conclusão	Houve melhoras relacionadas à sua atenção concentrada, foco de atenção, capacidade de concentração, e rendimento em trabalhos que exijam atenção.		Apresentou evolução significativa em seu Desempenho Escolar. Tendo seu resultado geral evoluído de inferior para superior.		P6 obteve melhoras significativas em relação ao seu Déficit de Atenção, Hiperatividade/Impulsividade, Problemas de Aprendizagem e Comportamento Antissocial. Passou de um percentil máximo para percentil inferior, ou seja, dentro da normalidade para o seu sexo e idade.	
P7	Apresentava um nível de atenção concentrada inferior, dificuldade para se concentrar, e não apresentava ritmo estável. de trabalho	Apresentou rendimento superior. Junto à sua rapidez e melhora de sua precisão, estão bons resultados para a sua atenção concentrada e ritmo de trabalho, assim como em sua capacidade de concentração.	No subteste da Escrita, P7 obteve escore inferior, no subteste de Aritmética e Leitura, e obteve escore inferior em relação à sua série/ano, mas em relação à sua idade obteve escore mediano e superior. Seu Resultado Geral obteve escore médio/inferior.	P7 obteve escores superiores em todos os subtestes. Seu Resultado Geral também obteve escore superior.	P7 obteve percentil médio/superior em relação ao o Déficit de Atenção, superior em Hiperatividade/Impulsividade, médio em Problemas de Aprendizagem, e percentil médio/superior em relação ao Comportamento Antissocial.	Em todos os quesitos analisados pela Escala, P7 obteve percentil inferior, resultado esse dentro da expectativa, ou seja, apresenta menos problemas que outros indivíduos da mesma idade.
Conclusão	Houve melhoras relacionadas à sua atenção concentrada, foco de atenção, capacidade de concentração, e rendimento em trabalhos que exijam atenção.		Apresentou evolução significativa em seu Desempenho Escolar. Tendo seu resultado geral evoluído de inferior/médio para superior/superior.		P7 obteve melhoras significativas em relação ao seu Déficit de Atenção, Hiperatividade/Impulsividade, Problemas de Aprendizagem e Comportamento Antissocial. Passou de um percentil médio/superior para percentil inferior, ou seja, dentro da normalidade para o seu sexo e idade.	

Fonte: Camila Spengler Escobar, 2011.

5.3.1 Teste d2 – Atenção Concentrada

No Teste d2 – Atenção Concentrada pode-se perceber por meio dos resultados dos participantes que, na aplicação pré-intervenção, estes obtiveram escores médio/inferiores, indicando baixo nível de atenção concentrada, dificuldade de se concentrar e baixo rendimento em trabalhos que lhes exijam atenção.

Nolan (2001 apud ARAÚJO, 2002) afirma que a desatenção compromete o desempenho escolar, pois esta se agrava à medida que aumenta a complexidade e quantidade de material didático, justamente quando é cobrado do aluno maior memorização e foco de atenção aos detalhes do que se está sendo aprendido.

Na aplicação pós-intervenção, os resultados obtiveram escores médio/superiores, podendo estes ser interpretados como bom rendimento, precisão, atenção concentrada e ritmo de trabalho, assim como uma melhor capacidade de concentração.

Com a dificuldade de atenção e comportamentos hiperativos, a criança com TDAH (tipo misto) sofre com problemas de aprendizagem, situação essa amenizada por meio de ganhos ocasionados pela Equoterapia, em que acontecem movimentos, sequenciais e contínuos, realizados durante a montaria e que proporcionam um melhor raciocínio lógico, capacidade de concentração, atenção concentrada, e o “pensar antes de agir”. Esses momentos de maior concentração, autopercepção e atenção, facilitam a execução de tarefas sequenciais (ESCOBAR, 2008; LIMA; COSTA, 2004; RISKALLA; KOGUTE, 2002).

5.3.2 Teste de Desempenho Escolar

No TDE pôde-se notar que os participantes passaram de escores médio/inferior para escores superiores; com exceção de P4, que, na primeira aplicação, não obteve escore suficiente para pontuar, porém, na segunda aplicação, ele obteve classificação inferior, fato que se pode considerar como evolução em seu desempenho escolar.

O TDAH apresenta dificuldades em relação à leitura, escrita e matemática, as quais interferem no rendimento escolar e vida diária do indivíduo (ASSOCIAÇÃO AMERICANA

DE PSIQUIATRIA, 2002; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993). As terapias de suporte são indicadas para o tratamento do TDAH e podem ser elaboradas por um profissional ou por uma equipe interdisciplinar especializada por meio de terapias desportivas, com animais e por meio de outras técnicas alternativas (ARAÚJO, 2002).

A Equoterapia traz benefícios quanto a aspectos relacionados à autoestima e autoconfiança, reduzindo a agressividade, melhorando o comportamento do indivíduo, sua interação social, trazendo assim um melhor rendimento quanto ao desempenho escolar (ESCOBAR, 2008).

5.3.3 Escala de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – versão para professores

Essa escala é subdividida em quatro quesitos: Déficit de Atenção, Hiperatividade Impulsividade, Problemas de Aprendizagem e Comportamento Antissocial. Os resultados abaixo são da aplicação pré-intervenção, e serão discutidos separadamente, porém em conjunto entre os participantes.

No quesito Déficit de Atenção, todos os participantes apresentaram percentil máximo. Foram avaliadas questões como organização com lições de classe, respostas claras ao professor, atenção às lições do caderno e às explicações, concentração, persistência, responsabilidade, dentre outras.

Deixar atividades inacabadas, interromper tarefas e indicar perda de interesse em uma tarefa devido a outros estímulos também são características do TDAH (CID-10, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1993).

No processo de aprendizagem em geral, é necessária a presença da atenção e da atenção seletiva, esta apenas a estímulos relevantes, e, quando há algum déficit nessa questão, compromete-se o rendimento escolar. A maior dificuldade de crianças e adolescentes com TDAH, esta associada ou não à hiperatividade, é de manter a atenção deles por um período prolongado de tempo, assim como fazer a seleção da informação relevante, detalhes esses necessários para estruturar e executar uma tarefa. Pode-se então dizer que em situações grupais, como, por exemplo, em sala de aula, onde existe grande quantidade de informações,

essas dificuldades ficam mais evidentes, porque para isso se faz necessário atenção sustentada e seletiva (BRIOSÀ; SARRIÀ, 1993 apud MOOJEN; DORNELE; COSTA, 2003).

No quesito Hiperatividade/Impulsividade, os participantes também obtiveram percentil máximo nos itens avaliados, quais sejam: inquietação, agir sem pensar, sempre com pressa, atrapalha o professor com ruídos e brincadeiras, fala em demasia e impaciência.

Alguns estudos também apontam influências negativas vindas das características desse transtorno. Esses estudos sugerem que os sintomas da desatenção influenciam, diretamente, o desempenho escolar, trazendo comprometimentos acadêmicos e neuropsicológicos, enquanto os sintomas da hiperatividade/impulsividade são associados a problemas de comportamentos, que também trazem prejuízos, diretos ao desenvolvimento acadêmico (WEISS et al., 1985; BARKLEY et al., 1990; MANNUZZA et al., 1993; MANNUZZA et al., 1997: apud PASTURA; MATTOS; ARAÚJO, 2005; CHHABILDAS et al., 2001; GADOW et al., 2004; SCHMITZ et al., 2002: apud COUTINHO; MATTOS; ARAÚJO, 2007). Essas dificuldades são causadas pela presença da desatenção, hiperatividade e impulsividade, e levam à repetência, à necessidade de aulas particulares, salas especiais, dentre outras decisões tomadas pela escola.

No quesito Problemas de Aprendizagem, todos os participantes apresentaram percentil máximo nos itens avaliados, com exceção de P7, que obteve percentil mediano. Foram avaliados: rendimento em Português, dificuldade para entender problemas de matemática, dificuldade de expressar seus pensamentos, raciocínio lógico, caligrafia, escrita, leitura, cálculos, aceitação de regras e normas da classe e fala.

A desatenção, maior barreira enfrentada para uma aprendizagem adequada na fase de aquisição e desenvolvimento de linguagem, compromete o desempenho escolar, devido à cobrança depositada no aluno durante a vida acadêmica, na qual lhe é exigida maior memorização e foco de atenção aos detalhes do que está sendo ensinado (NOLAN, 2001 apud ARAÚJO, 2002; VERA et al., 2006).

No quesito Comportamento Antissocial, P6 obteve percentil mediano, e P7 percentil médio/superior, enquanto os demais apresentaram percentis máximos nesse quesito. Avaliou-se a aceitação deste perante os colegas, se os irrita com suas palhaçadas, se é briguento, se causa confusão, sobre o respeito para com os professores e se possui amigos.

A Organização Mundial de Saúde (1993), na CID-10, ressalta características de comportamento antissocial e baixa autoestima, estas presentes nas consequências dos sintomas do transtorno; a imprudência, impulsividade, problemas disciplinares e desinibição social com falta de precaução e reservas normais, são questões que trazem impopularidade e isolamento.

Crianças e adolescentes com TDAH do tipo combinado apresentam comportamentos agressivos e impulsivos, assim como altas taxas de sintomas característicos do transtorno de conduta e, assim, têm déficit na inibição de seu comportamento, não pensando na hora de agir, estando propensos a sofrer rejeição por parte de seus colegas. Aqueles, que foram rejeitados, além da baixa autoestima, tendem a buscar a socialização com frequentes tentativas, mas têm dificuldade por serem, extremamente argumentativos, ativos e falantes, e incapazes de cooperar, esperar a sua própria vez ou compartilhar (BIDERMAN et al., 1998; BIDERMAN et al., 1999; ROHDE et al., 1998; ROHDE et al., 2000; PFIFFNER et al., 2000: apud ANDRADE, 2003).

Nas aplicações pós-intervenção, todos os participantes obtiveram percentil mínimo em todos os quesitos, o que indica a diminuição considerável dos sintomas desse transtorno. Esses participantes melhoraram nas questões da atenção, organização, acompanhamento do ritmo de classe, responsabilidade, trabalho independente, concentração, impulsividade, inquietação, irritabilidade, rendimento no aprendizado, raciocínio lógico, escrita, leitura, cálculos, compreensão de textos, respeito à regras e normas, respeito aos colegas e professores, busca da aceitação das pessoas, e agressividade.

Observando e analisando experiências empíricas, a autora deste estudo entende que, na Equoterapia/Equitação Terapêutica, o praticante vivencia inicialmente certo medo ao montar e insegurança em comandar o cavalo, e essa situação pode ser comparada com as dificuldades no convívio social do indivíduo com TDAH; o cavalo, facilitador do aprendizado nesta prática, promove o desenvolvimento da autoestima e autoimagem de seus praticantes, características que motivam o enfrentamento destas “situações”, propiciando sensações de “vitória”, ou seja, superação de desafios, o que traz melhoras nos comportamentos sociais e estímulo à vontade de aprender.

Autores como Riskalla e Kogute (2002), Lima e Costa (2004), Andrade e Lohr Júnior (2007) e Escobar (2008) esclarecem que o treinamento de habilidades sociais traz ganhos em

relação à impulsividade. Os relaxamentos, que incluem técnicas de respiração e correção postural, ajudam a reduzir consideravelmente a ansiedade, que causa sensações desagradáveis; a reestruturação cognitiva, um dos principais pontos da intervenção, visa melhorar a autoestima do indivíduo, autoconfiança, o respeito aos limites e às regras, trazendo às crianças e adolescentes com TDAH melhoras relacionadas ao comportamento hiperativo, à socialização, atenção, capacidade de concentração, disciplina, motivação do aluno em aprender, redução de comportamentos agressivos, aceitação da autoridade do professor, e atividades propostas. O treinamento dessas habilidades facilita a execução de tarefas, trabalhando assim o seu enfrentamento das dificuldades vividas.

A estrutura, a organização e a constância do tratamento em Equoterapia são importantes para que o paciente com TDAH tenha interesse em cumprir responsabilidades e, assim, se sinta necessário e valorizado. A criança também busca uma adaptação ao cavalo, como por exemplo, na forma de aproximação, tendo que diminuir seus movimentos bruscos e invasivos para que o cavalo lhe permita que se aproxime, obrigando-lhe o controle de seu comportamento (LIMA; COSTA, 2004). Isso, a partir da vivência da autora como Instrutora de Equitação e Equoterapeuta, acontece devido à motivação e desejo de aproximar-se do cavalo tanto quanto ao aspecto lúdico, como ao afetivo.

5.4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DAS SESSÕES

Nesta etapa serão discutidas as sessões de cada participante. Imagens ilustrativas do local dos atendimentos, dos equipamentos e recursos materiais, e de alguns procedimentos e exercícios realizados estão no Apêndice D, Figuras 1-8.

5.4.1 Sessões de P1

Sessões mês 1 – P1:

O primeiro contato: a mãe, acompanhada do padrasto, chegou com a criança ao local dos atendimentos da pesquisa. Foram recebidos pela Psicóloga responsável, que por sua vez se apresentou e perguntou o nome do participante, este não respondeu e olhou com uma expressão que demonstrava irritabilidade; a terapeuta perguntou novamente seu nome, este

reagiu da mesma forma, então olhou para sua mãe, e exigiu, com palavrões, que esta falasse seu nome, então a mãe respondeu para a terapeuta o nome da criança.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1993), na CID-10, os comportamentos, como os citados acima, são evidenciados com maior intensidade em situações estruturadas e organizadas, em que se faz necessário um elevado grau de autocontrole de comportamento.

A terapeuta, acompanhada pela mãe, dirigiu-se à sala reservada para as avaliações para conversar com a mãe. Foram dadas todas as explicações sobre a pesquisa e os devidos Termos foram assinados. Quando foi iniciado o Questionário para Pais, o padrasto chamou a mãe porque a criança estava muito nervosa do lado de fora. Então, foi marcada uma data e horário para o início do processo terapêutico, e para o preenchimento do Questionário, que ficara incompleto.

Ao sair da sala, a terapeuta tentou novamente uma aproximação com a criança. Perguntou-lhe se este gostava de animais, ele respondeu que não; perguntou então se gostava de cavalos, ele novamente respondeu que não. A terapeuta explicou-lhe que ele iria fazer aulas com brincadeiras em cima de um cavalo; ele expressou curiosidade, ela deu mais algumas explicações sobre o assunto, e então perguntou se ele teria interesse e vontade de tentar, ele respondeu que sim, mas continuava com sua expressão fechada (irritabilidade).

A terapeuta se despediu e disse que esperava por ele no dia combinado, ele perguntou se não seria naquele momento, ela disse que não, que a aula seria em outro dia e em outro horário. A criança se pôs muito nervosa e começou a “xingar” sua mãe e seu padrasto, e dizer que não deviam tê-lo trazido se não era para fazer nada. E o Questionário foi respondido pela mãe, junto com o padrasto em outro dia, no qual não houve atendimento.

Na data e horário marcados, o padrasto trouxe P1, ambos com a expressão “fechada” (sérios). A terapeuta cumprimentou-os, apenas o padrasto respondeu, porém sem fazer contato visual. A terapeuta pediu que eles esperassem no local reservado para tanto, anteriormente apresentado a estes, pois faltavam 5 minutos para o início de sua sessão. Eles sentaram, um longe do outro e esperaram.

Ao início de sua sessão, a terapeuta chamou P1 para lhe apresentar o material, o cavalo e fazer as devidas explicações de segurança. Ele reagia de forma como se não lhe

importasse todas aquelas palavras. Foi-lhe chamada a atenção várias vezes, para que prestasse atenção às explicações.

O cavalo foi colocado, por um auxiliar guia, junto à rampa. O praticante se aproximou e subiu nesta, sempre ao lado da terapeuta, passou a mão no cavalo e explorou-o durante 5 minutos. Nesse momento, a terapeuta o deixou à vontade e lhe disse que, na hora que estivesse pronto para montar, deveria avisar, porque seria explicado como fazer, e ela o auxiliaria.

Após esses 5 minutos, ele teve a iniciativa de tentar sozinho, então a terapeuta o segurou e repetiu, “quando você estiver pronto para montar me avisa, vou te explicar e te ajudar”, então ele disse: “tô pronto”. Ela explicou e o ajudou a montar.

Ainda com o cavalo parado, ele começou a repetir que estava com medo, (nesse momento, apesar de falar que estava com medo, o praticante tinha em seu rosto uma expressão tranquila). A terapeuta o acalmou e começou a perguntar sobre seu contato com animais, então, o auxiliar guia foi orientado para que começasse, de forma lenta, a andadura passo; o praticante demonstrou ter ficado tenso, mas em seguida relaxou.

A Equoterapia possibilita a interação do praticante com o cavalo, incluindo cuidados preliminares, primeiros contatos de aproximação, utilização dos princípios da arte equestre, e estimula novas formas de socialização, autoconfiança, autoestima e autoimagem (BALTIERI, 2006).

Foram 20 minutos de sessão. O praticante, todo o tempo com expressões fechadas, não quis experimentar nenhum dos exercícios.

Durante a sessão, o padraço ficou ao fundo do local de espera, mexendo em seu celular, em momento algum olhou para o picadeiro.

Ao descer do cavalo foi pedido para que P1 se despedisse do animal, ele olhou para a equipe e disse que não, então saiu correndo para o lado de fora do picadeiro.

A terapeuta disse então que esperaria por ele na próxima aula, e despediu-se do praticante e do padraço, ambos não responderam.

Na sessão seguinte, ao chegarem, a terapeuta esperou para ouvir deles os cumprimentos, eles não disseram nada, o participante se direcionou à caixa com capacetes, e o padraço foi sentar no local de espera. A terapeuta saudou-os, então, com um bom dia e perguntou como eles estavam, se haviam passado bem a semana; o padraço respondeu “bem”, e P1 olhou para ela, com a mesma expressão “fechada” dos outros dias, e disse “vamos logo, já estou com o capacete”. A terapeuta lhe explicou a importância de cumprimentar as pessoas, de falar bom dia e etc. então pediu para que ele lhe desse um beijo e um abraço de bom dia, este o fez, em seguida foram para o cavalo.

A sessão, também de 20 minutos, foi boa, apesar de, para todos os comandos, P1 dizer primeiramente “não”; mas, independente de sua dificuldade, completava os exercícios.

Neste primeiro mês, apesar de seu comportamento difícil, o praticante teve uma grande evolução. Começou a ser educado e demonstrou que gosta muito de carinho, estes representados de qualquer forma, inclusive quando lhe era chamada a atenção, ele parecia entender isso como proteção, aprendeu a usar expressões de boas maneiras, como por favor, obrigado, a cumprimentar e a despedir-se, começou a sorrir e parecia se divertir em cima do cavalo.

Na Equoterapia

[...] o 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, p. 76).

O padraço também começou a assistir às sessões, e a incentivá-lo perante algum progresso em cima do cavalo, passou a tirar fotos e a filmar, ao chegar, vinha falar bom dia à equipe; e, com suas próprias declarações, disse que o relacionamento entre ele e seu enteado havia melhorado muito, disse também que, após o início da Equoterapia, havia surgido uma amizade e companheirismo entre eles, coisa que antes não havia, ele declarou que padraço e enteado mal se falavam.

O padraço revelou também algumas mudanças que já haviam acontecido em ambiente familiar, em relação ao seu comportamento:

Ele parou de responder com “xingamentos” às pessoas de casa, não jogou mais o que tinha nas mãos quando está nervoso, parece que ele está se controlando antes de falar e de agir”, disse o padrasto.

Afirmou também que essas mudanças estavam ajudando a melhorar o clima tenso que existia dentro de casa.

A Equoterapia, com a descoberta de capacidades não identificadas pela família anteriormente no filho, promove uma redefinição das relações familiares, propiciando à criança um melhor ajuste do comportamento. Dessa forma, interrompe o círculo vicioso patológico da relação (FREIRE, 1999).

Quanto à evolução em relação à montaria, o praticante começou a realizar os exercícios de giro de braço, giro completo sobre a sela, mão direita no pé esquerdo e vice-versa, deitar para frente e para trás no cavalo, e fazer toda a aula com apenas um auxiliar lateral.

Sessões mês 2 – P1:

O praticante demonstrava estar familiarizado com todo o esquema de aula, já em um processo de Equitação Terapêutica (Equoterapia pré-esportiva). Ao chegar, se aproximava correndo e gritando o nome da terapeuta, que por sua vez lhe abraçava e demonstrava afeto, e então este se preparava para montar. Seu padrasto chegava sorrindo em todas as sessões, falava com todos os membros da equipe e assistia às sessões ao lado da cerca do picadeiro com a máquina fotográfica em mãos.

Segundo Freire (1999, p. 50) “[...] é de relevância que a família contribua com o tratamento, para um melhor prognóstico [...]”. A Equoterapia ocasiona uma relação mais próxima entre o praticante, seus pais e/ou responsáveis, e terapeuta. Isso se dá porque a montaria proporciona estímulos ao desenvolvimento emocional e ao crescimento pessoal do praticante. Dentro deste contexto, é importante e imprescindível a presença do cavalo, que faz interligações à similaridade do meio familiar, proporcionando ao praticante sensações como de hospitalidade e aceitação, o que facilita o desenvolvimento da atividade (SANTOS, 2000).

Os graus de dificuldade nos exercícios de montaria aumentavam de acordo com as limitações do praticante. Eram realizados exercícios de rédeas com curvas, paradas e retomada da andadura passo, ainda com a presença do auxiliar guia. Após essa etapa, o

praticante começou a dominar e guiar seu próprio cavalo, ainda sob manta, a sela seria o próximo passo. Quando isso aconteceu, P1 guiou sozinho o seu cavalo, ele expressou euforia, e alegria, como se fosse uma vitória única em sua vida, assim como o padrasto, filmando, ficou emocionado. P1 gritava o nome de seu padrasto para mostrar o que havia conseguido, este respondia que estava filmando, foi um momento que pudemos perceber o quão forte estava a ligação entre eles.

Silva, C. (2004) considera que, quando o paciente desloca seu cavalo, por meio do direcionamento que ele próprio decidiu e foi correspondido, acontecem sensações proporcionadas pelo cavalo, as quais, muitas vezes, não sentiu em sua vida cotidiana, fato que resultará em uma evolução para o cavaleiro.

Assim foram as sessões seguintes. A cada aula, P1 demonstrava muito interesse, fazia perguntas, e com atenção e concentração, empenhava-se em melhorar e cumprir com os objetivos propostos.

Os cavalos podem assumir, para crianças e adolescentes não estruturados, um papel revelador e um reconstrutor de suas capacidades escondidas, e o diálogo tônico postural que estabelecem mutuamente permite que estes se acalmem e se tranquilizem (MONTAGNER, 2002).

Sessões mês 3 – P1:

O participante faltou a três sessões consecutivas, então a terapeuta tentou entrar em contato com a mãe e com o padrasto, mas não obteve resposta. O restante das explicações pode ser encontrado no Apêndice C.

5.4.2 Sessões de P2

Sessões mês 1 – P2:

A primeira sessão iniciou-se com instruções de segurança referentes aos cuidados que se deve ter por estar lidando com um animal. Então foram apresentados os materiais de trabalho e de proteção; e, logo após esses procedimentos, foi feita a primeira aproximação do praticante com o cavalo. P2 demonstrou ansiedade e insegurança e, por vezes, disse estar com

medo, mas não demonstrou esse sentimento, e aproximou-se do cavalo sem problemas, fez carinho e abraçou o animal.

A interação com o cavalo, desde o primeiro contato, e cuidados preliminares até a montaria, também desenvolvem novas formas de comunicação, socialização, autoconfiança e autoestima (FREIRE, 2003).

Nesta sessão, usou-se a manta para a montaria, material este que, por ser flexível e macio, permite ao praticante sentir todos os movimentos do animal. Após 15 minutos de sessão, ao passo, o praticante, instruído pela terapeuta, fez alguns exercícios para explorar a “montaria”, com ela se familiarizar e relaxar. Ao final da sessão, o praticante parecia estar confiante e orgulhoso daquilo que havia feito.

Nas sessões seguintes, P2 demonstrava ansiedade antes de subir no cavalo, tinha sempre muita pressa, por vezes, chegava mais cedo e não sabia aguardar a sua vez, assim como se esquecia de cumprimentar as pessoas que estavam no local; era necessário lhe chamar para dizer: “boa tarde” e/ou “como vai?”.

Neste primeiro mês, o praticante fez exercícios de equitação, tais como giro de braço, giro completo sobre a manta, deitar para frente e para trás, estes com o cavalo parado; e, suas sessões foram acompanhadas por um auxiliar guia e um lateral.

O passo é a andadura mais favorável ao estabelecimento da linguagem convencional entre o cavalo e o cavaleiro, em virtude das reações provocadas por esta no assento do cavaleiro, permite a este manter uma ligação íntima com sua montaria e, portanto, em condições de dar às suas indicações o máximo de precisão (AZAMBUJA, 1985).

Sessões mês 2 – P2:

No segundo mês, pôde-se afirmar que já havia um vínculo entre o praticante e a terapeuta, assim como deste com o cavalo.

P2 chegava ao local dos atendimentos, abraçava a terapeuta e fazia perguntas como “tudo bem?”, assim também fazia com toda a equipe. E, quando chegava antes do seu horário, este se sentava à mesa de espera, já com seu capacete em mãos e esperava sua vez.

Nas sessões, P2 completava todos os exercícios do primeiro mês, e alguns novos como abandonar e retomar assento, estes com o cavalo parado e com os auxiliares; e ao final das sessões, o praticante começou a receber instruções de como guiar seu próprio cavalo. Com duas aulas, P2 já guiava seu cavalo.

Nas últimas sessões desse mês, os exercícios começaram a ser executados ao passo, com o acompanhamento dos auxiliares.

Sessões mês 3 – P2:

No terceiro mês, o grau de dificuldades dos exercícios foi aumentado, e estes realizados ao passo apenas com um auxiliar lateral e com o praticante guiando o cavalo.

Foi notada uma melhora significativa em relação à autoestima do praticante, bem como autoconfiança, nível de ansiedade antes, durante e logo após a montaria, segurança, respeito à figura da terapeuta e à equipe.

Os efeitos da interação homem-animal a partir do ponto de vista fisiológico e saúde cardiovascular humana apontam que as Terapias Assistidas por Animais podem ajudar na melhora da saúde física por meio de três mecanismos básicos que: 1) diminuem a ansiedade; 2) os efeitos do sistema nervoso simpático; e 3) aumentam o estímulo para prática de exercícios, mecanismos esses que consequentemente apresentam impacto positivo no controle das irritações diárias provocadas pelo estresse e uma melhora na qualidade de vida e saúde física das pessoas (FRIEDMAN, 1990).

Por vezes, P2 respondia ao receber um comando de exercício, o qual não gostava de fazer, dizia que não precisava daquilo. Sempre que isso acontecia, era-lhe explicado o porquê de cada exercício, assim como, demonstrado em movimento em cima do cavalo, para que este compreendesse a importância do treinamento contínuo dos exercícios. Após várias demonstrações, P2 concordou sobre a importância dos exercícios. Quando eram exercícios de maior dificuldade, a primeira reação dele era desistir, mas estímulos verbais constantes da terapeuta faziam com que ele, mesmo contrariado, continuasse tentando.

Instruções sobre técnicas de rédeas e do uso da pressão das pernas começaram a ser dadas e treinadas nas sessões. Para esses exercícios específicos, foram utilizados cones, balizas, folhas de papel, bolas, cestas e obstáculos de salto. Com esses exercícios, são

treinadas áreas como de equilíbrio e força muscular, além de foco de atenção e concentração; pois o praticante para conseguir completar todas as etapas da atividade tem de estar concentrado em todos os movimentos do animal e percurso a ser realizado.

Sessões mês 4 – P2:

O quarto mês foi focado em treinamento de todas as etapas anteriores, pois, para uma evolução adequada de montaria, é necessário que se tenha uma base sólida de atividades primárias.

No decorrer das sessões, pôde-se notar que o humor do praticante oscilava bastante; às vezes parecia estar desanimado, em outras, eufórico em excesso.

Para entender melhor essa variável, foi marcada uma conversa com a mãe do praticante, que relatou algumas situações diárias em ambiente familiar; destacou a necessidade de chamar-lhe a atenção o tempo todo por conta de seu comportamento, que o prejudica na vida escolar e também na convivência com a família. Segundo ela, a relação entre eles está muito delicada, têm acontecido muitas brigas e discussões na família, até mesmo entre ela e seu marido, padrasto de P2.

A mãe afirma já não saber como agir, pois punições não resolvem, ele não se importa em ficar sem computador, ou vídeo game, ou até mesmo sem brincar; ela diz não ter mais paciência. Por vezes, até ligou para o pai de P2, o qual não mantém nenhum tipo de relação e, segundo ela, não se importa e não a ajuda.

Toda essa instabilidade em ambiente familiar, provavelmente causada pela presença do transtorno, pode ser o motivo das oscilações emocionais do praticante.

Silva, M. (2006) afirma que a participação e acompanhamento dos pais às sessões de Equoterapia facilitam a adesão ao tratamento, além de melhorar a relação em ambiente familiar. Assim, destaca a importância da continuidade à estimulação em casa, para desenvolver o incentivo e gosto por essa terapia que traz inúmeros benefícios aos que a praticam.

Na última sessão do mês, a terapeuta iniciou um diálogo com P2, para entender melhor essa “questão emocional”. Aos poucos ele começou a contar uma história de um “amigo” que tinha problemas com seu pai. Essa conversa elucidou várias situações e tipos de respostas

trazidas pelo praticante durante os atendimentos. Muitos de seus comportamentos agressivos podem estar relacionados com essa relação ausente de seu pai; este demonstrou angústia e revolta referindo-se ao pai de seu “amigo”.

Sessões mês 5 – P2:

Nas sessões que decorreram a conversa sobre o pai do amigo, o praticante pareceu estar mais à vontade para conversar sobre as situações do seu dia-a-dia.

Começou a fazer os exercícios com determinação e persistência, sem tentar desistir; também pôde ser notada certa evolução de P2 em decorar percursos dados durante as sessões.

Neste mês foi dada a introdução da prática do trote, que envolve uma postura correta, posicionamento de pernas e pés, controle de rédeas e direção; sendo que para a execução e junção de todas essas técnicas, é necessário que esteja atento a todos os movimentos simultaneamente.

No início, o praticante demonstrou certa dificuldade, por serem muitos comandos ao mesmo tempo, e por vezes se irritou com o cavalo, que, segundo ele, não andava (não andava por ser necessária a perfeita execução das técnicas para que o animal entenda o que lhe está sendo pedido). Nessa primeira tentativa, o praticante não conseguiu manter um ritmo no trote; mas, na sessão seguinte, começou a melhorar seus movimentos, o que o estimulou a vencer o desafio.

Em todas as sessões, foram realizados os exercícios de equitação, os quais têm seu grau de dificuldade aumentado a cada vez em que o praticante evolui em seu movimento.

Na última sessão deste mês, foi feita uma aula de vivência, quando o praticante aprendeu a alimentar o cavalo, colocar buçal, limpar e escovar, encilhar, como também o nome de todo o material utilizado, os quais lhe eram perguntados durante o processo; montou durante 20 minutos, levou o cavalo de volta às baias, desencilhou, escovou novamente e deu-lhe banho.

Durante essa aula, o praticante se mostrou interessado e demonstrou gostar do que estava fazendo, e dos cuidados para com o animal.

Sessões mês 6 – P2:

Neste mês, foram feitos treinamentos dos movimentos e técnicas já aprendidos nos meses anteriores. O praticante continuou apresentando grande evolução na sua prática de montaria.

Além dessas melhoras observadas, pôde-se notar um amadurecimento por parte do praticante; e, com situações e assuntos trazidos por este, pôde-se perceber que estava mais tranquilo, menos ansioso, que estava pensando antes de agir ou falar; situações essas vividas tanto em ambiente familiar quanto em escolar. Suas brigas, na maioria verbal, na escola, diminuíram significativamente, bem como seu comportamento em sala de aula melhorou. Essas observações foram constatadas por informações trazidas pelo próprio praticante e confirmadas por sua mãe.

Após o praticante estar executando bem todos os movimentos aprendidos, foi iniciado o galope, no qual P2 encontrou dificuldades para realizar; e seu humor mudou no mesmo momento. Sua expressão facial ficou fechada, e ele demonstrou irritação e raiva, pois começou a bater no cavalo, que por sua vez não reagiu.

Quanto à reação irritada de P5 em relação ao cavalo, foi-lhe chamada a atenção e explicado que, se ele não conseguiu, não era o animal o culpado, deveriam ser revistos verbalmente todos os passos, para que o erro fosse encontrado e corrigido.

O praticante parou seu cavalo e escutou atentamente as explicações; acalmou-se e tentou novamente e, desta vez, conseguiu. Ao finalizar, pediu desculpas ao cavalo e à terapeuta por ter tido aquela reação, reconhecida como desnecessária.

Sessões mês 7 – P2:

Este mês foi iniciado com a adaptação à sela para a montaria. O praticante estava ansioso, pois percebia essa situação como uma vitória, pois teria de ter cumprido todas as etapas anteriores para chegar a esse ponto.

Sua adaptação foi dentro da expectativa esperada, algumas reclamações no começo, pela diferença de movimentos e de material em contato com seu corpo; a sela é mais dura e escorregadia.

Os exercícios de equitação foram dados aos poucos, de acordo com as habilidades do praticante. Os estribos (apoio para os pés) foram introduzidos na terceira sessão após o início do uso da sela; bem como o trote com todas as técnicas necessárias.

O praticante passou por novas sensações e desafios neste mês, mas respondeu bem a todos estes; por vezes dizia ter medo e que não daria conta, mas, ao fazer etapa por etapa, via que não era tão difícil; e concluía por si só que poderia conseguir, situação esta expressada por ele mesmo.

Em seguida, neste mesmo mês, foram iniciadas as instruções para o salto, considerado entre os praticantes um grande desafio.

O seu início no salto foi satisfatório, isso entendido por P2 como o resultado de alguns meses de esforço (relato do próprio praticante).

Em todas as sessões, como desde o início do processo terapêutico, foram dados os exercícios de equitação e percurso.

Sessões mês 8 – P2:

Este mês foi caracterizado pela prática do salto, ou seja, a junção de todas as técnicas aprendidas anteriormente. O praticante demonstrava certa facilidade em executar todos os movimentos, parecia estar confiante e seguro no que estava fazendo.

O praticante demonstrava muita satisfação na prática da montaria e no contato com o animal; dizia se sentir livre e parecer voar quando estava saltando.

A restauração da imagem corporal favorece o equilíbrio corporal e psíquico, fato esse relatado por Uzun (2005). Isso acontece a partir da dinâmica motora e emocional que ocorre quando o praticante está sobre o cavalo. O sentimento desenvolvido pelo movimento gera no praticante uma sensação de liberdade o que desperta a “alegria de viver”.

Conclusão das sessões – P2:

De acordo com as situações e características observadas, no decorrer do processo terapêutico de P2, pôde-se notar evoluções consideráveis em seu comportamento, atenção, concentração, respeito ao próximo e à figura de professor, persistência, companheirismo,

disciplina e responsabilidade, além de uma evolução física em relação à sua postura, equilíbrio e força muscular.

5.4.3 Sessões de P3

Sessões mês 1 – P3:

Na primeira sessão, foram dadas instruções de segurança, apresentação dos materiais utilizados na montaria e de proteção para o cavaleiro, e aproximação com o cavalo.

Pôde-se notar claramente a dificuldade de P3 para se manter atento, pois durante as explicações e demonstrações foi necessário, por várias vezes, pedir para que este prestasse atenção.

A montaria foi feita na manta, material esse flexível e que permite ao cavaleiro sentir todos os movimentos do animal; com o acompanhamento de um auxiliar guia e dois auxiliares laterais.

Montagner (2002) afirma que, durante as cavalgadas, revelam-se e consolidam-se construções e reconstruções dos comportamentos, das emoções e dos afetos da criança. Nesse processo, faz-se necessário que esta perceba todos os movimentos do cavalo, para que assim ajuste o equilíbrio tônico postural (a postura em relação ao tônus muscular) e organize seus gestos. A partir da estimulação dos receptores sensoriais (os proprioceptores) elas descobrem sensações e percepções novas, situadas por meio dos músculos, tendões e articulações solicitados pela cavalgadas.

Na aproximação com o cavalo, P3 demonstrou insegurança e medo, por vezes este se aproximou do cavalo, sempre acompanhado da terapeuta, e, antes mesmo de tocar no animal, afastava-se e dizia que não queria mais, mas, antes mesmo de a terapeuta reagir, ele voltava a se aproximar.

Após alguns minutos, P3 conseguiu sentar-se na rampa de montaria, ao lado do cavalo, e, sem tocar no animal, disse seu nome e começou a conversar com este, fazer perguntas tais como: “Como vai?” “Eu quero ser seu amigo!” como se estivesse se apresentando; e só então se dispôs a subir.

Essa sessão remete à citação de Chieppa (2002) que aponta que a concreta ligação entre o homem e o animal, acontece devido à habilidade que o animal tem de suscitar emoções comunicativas no ser humano.

Percebendo a insegurança do praticante, a sessão foi elaborada de forma leve, apenas para que este pudesse sentir em seu corpo as novas sensações e movimentos. Em relação ao “tocar” o cavalo, não houve insistência devido ao conhecimento da presença do TOC pela equipe.

Nas sessões seguintes, já com o praticante mais à vontade com a situação de montaria, foram feitos alguns exercícios como giro de braço e deitar para frente e para trás, sempre procurando passar segurança e sentimento de prazer (como uma brincadeira), para que P3 se soltasse cada vez mais, pois montava sempre muito tenso, e relaxava no decorrer da sessão.

Com essas sessões, pôde-se notar que P3 preocupava-se em não sujar as mãos, pois em alguns pequenos toques deste no cavalo, notava-se uma necessidade muito grande por parte de P3 para limpar suas mãos, por vezes pediu para descer e ir ao banheiro lavá-las, ele trazia um sabonete dentro de uma sacola plástica; mas lhe era explicado que poderia descer apenas após o término da sessão; ele demonstrava não gostar muito, mas aceitava o “não” e continuava o exercício. Outra preocupação sua era de alinhar seu umbigo, o botão da calça, a fivela do cinto, a linha na metade da sela e a linha do pescoço do cavalo; isso acontecia a cada vez em que se movimentava e sentia que as coisas não estavam alinhadas.

Pôde-se observar também que P3 parecia estar sempre lento, por vezes apático, tanto para reagir aos comandos dados quanto para responder a estes; apresentava também, dificuldade em se equilibrar em cima do cavalo, situação esta observada desde a primeira sessão, na qual ele estava apenas ao passo e com auxiliares laterais, ou seja, quando não havia sido dado nenhum comando de exercício.

Sessões mês 2 – P3:

Nesse segundo mês, sendo observada certa evolução em relação ao equilíbrio de P3, foram dados mais exercícios com diferentes graus de dificuldade, estes realizados com o animal parado e ainda com o acompanhamento de um auxiliar guia, e dois auxiliares laterais, e tendo, como seu principal objetivo, o ganho de força muscular e equilíbrio do praticante, o que lhe influencia diretamente na autoestima e autoconfiança.

P3 continuava com dificuldade de se concentrar e bastante desatento, assim como lento em suas reações, parecia estar sempre sonolento, do início ao final da sessão. Gosta muito de contar histórias, mas estas o distraem em demasia, a ponto de parecer esquecer que está em cima de um cavalo.

A mãe relatou que ele tem apresentado essa apatia, desde que começou a tomar a medicação também no período da manhã. Então foi pedido para que esta procurasse a neurologista responsável para relatar o que estava acontecendo. A mãe o fez, e como *feedback*, a médica pediu para que a mãe o medicasse apenas na hora de ir para a escola.

Sessões mês 3 – P3:

Essa atitude de não medicá-lo no período da manhã, refletiu de forma imediata nas sessões de Equoterapia. Assim que o terceiro mês teve início, P3 já não estava medicado. Chegava às sessões, mais animado, sorrindo, conversando e cumprimentando toda a equipe, comportamento esse que, anteriormente, tinha de ser estimulado.

Na montaria, P3 demonstrava estar mais ágil para completar os exercícios e reclamava menos destes.

Neste mês, o praticante foi acompanhado de apenas um auxiliar guia e um auxiliar lateral, não havendo a necessidade de apoio, apenas de acompanhamento, pois este, cada vez mais, se mostrava independente em cima do cavalo.

Para a tomada de decisões, capacidade de dirigir a própria vida e de ser responsável por esta, são necessárias bases de autoconfiança e independência (RIVEROS, 2004).

Os exercícios de equitação executados nesta fase, estes realizados com o animal parado, foram: o giro de braço, deitar para frente e para trás, mão direita na ponta do pé esquerdo (e vice-versa), pressionar a panturrilha e levantar o próprio corpo (este realizado com certa dificuldade), giro completo sobre a manta, entre outros.

Sessões mês 4 – P3:

Sentindo o entusiasmo por parte do praticante, estando este em evolução constante e tendo conquistado a independência necessária, passou-se para a próxima etapa, na qual lhe foram apresentadas as técnicas de rédeas, seguindo toda a sequência de segurança e instruções necessárias.

Então, após a execução de todos os exercícios, alguns com o animal parado e outros com este em movimento, o praticante iniciava o seu treinamento com rédeas. Eram dados exercícios específicos para que ele tivesse a segurança necessária de montar sozinho.

Na última sessão do mês, P3 realizou todos os exercícios, já instruídos nos meses anteriores, com o animal ao passo, e sendo guiado por um auxiliar. Começou também a fazer exercícios de curvas para a direita e para a esquerda, melhorando assim seu controle sobre o cavalo.

Sessões mês 5 – P3:

Este mês foi programado para o treinamento do que já tinha sido aprendido; são muitos comandos e movimentos a serem realizados simultaneamente, e para a junção destes, o praticante apresentava certa dificuldade; exemplo: quando este se concentrava em algum exercício, esquecia da postura, posicionamento de pernas e direção do animal; então era necessário haver mais treinamento.

Na última sessão do mês, foi dada uma aula de vivência, na qual o praticante aprendeu sobre o manejo básico que se deve ter com o animal, sendo este: limpar, dar comida, banho, encilhar e desencilhar, e o porquê de todos esses passos.

P3, ao chegar, demonstrou bastante ansiedade para começar essa aula. Ele aprendeu, em aula prática (acompanhado da terapeuta e do tratador; com todo o procedimento de segurança), a colocar o buçal no animal, tirá-lo da baia, limpá-lo, identificar todo o material de montaria e encilhá-lo (nesta ocasião com a manta). Após todos esses passos serem seguidos, o praticante levou (puxando) o seu cavalo até o picadeiro de atendimento, foi feita uma sessão com exercícios, e ao final, desceu do cavalo, levou-o de volta ao local das baias, desencilhou, deu-lhe banho e alimentou-o.

Ao final da aula de vivência, com duração de 1 hora e 30 minutos aproximadamente, P3 revelou estar exausto, mas disse ter gostado muito de todas as etapas, e insistiu para que houvesse outras aulas como esta.

Nesse sentido, Lermontov (2004) relatou que, após a fadiga muscular causada pela prática da Equoterapia, ocorre um relaxamento que normalmente, tem como consequência o aumento da vitalidade. Nesse caso, um pequeno intervalo restabelece o corpo físico e permanecem os benefícios e sensações quanto à vitalidade.

Sessões mês 6 – P3:

Percebeu-se a independência de P3, pôde-se iniciar esse mês com instruções das técnicas do trote, ainda sendo a manta utilizada para a montaria.

Suas primeiras tentativas foram boas, mas vieram acompanhadas de muitas risadas, o que o desconcentrava, então o cavalo parava. Foram momentos de muita satisfação segundo a afirmação do próprio praticante.

Nas outras sessões, este já conseguia trotar com maior frequência; mas por vezes, em momentos que o comando era de passo, este desobedecia e queria apenas trotar, não queria mais executar os exercícios. Então a terapeuta conversou com P3 e lhe explicou passo a passo, que ele apenas conseguia trotar porque havia feito todo um treinamento anteriormente e que, para melhorar e aprender o galope e o salto, deveria continuar treinando. Por vezes esta fez comparações ao aprendizado na escola, com explicações sobre persistência em aprender e respeito com a figura do professor, no caso da Equoterapia, com a terapeuta.

O trote é uma andadura na qual o cavalo conserva uma atitude e um conjunto quase constante, esta mantém o cavaleiro informado sobre a forma e o grau de sustentação adquirida. Em outro aspecto, permite uma intervenção mais rápida no sentido de restabelecer essa sustentação, considerando poucas variações e reações persistentes em suas manifestações (AZAMBUJA, 1985).

P3 se mostrou compreensivo, pediu desculpas e afirmou que seria persistente e que respeitaria os comandos da professora (terapeuta). Assim o fez; até o final deste mês ele não desobedeceu em momento algum, e mostrou-se persistente em praticar para “ficar cada vez melhor” (palavras de P3).

Sessões mês 7 – P3:

Então, P3 recebeu as instruções sobre o galope; e em seguida executou o movimento com certa dificuldade, mas o conseguiu por instantes, o que foi considerado um grande passo, pois, no início dos atendimentos, o praticante apresentava dificuldades de coordenação motora e, nesse momento do processo, conseguiu unir todas as técnicas aprendidas e colocá-las em prática.

Nesse momento, a sela lhe foi apresentada; esta, um material almejado pelo praticante desde o início do processo terapêutico.

Quando ele chegou ao picadeiro, e o animal encilhado com a sela, começou a gritar: “eu consegui, consegui, vou montar na sela”; a terapeuta lhe confirmou; então este lhe agradeceu com abraços e beijos.

Quando subiu no cavalo, disse que era um pouco estranho, e não demonstrou segurança; então foi acompanhado lateralmente pela terapeuta, que, por sua vez, passou diferentes exercícios para que P3 sentisse todas as diferentes sensações trazidas pelo uso da sela.

Na sessão seguinte, ele reclamou um pouco, parecia estar frustrado, pois havia criado certa expectativa em relação à sela, e acabou tendo um pouco de dificuldade em utilizá-la. Mas, nessa segunda sessão com o uso deste material, P3 começou a se sentir melhor, pois executou todos os exercícios sem problemas, inclusive os de percurso, com a utilização de cones e outros materiais destinados a isso, e o trote.

As sessões seguintes foram produtivas, P3 se mostrava cada vez mais atento em relação às reações ao cavalo e aos comandos da terapeuta e cada vez mais ágil para a execução das tarefas.

Sessões mês 8 – P3:

As sessões deste mês foram iniciadas com o treinamento do trote, este sentado e elevado, com e sem estribos; bem como a prática da montaria fazendo o uso de todas as técnicas simultaneamente.

Após perceber que se podia aumentar o grau de dificuldade dessa “montaria”, foram dadas as instruções de salto com o uso de varas de obstáculos no chão e, posteriormente, com alturas iniciais.

O praticante disse ter gostado muito do salto e de se sentir capaz de fazê-lo; afirmou também que entende o porquê de ter passado por todas aquelas etapas anteriores, e que não vai desistir antes de tentar várias vezes; demonstrou assim amadurecimento em relação à sua persistência e disciplina na execução de tarefas.

Conclusão das sessões – P3:

Pôde-se notar a evolução de P3, durante o processo terapêutico, em relação à sua autoestima, autoconfiança, persistência, disciplina, responsabilidade, percepção corporal; também na questão física, ele obteve melhoras em seu equilíbrio, postura, coordenação motora e força muscular. Outra observação relevante é de que, no decorrer do processo terapêutico, os sintomas do TOC diminuíram significativamente, P3 não se importava com o alinhamento da calça, tampouco se inibia em tocar, e até mesmo abraçar o cavalo.

5.4.4 Sessões de P4

Sessões mês 1 – P4:

A primeira sessão teve início com a apresentação da equipe de atendimento, e em seguida, foram dadas instruções de segurança, apresentação dos materiais utilizados na montaria e de proteção para o cavaleiro, só então, a aproximação com o cavalo.

P4 demonstrou timidez ao cumprimentar a equipe e estava disperso durante as explicações; então, após cada instrução, era-lhe pedido para repetir o nome de cada material apresentado, assim como, também foram feitas perguntas sobre os cuidados e comportamentos adequados, que se deve ter quando se está próximo de um cavalo.

A montaria foi realizada na manta, material este que é flexível e permite ao cavaleiro sentir todos os movimentos do animal, bem como receber todos os estímulos que a andadura “passo” do cavalo proporciona.

Após a aproximação de P4 e a adaptação com o animal, ele montou acompanhado de um auxiliar guia e dois auxiliares laterais. No início da sessão, esse praticante demonstrou estar tenso e inseguro e, no decorrer do atendimento, apenas respondia a perguntas; começou a conversar, com a terapeuta, nos últimos 5 minutos finais, quando parecia já estar mais relaxado.

Durante a sessão, foram realizados exercícios de relaxamento e formas de estímulos diferentes para o vínculo do praticante com o animal; exercícios estes voltados para o alongamento muscular, respiração, estímulos multisensoriais. Como exemplo desses

exercícios, cita-se: abraçar o cavalo, deitar para frente e para trás, tocar o corpo do animal, bem como descrever detalhes deste, sentir seus movimentos musculares, temperatura, textura, imitar o som da andadura “passo” etc.

Lallery (1988) disserta sobre a frequência do ritmo do passo do cavalo, movimento lento e regular, que na visão do praticante torna-se um embalo constante, situação essa que permite diminuir o nível de angústia. E isso é importante para auxiliar em todos os estados psicológicos dos fenômenos de inibição.

Os procedimentos se repetiram nas sessões seguintes, porém com um leve aumento do grau de dificuldade de cada exercício, com o objetivo de fortalecer o vínculo com a equipe e com o animal.

Após as sessões iniciais, P4 começou a fazer perguntas, e a mostrar-se interessado em aprender mais sobre a montaria e sobre o cavalo. Demonstrava mais segurança tanto para com o animal quanto para equipe.

Sessões mês 2 – P4:

No segundo mês, pôde-se notar um forte vínculo entre P4 e a equipe de atendimento, este, ao chegar ao local dos atendimentos, corria e abraçava cada membro da equipe, demonstrando estar à vontade e relaxado, também perguntava como estavam os membros desta, demonstrando melhor sociabilidade.

Em cima do cavalo, P4 também demonstrou desenvoltura, apresentou certa facilidade em completar os exercícios, mesmo aqueles com maior grau de dificuldades, mas ainda com o animal parado e com o acompanhamento de um auxiliar guia.

Então lhe foram passados novos exercícios, tais como giro de braço, giro completo sobre a manta, abandonar e retomar assento, elevação de pernas, pressão da panturrilha, entre outros. O praticante respondeu bem a todos estes, e salientou que gostava de desafios.

Mostrava-se interessado durante as explicações, mas, no momento da execução dos novos exercícios, apresentava certa dificuldade e, após duas tentativas, pareceu ficar irritado, e disse que não conseguia, e que então não queria mais fazer; então lhe foi explicado sobre os benefícios daquelas atividades em relação à montaria e também sobre persistência.

Com a ajuda de equipe, P4 conseguiu completar uma vez cada exercício que não estava conseguindo, e demonstrou ter ficado satisfeito.

Nas outras sessões, este completou todos os exercícios pedidos. Ao perceber que sua segurança e vínculo com o animal estavam em grande evolução, foram então apresentadas as rédeas e instruções sobre estas. Isso aconteceu nas duas últimas sessões do mês.

Assim, nos últimos minutos de cada sessão, eram dadas as rédeas ao praticante, que encarava essa etapa como uma vitória, pois, ainda acompanhado de dois auxiliares laterais, vibrava bastante nesse momento. Pôde-se perceber que P4 demonstrava claramente suas emoções, estas, que por vezes oscilavam no decorrer da sessão.

Segundo Fonseca (2009), o ser humano só pode agir a partir do momento que dá significação ao seu movimento e à situação exterior. É a partir do movimento que o homem expressa e atualiza suas potencialidades subjetivas atingindo o significado da autonomia e da liberdade. Ao executar um movimento, não acontece apenas a resolução de uma tensão, ocorre uma adesão à situação.

A citação acima elucida o comportamento de P4, pois, a partir do momento que aderiu à proposta terapêutica, formou vínculo com o cavalo e vivenciou a Equitação de forma prazerosa, fato que provavelmente o estimulou a buscar um aperfeiçoamento em habilidades e autonomia na montaria, possibilitando-lhe cavalgar sozinho e buscar a execução de seus movimentos da melhor forma possível.

Sessões mês 3 – P4:

Nas sessões que se seguiram, sua evolução continuou ascendente, mas, por vezes, este apresentava comportamentos infantilizados, parecia fingir não conseguir cumprir determinada tarefa já cumprida com êxito anteriormente. A equipe deduziu então que P4 tinha a intenção de chamar a atenção.

Ao final desta sessão, a mãe de P4 chamou a terapeuta e contou-lhe que bateu nele, pois o pegara na casa do vizinho, ambos nus. Ela disse ter batido por ter perdido a cabeça, já que este estava proibido de sair de casa sem avisá-la e que, quando chegaram a casa, ela lhe explicou que o que eles estavam fazendo era coisa de adulto, que ele tinha que gastar seu tempo brincando, e que P4 lhe pediu desculpas pelo que havia feito e disse ter entendido: “que era muito cedo para ele pensar naquilo”.

O praticante ouviu a conversa e, demonstrando estar envergonhado, falou para a terapeuta que havia entendido que isso não era para criança, e que não aconteceria de novo. A terapeuta então se sentou e lhe explicou as fases da vida que ele já passou, e que ainda vai passar, citando exemplo de cada uma delas. Ao final da conversa, P4 abraçou a terapeuta e despediu-se dizendo: “Até a aula que vem”.

Silva, M. (2006) salienta que a Equoterapia poderia ser mais enriquecida, se houvesse uma orientação e inserção maior dos pais e/ou responsáveis nesse processo.

Na sessão que se seguiu, o praticante pediu para que ele mesmo pudesse levar seu cavalo até a rampa e montar sozinho; o pedido foi aceito, e este o fez sem erros. Fez o aquecimento conduzindo o seu próprio cavalo, mas, na hora dos exercícios, foi acompanhado pelos auxiliares laterais e guia.

Esses exercícios foram executados com o cavalo em movimento, na andadura passo; e o praticante não demonstrou dificuldade em completá-los.

Sessões mês 4 – P4:

Neste mês foram praticados os exercícios: giro de braço, giro completo sobre a manta, elevação de pernas, pressão da panturrilha com elevação do corpo, abandonar e retomar assento, entre outros; porém com um grau de dificuldade maior e com o animal em movimento.

Também foram iniciados exercícios de rédeas e uso das pernas para direcionar o animal. Materiais como obstáculos de hipismo e cones foram utilizados para essa prática.

O praticante demonstrava segurança ao realizar os exercícios com o animal em movimento, então o auxiliar guia foi dispensado, e apenas a terapeuta acompanhou o atendimento.

Pôde-se notar melhora na autoestima, autoconfiança, concentração, equilíbrio e força muscular de P4.

Nesse sentido, Spink (1993) faz uma explicação detalhada, afirmando que o praticante pode aprender a controlar emoções, como por exemplo, o medo inicial, antes da montaria, e assim trabalhar o enfrentamento de desafios. O ato de montar leva o cavaleiro a sentir-se em uma posição superior ao guiar, dominar o cavalo. Mesmo que seja dócil, o cavalo, animal de

grande porte, faz com que o praticante perceba o controle sobre este, proporcionando ao praticante, experiências de sentimentos relacionados à liberdade, independência e capacidade, fortalecendo assim a autoconfiança, autoestima e realização.

Sessões mês 5 – P4:

P4 demonstrava ter controle sobre o animal, e vinha cumprindo todos os exercícios pedidos ao passo, e conduzindo o seu próprio cavalo. Estava, assim, apto para sua iniciação à andadura “trote”.

Após todas as explicações e demonstrações necessárias, o praticante fez algumas tentativas, porém sem sucesso; o animal acelerava o passo, porém não passava para o trote.

P4 se mostrou irritado e disse que não o conseguiria. Então a terapeuta lhe explicou que não era fácil, mas que ele não poderia desistir, que deveria continuar tentando, mas este continuou irritado e, ao descer do cavalo, parecia estar frustrado.

Na sessão seguinte, após todos os exercícios serem cumpridos, fez-se nova tentativa do trote. Então este o conseguiu por alguns metros, o que lhe significou mais uma vitória, pois vibrava com o acontecimento.

Sua mãe trouxe a notícia de que ele começara a ler, a professora lhe mandou um recado de elogio. Disse que o aluno estava mais tranquilo, que fazia as tarefas e que começava a ler. A equipe de atendimento vibrou junto ao praticante e à sua mãe.

O encorajamento e reforços realizados pelos membros da equipe, de atendimento em Equoterapia, durante a intervenção, estimulam o praticante a continuar realizando as ações e vencendo suas inseguranças (SILVA, C., 2004).

Na última sessão deste mês foi dada uma aula de vivência, na qual o praticante aprendeu a alimentar seu cavalo, a colocar o buçal, tirá-lo da baia, escová-lo, e encilhá-lo; então foi dada uma sessão de 20 minutos. Após a montaria, o praticante levou seu cavalo de volta às baias, desencilhou, e deu-lhe banho. Todo esse procedimento foi instruído pela terapeuta e acompanhado pelo tratador do animal, assim como foram seguidos todos os procedimentos de segurança.

No início da sessão, P4 parecia estar ansioso, fazia várias perguntas umas seguidas das outras e não esperava as respostas. Durante a aula, este demonstrava estar focado naquele

aprendizado, procurava fazer exatamente o que lhe era explicado. Ao final desta, o praticante parecia estar muito cansado, mas afirmou ter gostado e, em seguida, perguntou quando haveria essa aula novamente.

Sessões mês 6 – P4:

O treinamento continuou com a prática do trote, porém aumentando gradativamente o grau de dificuldade; por meio de curvas, paradas e retomadas, circuitos, procedimentos em que o praticante deveria estar concentrado e decorar o percurso, entre outros.

A cada sessão, pôde-se notar a melhora de sua habilidade com o animal. A partir desse momento, P4 executou todos os exercícios ao passo e conduzindo o seu próprio cavalo; a terapeuta apenas lhe acompanhava do centro do picadeiro.

As outras sessões foram dedicadas ao treinamento do que fora aprendido anteriormente, principalmente o fato de se unir vários comandos e posicionamentos simultaneamente.

Também foram dadas as instruções sobre o galope, movimento esse que exige do cavaleiro trabalhar com a junção de todas as técnicas aprendidas anteriormente. P4 fez quatro tentativas até conseguir executá-lo, e, após realizá-lo pela primeira vez, não teve mais problemas com a execução do galope.

Sessões mês 7 – P4:

Este mês iniciou-se com a apresentação e adaptação à sela. O praticante já havia pedido anteriormente, e mais uma vez vibrou ao ver que esse dia havia chegado.

P4 relatou ser estranho montar na sela, e ser esta escorregadia; demonstrou certa insegurança em relação ao novo equipamento.

Essa primeira sessão com a sela foi apenas de adaptação, mas, mesmo assim, ele conduziu o seu cavalo, acompanhado apenas da terapeuta.

As sessões seguintes aconteceram de forma natural, o praticante se adaptou bem ao novo equipamento; então lhe foi apresentado o estribo e exercícios realizados com este.

No restante das sessões, foram treinados todos os posicionamentos de postura e pernas, direção e controle do animal, e equilíbrio com a sela.

Sessões mês 8 – P4:

Neste mês, após observar que o praticante estava apto, foram iniciadas as explicações e demonstrações do salto.

P4 não teve dificuldades para executar o salto. A cada sessão era apresentada uma dificuldade maior, este acompanhou sem problemas. Inicialmente foram utilizadas varas de obstáculos no chão e, em seguida, as primeiras alturas do salto.

Ao final desse mês, o praticante chamou a terapeuta e agradeceu pelas aulas, disse que ele não sabia que podia ser capaz de fazer tanta coisa, e que aprendeu a não desistir, que é preciso continuar tentando.

Verifica-se, assim, que a partir de instruções simples e claras, a Equoterapia proporciona oportunidades de movimentos monitorados. A instrução é dada uma de cada vez, para evitar muitas distrações, ter uma atitude equilibrada, com sugestões concretas para provocar um comportamento adequado, reconhecer os limites de cada paciente, para que este se sinta confortável, recompensar a persistência e o comportamento bem sucedido, para que a criança não se sinta desafiada e tampouco exposta a situações que trazem frustração (LIMA; COSTA, 2004).

Conclusão das sessões – P4:

No decorrer desses meses, perceberam-se melhoras referentes à sua autoestima, autoconfiança, persistência, disciplina, responsabilidade, percepção corporal, estabilidade de humor, e também, na questão física, melhoras em seu equilíbrio, postura, coordenação motora e força muscular.

5.4.5 Sessões de P5

Sessões mês 1 – P5:

Após as instruções e explicações sobre segurança, referentes aos cuidados que se deve ter com o animal, foram apresentados os materiais de trabalho e de proteção, e feita então a primeira aproximação do praticante com o cavalo.

P5 se mostrava pouco interessado, disse que já havia montado antes, na fazenda de um amigo, e que achava a ideia desse método terapêutico interessante, mas não sabia se iria se adaptar.

Foi-lhe explicada a diferença entre andar a cavalo, em fazenda, a passeio, e montar em um cavalo, com intuito esportivo e educacional. Pareceu não estar convencido, mas mesmo assim montou e se dispôs a fazer a aula.

Durante esse atendimento foram dadas explicações sobre todos os benefícios que o cavalo poderia lhe trazer e, quando se falou sobre ganho muscular, seu interesse começou a mudar, só então fez algumas perguntas sobre a prática.

Sua adaptação foi boa, sem problemas, apenas dificuldade de equilíbrio e postura.

Nas sessões seguintes, P5 se mostrava cada vez mais interessado, à medida que surgiam novos desafios, estes vistos na prática dos exercícios, os quais ainda eram iniciais.

Essas sessões se caracterizaram pelo uso da manta para a montaria, material que, por ser flexível e macio, permite ao praticante sentir todos os movimentos do animal.

Na última sessão deste mês, P5 já se mostrava ansioso para montar e para aprender, pedia sempre por algo mais difícil, dizia que conseguiria; aparentava estar confiante com a situação.

Neste primeiro mês, P5 fez exercícios de equitação, tais como giro de braço, giro completo sobre a manta, deitar para frente e para trás, pressão de panturrilha, estes com o cavalo parado, e suas sessões foram acompanhadas por um auxiliar guia e um lateral.

Sessões mês 2 – P5:

No primeiro mês, P5 mostrava-se, de certa forma, reservado, arredio, mas neste segundo mês, quando chegava ao centro de atendimentos, fazia questão de cumprimentar toda a equipe, geralmente, com abraços e perguntas como: “tudo bem?” e “como você está?”.

A partir de comportamentos assim e de outras observações, pôde-se perceber que já existia certo vínculo entre o praticante, a equipe de atendimento e entre este e o cavalo.

Nesse sentido, Fitzpatrick e Tebay (1998) dissertaram sobre expectativas de troca geradas a partir do contato com animais e da influência destas nas representações relacionadas a regras sociais, quando utilizados em terapias.

Nos atendimentos de P5, foram treinados os exercícios aprendidos anteriormente, porém com um grau maior de dificuldade, e novos exercícios lhe eram passados. O praticante se mostrava ansioso durante a explicação de um exercício novo, tentava fazê-lo antes mesmo de terminar as instruções.

Esses exercícios eram realizados com o acompanhamento do auxiliar guia e lateral, e com o animal parado.

Percebendo a independência e confiança do praticante, na última sessão deste mês, explicações sobre as instruções de rédeas lhe foram dadas. P5 agiu como se fosse algo óbvio, como se ele já estivesse preparado anteriormente.

A terapeuta lhe passou, então, alguns exercícios com maior grau de dificuldade, propositalmente, para que ele não conseguisse cumpri-los. Após a tentativa frustrada de P5, a terapeuta lhe chamou, explicou o que havia feito, e em seguida esclareceu sobre o porquê das etapas de aprendizado existirem, e sobre o respeito à figura do professor; para que este entendesse que se não lhe foi passado antes, é porque existem etapas a serem cumpridas e observadas no processo de aprendizagem, tanto em montaria, tanto em sala de aula, na escola.

Sessões mês 3 – P5:

Este mês iniciou-se com a execução dos exercícios ao passo, com o animal em movimento. No início, o praticante apresentou certa dificuldade e pensou em desistir, mas com estímulos dados pela terapeuta, este conseguiu completar todos os exercícios sem ajuda, apenas estímulos verbais. Era ainda acompanhado pelo auxiliar guia e lateral.

Na sessão seguinte, esteve acompanhado apenas por um auxiliar lateral, pela terapeuta, e conduzindo o seu próprio cavalo, P5 realizou os exercícios com o animal parado, mas com a responsabilidade de executá-los e cuidar para que o animal não se movimentasse.

A evolução de P5 a cada sessão era visível, ele almejava algo mais difícil, e isso lhe era dado, e ele conseguia. A equipe percebeu que ele estava concentrado e se esforçando para conseguir cumprir os desafios que lhe eram dados, colaborava com todos os comandos,

respeitava melhor a figura do professor. Nos meses anteriores, por vezes, foram-lhe dados comandos de atividades equestres, e este respondia que não iria fazer, simplesmente pelo fato de que não queria naquele momento.

Em um estudo de Escobar (2008), foram percebidas melhoras relacionadas ao comportamento hiperativo, socialização, atenção, capacidade de concentração, disciplina e desempenho escolar, após três meses de intervenção equoterápica.

Amaral (2000 apud ADÁRIO, 2005) relata que a Equoterapia é desenvolvida por meio de brincadeiras, as quais estão focadas em aspectos motores e emocionais da criança, ocasionando uma melhora na autoestima, confiança em si própria, e maior afetividade nas relações pessoais; levando em conta as melhoras dentro desses aspectos, afirma que acontece uma influência direta na facilitação aprendizagem.

Neste mês também lhe foram dadas técnicas de pernas para conduzir o animal; bem como o treinamento da junção de todas as etapas aprendidas até então. Para esse treinamento, foram utilizadas folhas de papel, cones, obstáculos de salto, bolas, entre outros. E pode-se dizer que esses exercícios trabalham equilíbrio, força muscular, concentração, foco de atenção e memorização, e para que P5 completasse todos os exercícios e percursos, conduzindo seu próprio cavalo, ele necessitaria das áreas citadas acima.

Sessões mês 4 – P5:

O objetivo deste mês foi o treinamento e aperfeiçoamento das etapas anteriores; para que o praticante pudesse ter uma evolução adequada na montaria, era de fundamental importância que o cavaleiro tivesse uma base sólida das técnicas iniciais.

Foi realizada também uma aula de vivência. Esta instruída pela terapeuta e acompanhada pelo tratador. O Praticante executou tarefas como alimentar o animal, colocar o buçal, retirá-lo da baia, escová-lo, limpá-lo, encilhá-lo, também lhe foi explicado e, por vezes, perguntado o nome de cada material utilizado para o manejo e para a montaria.

Após essa primeira etapa ter sido cumprida, o praticante montou, mas por apenas 20 minutos, e então levou seu cavalo de volta às baias, desencilhou, escovou novamente e deu-lhe banho. P5 afirmou ter gostado da aula, disse ter se sentido bem em cuidar do animal.

Muitas vezes, as relações entre seres humanos, mesmo as entre familiares e amigos, impõem confronto e geram estresse; já a relação homem-animal, não verbal, é isenta de mensagens contraditórias, não apresenta confrontos e não é competitiva, oferecendo uma vivência relaxante e conciliadora (CHIEPPA, 2002).

Sessões mês 5 – P5:

Tendo o praticante demonstrado segurança e evolução em sua montaria, passou-se para a próxima fase, o trote. Foram dadas as instruções necessárias e demonstrações. No início, P5 teve dificuldade, mas, a partir da segunda sessão, conseguiu entender o movimento feito pelo cavalo e acompanhá-lo.

Os exercícios trabalhados nesse período foram: pressionar a panturrilha e elevar o corpo, giro completo, giro de braço, abandonar e retomar assento, mão direita na ponta do pé esquerdo (vice-versa). Nesses exercícios, realizados ao passo e com P5 conduzindo seu próprio cavalo, apenas a terapeuta o acompanhava.

P5 demonstrou grande evolução em relação à sua prepotência, estava mais comunicativo e atencioso com o que as pessoas tinham a lhe dizer.

Chieppa (2002) também ressalta que a terapia com animais, faz uso de determinadas habilidades que o animal possui de estimular emoções comunicativas no ser humano, fazendo com que aconteça o vínculo entre o homem e o animal.

Sessões mês 6 – P5:

No início deste mês, P5 foi instruído para realizar a andadura “galope”; e vibrou bastante ao sentir que o conseguiu. Afirmou que parecia estar livre, sem nada na cabeça, dono de si, sensações essas estimuladas pelos movimentos do cavalo.

Então, foi-lhe apresentada à sela. P5 relatou ter ficado feliz com aquele “presente”; considerava a sela um prêmio para quem conseguisse completar todas as etapas anteriores. E sua primeira montaria na sela foi de adaptação, ao início da sessão este reclamou um pouco, pois escorregava, mas aos poucos foi se acostumando.

Foi-lhe solicitado que executasse todos os exercícios que já estavam sendo treinados anteriormente, e este cumpriu a tarefa sem problemas.

A terceira sessão iniciou-se com o uso dos estribos, apoio para os pés. E na última sessão do mês foi treinado o trote sentado com estribos.

Ressalta-se que, em todas as sessões, são realizados todos os exercícios de rotina, geralmente com variações para que haja sempre um atrativo diferente.

Sessões mês 7 – P5:

Este mês teve como objetivo melhorar o conjunto e técnicas de montaria de P5, além dos exercícios, principalmente de equilíbrio, força muscular e concentração, foi realizado, por tempo considerável, o trote.

Aconteceu também o início do uso dos estribos para realizar o trote elevado, movimento esse que exige muito da atenção e concentração do praticante, além de preparação física.

P5, inicialmente teve dificuldade em seguir o ritmo do cavalo, mas após algumas tentativas, e persistência do praticante, conseguiu realizar o movimento sem problemas.

Sessões mês 8 – P5:

A etapa seguinte era a iniciação no salto. O praticante demonstrava estar confiante para esse próximo passo. Foram dadas as instruções e demonstrações devidas, a pista foi organizada e o obstáculo montado de acordo com procedimentos de segurança para esta primeira experiência.

O obstáculo foi montado primeiramente com varas no chão e, após ajustes relacionados à postura, posicionamento e uso de pernas, foi aumentada a altura gradualmente.

Percebeu-se que P5 estava satisfeito com suas vitórias. Na última sessão, abraçou e agradeceu a equipe por ter-lhe proporcionado uma oportunidade a qual lhe ajudou em muitas coisas.

Segundo Medeiros e Dias (2002), a Equoterapia se desenvolve a partir da avaliação das capacidades do paciente e deve-se traçar um plano terapêutico individualizado, o qual precisa ser constantemente reavaliado, e dividido em etapas interligadas tanto em relação à estrutura da sessão quanto ao tempo de tratamento.

Conclusão das sessões – P5:

Em todos esses meses de processo terapêutico, foi possível notar melhoras relacionadas ao comportamento hiperativo, inclusive agressividade, foco de atenção, concentração, persistência, autoestima, autoconfiança, responsabilidade, respeito ao próximo, além da coordenação motora, equilíbrio, postura e força muscular.

5.4.6 Sessões de P6

Sessões mês 1 – P6:

Após as instruções e explicações sobre a segurança, referentes aos cuidados que se deve ter com o animal, foram apresentados os materiais de trabalho e de proteção, então foi feita a primeira aproximação do praticante com o cavalo.

P6, desde que chegou ao local de atendimento, mostrou-se interessado e ansioso, falando em demasia. Contou que já havia montado anteriormente na chácara de um tio e que gostava de montar e de estar perto de animais.

Sua primeira sessão foi acompanhada de auxiliares guia e lateral, sendo que o segundo só o acompanhou, sem que houvesse necessidade de dar-lhe apoio.

O praticante mostrou desenvoltura e tranquilidade ao montar, cumpriu todos os exercícios sem dificuldades. Mas recebeu, por vezes, comandos para organizar sua postura. Essas sessões se caracterizaram pelo uso da manta para a montaria.

Na segunda sessão, P6 foi acompanhado apenas de um auxiliar guia, e o grau de dificuldade de seus exercícios foi aumentado, exercícios esses tais como: giro de braço, deitar para frente e para trás, elevação de perna, pressão da panturrilha, e giro completo sobre a manta, estes com o animal parado. Assim foram as sessões que se seguiram.

Durante o mês, pôde-se notar grande interesse de P6 em aprender; mostrava-se interessado, atencioso e persistente em relação ao cavalo e à montaria. Mas, em todas as aulas, seu pai trouxe reclamações referentes ao seu comportamento, estas, em sua maioria, vindas da escola.

Sessões mês 2 – P6:

Nas sessões deste mês, percebeu-se a presença de um vínculo entre o praticante e a equipe e entre este e o cavalo. Em todas as aulas, ao chegar, este cumprimentava a todos, inclusive o cavalo, postura essas não existentes no mês anterior, por desatenção; como por exemplo: quando ele chegava, dirigia-se direto ao cavalo, então a terapeuta lhe dizia: “Oi P6, tudo bem com você?”, e ele respondia: “É mesmo né?! Esqueci! Oi, tudo bem?”

P6 mostrou facilidade em cumprir o que lhe era pedido. Assim, a partir da segunda sessão desse mês, os exercícios, estes sempre com um maior grau de dificuldade, começaram a ser realizados com o animal ao passo; mas ainda acompanhado de um auxiliar guia.

O praticante se mostrava ansioso durante a explicação de um exercício novo, tentava fazer antes mesmo de terminarem as instruções, e, como no início do processo, falava em demasia durante todo o tempo da sessão.

Após perceber sua independência e confiança, foram dadas as explicações e instruções sobre o uso das rédeas. P6 se antecipou e disse que já sabia conduzir o animal sozinho e, em uma atitude impulsiva, tomou as rédeas da mão da terapeuta, que ainda estava dando as explicações, e saiu por alguns metros; foi quando a terapeuta o interrompeu, pediu-lhe respeito e lhe explicou detalhes dessa técnica, e a diferença entre andar a cavalo e montar um cavalo. P6 se desculpou, aceitou bem as explicações e procurou fazer de acordo com o que lhe tinha sido instruído.

Sessões mês 3 – P6:

O terceiro mês teve como objetivo aperfeiçoar o que P6 já havia aprendido, visto que, por mais que este demonstrasse facilidade no processo de aprendizagem da montaria, era necessário que ele tivesse uma base sólida de técnicas.

Durante as sessões, era necessário por vezes chamar-lhe a atenção para o que estava executando, distraia-se facilmente por qualquer estímulo externo à atividade; assim também acontecia em relação à sua postura.

Os exercícios já aprendidos tinham seu grau de dificuldade aumentado a cada sessão, e novos exercícios lhe eram passados, tais como abandonar e retomar assento, pressão de panturrilhas com elevação de seu corpo, entre outros.

Também foram utilizados: folhas de papel, cones e obstáculos de salto para a realização de circuitos, estimulando memorização, foco de atenção e concentração, e execução de comando de rédeas e pernas. Ressalta-se que para que conseguisse completar essas tarefas, era necessária a junção de todas as técnicas anteriores; o praticante seguiu as técnicas e destacou alguns detalhes que foram falados em sessões passadas, mostrando interesse real pelo aprendizado no picadeiro.

Nesse mês, P6 também iniciou a execução dos exercícios com o cavalo em movimento e conduzido por ele mesmo, o que realizou sem problemas.

Sessões mês 4 – P6:

Continuou-se o treinamento da junção das técnicas anteriores, e foi dado início à andadura “trote”, etapa essa pedida pelo praticante desde o início dos atendimentos. Durante as explicações, o praticante saiu com seu cavalo para iniciar o trote, mas não havia sido dada a permissão de início. Ele foi interrompido, e lhe foi chamada a atenção, com isso a execução do trote ficou para a próxima sessão, visando trabalhar o controle da ansiedade de P6.

Como faltavam apenas 10 minutos para o final da sessão, foi pedido ao praticante para descer do cavalo, assim como comunicado que, por hora, a aula dele havia acabado, também lhe foi explicado, mais uma vez, sobre esperar a hora certa de começar e sobre respeitar a figura do professor enquanto este explica a atividade. P6 pediu desculpas e insistiu para que se desse continuidade à aula; mas isso não aconteceu.

Na sessão seguinte, P6 chegou, desculpou-se novamente, reconheceu seu erro, e disse que aquilo não aconteceria novamente.

Nesse sentido, de acordo com Fonseca (2009), a aprendizagem é o comportamento mais importante dos animais superiores, esta é a mudança de comportamento resultante da experiência, constituindo uma resposta modificada, estável, durável, interiorizada e consolidada no cérebro da pessoa. Coloca em jogo, portanto, uma relação interligada entre o indivíduo e o seu meio.

Durante a aula, o praticante perguntou várias vezes pelo trote, mas respeitou o momento da execução deste. Então, nos últimos 10 minutos lhe foram explicadas novamente as técnicas do trote, desde o início; P6 ficou o tempo todo atento às explicações e, quando permitido, executou a andadura sem dificuldade.

Na última sessão deste mês, foi realizada uma aula de vivência. Esta instruída pela terapeuta e acompanhada pelo tratador (responsável pelo cuidado do cavalo). O Praticante executou tarefas como alimentar o animal, colocar o buçal, retirá-lo da baia, escová-lo, limpá-lo, encilhá-lo, também lhe foi explicado e, por vezes, perguntado o nome de cada material utilizado para o manejo e para a montaria.

Após essa primeira etapa ter sido cumprida, o praticante montou por 20 minutos, e então levou seu cavalo de volta às baias, desencilhou, escovou novamente e deu-lhe banho.

Durante a aula, P6 se mostrava sério, cumprindo suas tarefas com responsabilidade, disse que se sentiu importante e que gostaria de fazer isso todos os dias, afirmando que: “O animal me faz muito bem, e eu quero fazer o bem a ele também, afinal, todos nós gostamos de alguém que cuide da gente”. A equipe percebeu que, naquele dia, P6 passou a pensar sobre a importância do respeito às outras pessoas que o rodeiam e sobre o valor de pequenos gestos no dia-a-dia.

O cavalo é um animal vivo que tem existência própria, independente dos desejos do paciente. Ele reage aos afetos deste último, 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. 16).

Sessões mês 5 – P6:

Na sessão que se seguiu, P6 chegou, cumprimentou a todos, inclusive ao cavalo, montou e ressaltou que gostaria de fazer novamente a aula de vivência, disse que se sentiu muito cansado, mas que valeu a pena, que o fez sentir bem.

Nas sessões deste mês, deu-se continuidade ao treinamento das técnicas anteriores, direcionando-as para áreas mais afetadas pelo transtorno, quais sejam: foco de atenção e concentração e hiperatividade.

Então foi feito um treinamento, considerado intenso contendo circuitos, curvas, e vários comandos ao mesmo tempo, e exercícios cada vez mais difíceis, realizados em maiores velocidades dentro da andadura “passo”.

Também foi iniciada a andadura “trote”, que, após as instruções necessárias, foi solicitado ao praticante. No primeiro momento, ele teve certa dificuldade para manter o trote, mas após algumas tentativas ele o executou.

Sessões mês 6 – P6:

Além do cumprimento dos exercícios de equitação de rotina, geralmente dados com variações, para que houvesse sempre um atrativo diferente, deu-se continuidade ao treinamento do trote sentado.

Notou-se, em algumas sessões, que o praticante estava sonolento. Foi perguntado ao pai se houve algum acontecimento para que isso acontecesse, mesmo porque P5 sempre se mostrara disposto. O pai afirmou que este vinha dormindo mais tarde que o de costume, que queria sempre assistir à televisão além do horário estipulado pelos pais. Então a terapeuta conversou com P6 e lhe explicou que, para seu melhor desempenho, tanto na montaria, quanto na escola, ele deveria estar descansado; P5 disse entender e também que procuraria dormir mais cedo.

A partir daquela sessão, P6 passou a dizer, por conta própria, o horário que havia dormido na noite anterior, e se mostrava mais disposto a partir do dia que lhe foi cobrado a questão de dormir mais cedo.

Freire (1999) demonstra que a utilização do cavalo como recurso terapêutico pode melhorar as relações sociais dos praticantes, favorecendo a percepção do mundo externo; o trabalho também pode repercutir em hábitos de independência destes, beneficiando aspectos afetivos, sociais e cognitivos.

Duas sessões depois, ao perceber que esse praticante estava apto, foram dadas as instruções para a andadura “galope”, com a qual o praticante não teve dificuldade alguma.

Sessões mês 7 – P6:

Neste mês, treinou-se a junção de todas as técnicas anteriores, mais o trote e o galope; etapa essa, básica de montaria. Então, foi-lhe apresentada a sela. P5 demonstrou alegria e entusiasmo ao ver que, a partir daquele momento, usaria a sela para a montaria.

O processo terapêutico, realizado na Equoterapia/Equitação Terapêutica, busca proporcionar ao praticante, vivências de momentos agradáveis e prazerosos durante a montaria. Assim, os praticantes aproveitarão todos os movimentos e situações para o desenvolvimento dos outros sentidos (SILVA, C., 2004).

A primeira sessão fazendo uso desse material foi focada na adaptação do praticante com este. Da segunda sessão em diante, iniciou-se novamente o treinamento das técnicas anteriores, junto com o trote e o galope, estes ainda sem o uso dos estribos.

Também foi possível realizar o treinamento do praticante com os estribos; estes usados em determinado exercícios, assim como alongamentos, e para o trote, em que P5 também foi instruído para que fizesse o modelo “trote elevado”, e galope.

Sessões mês 8 – P6:

A próxima etapa foi a iniciação no salto. O praticante demonstrava estar confiante para esse próximo passo.

Foram dadas as instruções e demonstrações devidas, a pista foi organizada e o obstáculo montado de acordo com procedimentos de segurança para essa primeira experiência.

O obstáculo foi montado primeiramente com varas no chão e, após ajustes relacionados à postura, posicionamento e uso de pernas, foi aumentada a altura gradualmente.

Era perceptível, quando estava em pista, a satisfação de P6 em realizar essa atividade. No último dia, o praticante agradeceu ao apoio da equipe e, por alguns minutos, abraçou o cavalo.

A fase pré-esportiva da Equoterapia atua com maior foco na aplicação das áreas de educação e social. Para participar desse processo, o praticante deve possuir condições e autonomia para conduzir o cavalo e executar exercícios de hipismo. Nessa fase, o cavaleiro exerce influência e comando sobre o cavalo, que por sua vez desempenha um papel de facilitador de inserção/reinserção social (UZUN, 2005).

Conclusão das sessões – P6:

Em todos esses meses de processo terapêutico, perceberam-se melhoras relacionadas ao comportamento hiperativo, foco de atenção, concentração, persistência, autoestima, autoconfiança, responsabilidade, disciplina, respeito ao próximo, além da coordenação motora, equilíbrio, postura e força muscular.

5.4.7 Sessões de P7

Sessões mês 1 – P7:

Após as instruções e explicações de segurança necessárias referentes aos cuidados que se deve ter com o animal, foram apresentados os materiais de trabalho e de proteção, então foi feita a primeira aproximação do praticante com o cavalo.

Desde o primeiro momento dessa aproximação, P7 se mostrou ansioso e agitado, foi necessário lhe chamar a atenção para que ele se concentrasse no que estava sendo dito; por vezes, falava em demasia e fazia perguntas, falando em tom de voz mais alto que a voz da terapeuta, não pedia licença; e, por vezes, distraía-se observando os movimentos do animal.

Com essas interrupções, as primeiras explicações levaram 15 minutos. Ao montar, demonstrando muita ansiedade, P7 continuou falando e interrompendo a terapeuta. Foi-lhe explicado que deveria pedir licença para que fizesse suas perguntas.

O restante da sessão foi focado na adaptação desse praticante com o animal; ocorreram também, outras interrupções, pois P7 não aparentava medo, e tampouco seguia os comandos dados, como se não respeitasse os limites que o animal lhe impunha.

Nas sessões seguintes, ainda demonstrando ansiedade, P7 começou a respeitar melhor a terapeuta e os limites de comportamento estipulados pela natureza e instinto do cavalo.

Quando visto que o praticante estava mais tranquilo em relação ao “montar”, foram iniciadas, já na terceira sessão, as explicações sobre os primeiros exercícios. P7 completou todos sem dificuldades, sendo estes: deitar, para frente e para trás, giro de braço, pressão de panturrilhas, sentar em todas as direções (laterais e virado para trás), e tocar o animal em partes possíveis. Esses exercícios foram feitos com o objetivo de que P7 relaxasse e se vinculasse ao animal, e de maneira que facilitasse esse processo.

Na prática da Equitação, 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 autoestima, ou seja, promovem benefícios físicos, psicológicos e educacionais (WALTER; VENDRAMINI, 2000).

Essas sessões foram acompanhadas por um auxiliar guia e dois auxiliares laterais, os quais fizeram uso de apoio constante ao praticante, devido a P7 não demonstrar medo e estar agitado e eufórico com a situação. Foi utilizada a manta para a montaria.

Sessões mês 2 – P7:

Neste segundo mês, pôde-se notar grande diferença em seu comportamento ao chegar para sua sessão. P7 parecia estar mais tranquilo desde o início da aula, sempre sorrindo, demonstrava alegria ao se aproximar do cavalo. Seu comportamento com a equipe também evoluiu, agora, ao chegar, este cumprimentava a todos que estavam presentes, inclusive pais de outros praticantes.

Sua inquietação e agitação diminuíram consideravelmente, mas sua fala em demasia persistia, porém, por vezes, ele se lembrava de pedir licença para falar, quando a terapeuta lhe estava instruindo algo. Ainda assim, era necessário chamar-lhe a atenção para o que estava executando; distraía-se facilmente por qualquer estímulo externo à atividade, assim como em relação à sua postura.

Na montaria, P7 demonstrou desenvoltura, tinha facilidade em executar os movimentos que lhe eram pedidos, e parecia estar mais interessado em ouvir as instruções para depois procurar realizar a tarefa.

A partir da terceira sessão deste mês, os exercícios de equitação, já com seu grau de dificuldade aumentado, passaram a ser realizados com o animal em movimento, porém P7 ainda estava acompanhado de auxiliares guia e laterais.

Sessões mês 3 – P7:

No início deste mês, a sessão foi iniciada com um auxiliar guia e um lateral apenas para acompanhar o praticante, sem o intuito de apoiá-lo. P7 cumpriu com todas as atividades com seu cavalo ao “passo” sem problemas.

No decorrer do mês, sua mãe chamou a terapeuta e comentou que a professora o havia elogiado, dizendo que seu comportamento começou a melhorar. Essa evolução não era diferente no ambiente da Equitação Terapêutica, no qual foi possível observar melhoras em relação às suas distrações com estímulos externos.

A cada sessão, sua facilidade e intimidade com os movimentos realizados em cima do cavalo aumentavam; P7 estava realmente focado e interessado em aprender.

Ao final deste mês, foram-lhe explicadas as técnicas iniciais das rédeas; o praticante fez algumas perguntas, respeitando a fala da terapeuta, e executou alguns exercícios com facilidade. Desde o primeiro momento, acompanhado apenas de um auxiliar lateral, manteve o comando sobre o cavalo.

Sessões mês 4 – P7:

Este mês foi marcado pelo treinamento da junção de todas as técnicas aprendidas anteriormente; postura, posicionamento de pernas e braços, execução correta dos exercícios (acompanhado apenas de auxiliar guia), entre outras.

Para esse treinamento, foram utilizados materiais como: folhas de papel, cones e obstáculos de salto para a realização de circuitos, estimulando a memorização, foco de atenção e concentração, e execução de comando de rédeas e pernas. Ressalta-se que, para que conseguisse completar essas tarefas, seria necessária a junção de todas as técnicas anteriores. P7 mostrava-se cada vez mais interessado.

Em uma das sessões, este chegou com uma expressão facial de tristeza e com um papel na mão. Então lhe foi perguntado o que havia acontecido, e, em seguida, P7 começou a gritar e a dar risadas; o papel era uma prova de português, na qual havia tirado dez; em seguida sua mãe se aproximou, e emocionada disse que esta tinha sido a primeira vez em que seu filho tirara um dez.

Com a dificuldade de atenção e comportamentos hiperativos, a criança com TDAH (tipo misto) sofre com problemas de aprendizagem, situação essa amenizada por meio de ganhos ocasionados pela Equoterapia, que proporciona um melhor raciocínio lógico, capacidade de concentração, atenção concentrada, o “pensar antes de agir”, ou seja, uma melhora em vários aspectos de seu desempenho escolar (ESCOBAR, 2008).

A equipe comemorou com eles, e então foi feita uma sessão com brincadeiras para comemorar o que havia acontecido; mas sem perder o foco da intervenção, pois os exercícios foram todos realizados (com o cavalo em movimento e conduzido pelo próprio praticante).

Sessões mês 5 – P7:

Este mês iniciou-se com as instruções para a andadura “trote”; P7 se mostrou atento a todas as explicações e, após o término destas, fez algumas perguntas a respeito.

Então, a terapeuta assegurou-se de não haver outras dúvidas e lhe deu o comando para iniciar a tarefa. O praticante fez algumas tentativas, com correções verbais da terapeuta, mas aparentou estar nervoso e ansioso em conseguir, e acabou não executando o exercício; seu humor mudou, ficou sério e demonstrou ter ficado frustrado.

A terapeuta lhe chamou para conversar e lhe explicou que aquele não era um exercício fácil, e que ele não deveria desistir. Explicou-lhe o que é persistência, e que isso é importante tanto para o aprendizado na Equitação Terapêutica, quanto para a escola e para outras situações de sua vida. P7 demonstrou entender, mas mesmo assim foi embora frustrado.

Na sessão seguinte, o praticante chegou de cabeça baixa, e sua mãe relatou que seu filho ficou relembrando todos os passos para que conseguisse executar o trote. O praticante montou e repetiu, verbalmente, todos os passos para que a terapeuta lhe confirmasse se estava certo; após todos os exercícios, estes, realizados com concentração, foi-lhe dado o comando para o “trote” e, na terceira tentativa, P7 conseguiu.

O praticante vibrou bastante com o seu feito, gritou e deu muitas risadas, também falou para a terapeuta, que esta tinha razão quanto às explicações da aula anterior, e que aprendeu a não desistir.

Riskalla e Kogute (2002) afirmam que o tratamento na Equoterapia pode auxiliar crianças e adolescentes com TDAH em vários aspectos, tanto físicos, quanto cognitivos, incluindo limites, aumento da atenção e motivação do aluno para aprender, redução de comportamentos agressivos, aceitação da autoridade do professor e atividades propostas, aumento da autoestima e sentimento de utilidade dentro do contexto escolar e social.

Na última sessão deste mês, foi feita a aula de vivência e cuidado com o animal, quando o praticante aprendeu a alimentar o cavalo, colocar o buçal, escová-lo, encilhá-lo,

assim como aprendeu o nome de todos os materiais utilizados, nomes esses cobrados, esporadicamente, durante as sessões. Então acompanhou a terapeuta até o picadeiro, onde houve uma sessão de 20 minutos; em seguida, P7 voltou às baias com o seu cavalo, desencilhou, escovou-o novamente, e deu-lhe banho.

Durante todo o processo dessa aula de vivência, pôde-se perceber que o praticante estava à vontade, e apesar da dificuldade por seu tamanho, procurou completar todas as etapas de cada tarefa, estas com ajuda de um banquinho ou da terapeuta.

P7 disse ter gostado da aula e que, se fosse maior um pouco, gostaria de fazê-la como rotina. Ele estava visivelmente cansado, mas não fez reclamação alguma durante o processo.

San Joaquín (2002) ressaltou que a Atividade Assistida por Animais, por meio da motivação, educação, recreação e/ou benefícios terapêuticos, proporciona uma oportunidade de melhorar a qualidade de vida e pode ser utilizada em áreas relacionadas ao desenvolvimento psicomotor e sensorial, no tratamento de distúrbios físicos, mentais e emocionais e em programas destinados a melhorar a capacidade de socialização e/ou na recuperação da autoestima.

Sessões mês 6 – P7:

Além do cumprimento dos exercícios de equitação de rotina, geralmente dados com variações, para se ter sempre um atrativo diferente, deu-se continuidade ao treinamento do trote sentado e à junção de todas as técnicas aprendidas anteriormente.

Para esse treinamento, tal como anteriormente, fez-se uso dos materiais geralmente utilizados em percursos e circuitos, em que são exigidos, além da realização de exercícios aleatórios, mudanças de direção e velocidade.

Todas essas técnicas exigidas pela montaria trabalham áreas que trazem benefícios ao comportamento hiperativo, foco de atenção e capacidade de concentração, pois existe a necessidade de controle destas, para que possa se cumprir a atividade (ESCOBAR, 2008).

Sessões mês 7 – P7:

Este mês foi iniciado com a introdução ao “galope”, andadura de maior velocidade e grau de exigência para o praticante.

P7 escutou com atenção todas as explicações e as repetiu em voz alta antes de iniciar sua primeira tentativa, demonstrando, talvez, ter encontrado seu próprio jeito de fixar o conhecimento; nada lhe foi dito para que o fizesse, foi espontâneo.

Ressalta-se que a Equoterapia proporciona melhora da atenção, concentração, memória, raciocínio lógico e ainda facilita a melhora do tempo de atenção (BUCHENE; SAVINI, 1996 apud FREIRE, 1999; GARRIGUE, 1999).

Ao iniciar sua primeira tentativa, de galopar, P7 mostrou-se determinado a fazê-lo. E assim o fez: o praticante galopou, desorganizado, mas conseguiu, e, após alguns segundos, este se organizou e entrou em sincronia com seu cavalo.

A terapeuta elogiou e comemorou junto ao praticante. Sua mãe, que assistia à aula da varanda de espera, também vibrou e bateu palmas, o que parece tê-lo incentivado ainda mais.

Cabe lembrar que, quando a família percebe que o praticante conseguiu determinada aquisição e reforça este comportamento, combinado ao prazer da vivência de algo novo percebido pela criança, ocorre o estímulo para o desenvolvimento psicomotor deste (SILVA, C., 2004).

As sessões seguintes foram de treinamento das etapas anteriores.

Ressalta-se que, neste mês, o praticante seria apresentado à sela, mas devido a um acidente doméstico, em que ele caiu e lesionou a região genital, o médico liberou a continuação do processo terapêutico, mas pediu para que este montasse apenas na manta, material macio e flexível. Assim, P7 continuou frequentando a Equoterapia/Equitação Terapêutica, porém, apenas com o uso da manta.

Sessões mês 8 – P7:

Para concluir o processo de aprendizagem de P7 e evitar a presença de diferenças entre os praticantes, neste oitavo mês, foi usada uma manta com adaptação de estribos, buscando semelhança com a montaria na sela.

Após sua adaptação aos estribos, P7 recebeu as instruções e explicações sobre o salto, e seu treinamento foi iniciado.

Primeiramente com as varas de obstáculos de salto no chão, e gradualmente foram colocadas nas alturas iniciais.

No início, o praticante teve certa dificuldade em se concentrar em todos os comandos necessários, mas, com o treinamento das sessões que se seguiram, este realizou o salto sem problemas.

Após cada passada pelo obstáculo de salto, P7 abraçava e agradecia a seu cavalo e, ao final da sessão, abraçou e agradeceu à terapeuta e à equipe.

Conclusão das sessões – P7:

Em todos esses meses do processo terapêutico, pôde-se notar melhoras relacionadas ao comportamento hiperativo, foco de atenção, concentração, persistência, determinação, autoestima, autoconfiança, responsabilidade, disciplina, respeito ao próximo, além da coordenação motora, equilíbrio, postura e força muscular.

6 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste tópico apresentam-se as conclusões deste estudo, evidenciando-se os benefícios da Equoterapia/Equitação Terapêutica, constatados durante a pesquisa em ambientes familiar e escolar, em relação à avaliação psicológica, bem como à evolução e ganhos específicos durante os atendimentos.

É importante salientar que esses ganhos, promovidos pela intervenção equoterápica, estiveram presentes em todas as questões citadas no parágrafo anterior. Portanto, em alguns momentos, algumas conclusões podem apresentar-se de forma repetitiva, no entanto, entende-se a necessidade de relatá-las para evidenciar a extensão das benéficas aquisições que ocorreram durante e após a intervenção terapêutica.

Por meio de anamneses e relatos respondidos pelos pais e/ou responsáveis, constatou-se que os participantes deste estudo foram favorecidos pela Equoterapia/Equitação Terapêutica, a qual lhes proporcionou benefícios em questões relacionadas ao comportamento hiperativo, agitação psicomotora, impulsividade, irritabilidade, tolerância a provocações e frustrações, ansiedade, impaciência, assim como ocasionou melhoras significativas na atenção, concentração, persistência, precaução e reservas normais em comportamentos sociais, responsabilidade, autoestima, autoconfiança, respeito às regras e limites, inclusive houve relatos sobre a melhora do sono dos participantes, menos agitado pós-intervenção equoterápica.

Quanto às considerações de P1, que participou de apenas dois meses do processo terapêutico, pôde-se notar que a Equoterapia/Equitação Terapêutica proporcionou uma evolução considerável em seu desenvolvimento, não apenas em ambiente escolar, mas também, conforme as informações trazidas pelo padrasto, na convivência em ambiente familiar. Este obteve ganhos relacionados à atenção, disciplina, persistência, socialização, responsabilidade, e à afetividade quanto às relações pessoais.

A Equoterapia/Equitação Terapêutica, independente da participação ativa da terapeuta em orientações familiares e escolares, trouxe repercussões que melhoraram o relacionamento nesses ambientes. Observou-se que as alterações ocasionadas pelos benefícios trazidos por essa prática melhoraram a convivência dos pais e professores com os participantes, pois não foram necessárias orientações específicas quanto à forma de lidar com as características do transtorno e que tipo de conduta os pais e professores deveriam ter para apoiarem e estimularem os ganhos obtidos durante o processo terapêutico. A melhora evidenciada foi

rápida e consistente e, por si só, estimulou os pais e a escola a apoiarem as crianças, pré-adolescentes e adolescentes, acreditando em seu potencial e na capacidade destas em desenvolver e adquirir habilidades.

A partir do conteúdo trazido pelas professoras, pré e pós-intervenção, ficou evidente que essa prática ocasionou melhoras quanto ao processo de aprendizagem. Além das questões citadas, de acordo com relato dos pais, os participantes obtiveram melhoras relacionadas ao seu comportamento em sala de aula, como: cooperação em atividades de classe, socialização, respeito aos colegas e professores, demonstração de afeto, organização, disciplina, cuidado com seu material, assimilação às normas de sala de aula e da escola, escrita, leitura, raciocínio lógico, memorização, interesse em aprender, maturidade e expressão de suas emoções. Além disso, estimulou-se também, a criatividade da criança, favorecendo a criação de novas formas e adaptações na resolução de problemas e na aprendizagem.

Os resultados da avaliação psicológica, pré e pós-intervenção propiciam a conclusão de que a Equoterapia/Equitação Terapêutica proporciona para crianças, pré-adolescentes e adolescentes, melhoras na atenção concentrada, foco de atenção, capacidade de concentração, e rendimento em trabalhos que exijam atenção; evolução em seu Desempenho Escolar, relacionada à Escrita, Aritmética e Leitura. Da mesma forma, também foram significativas as alterações benéficas nas questões de organização, acompanhamento do ritmo de classe, responsabilidade, independência ao executar tarefas, concentração, impulsividade, inquietação, irritabilidade, rendimento no aprendizado, raciocínio lógico, compreensão de textos, respeito às regras e normas, respeito aos colegas e professores, busca da aceitação das pessoas, socialização, e agressividade.

Esta pesquisa evidenciou o quanto esta prática promove a aprendizagem dos participantes, em cujo comportamento ocorreram mudanças estáveis e consistentes, porque se trata de um recurso que melhora a relação entre o indivíduo e o meio no qual ele vive.

Para que o cavalo permita a aproximação, manejo, e montaria, de forma adequada, é necessário que a pessoa controle seus comportamentos e perceba as reações do animal; ou seja, o próprio tamanho e o instinto de defesa do animal determinam uma adequação a regras e limites, um aprendizado natural que o praticante acaba levando para os ambientes familiar e escolar, bem como para outras situações de sua vida.

Durante a montaria, percebeu-se que a Equoterapia/Equitação Terapêutica, voltada à prática esportiva gera ganhos quanto à força muscular, respiração, postura, coordenação motora, e equilíbrio, os quais ocasionam uma melhor capacidade funcional e estado geral de saúde; quanto aos aspectos psicológicos, traz ganhos para a autoestima, autoconfiança, expressão de emoções, vitalidade, atenção, concentração, memorização, aprendizagem, disciplina, responsabilidade, comportamento hiperativo, irritabilidade, agressividade, impulsividade e maior tolerância às situações de provocação e frustração, ocasionando equilíbrio emocional; em questões sociais, traz ganhos quanto à habilidades sociais como, respeito ao próximo, às regras e limites, tendo então a oportunidade de vivenciar uma melhor aceitação por parte das pessoas. Todos esses ganhos interferem na qualidade de vida de crianças, pré-adolescentes e adolescentes com TDAH e, conseqüentemente, às pessoas que se relacionam com estas.

Quanto ao uso de medicação para o controle dos sintomas do TDAH, pode-se afirmar que os participantes medicados apresentaram ganhos mais rapidamente que os participantes não medicados. Porém houve uma pausa nas atividades equoterápicas, e, após serem reiniciadas (as atividades), os participantes sem medicação retomaram seu processo de evolução imediatamente, ao contrário dos participantes medicados, que necessitaram de mais sessões para retomar suas evoluções. Com isso conclui-se que, o aprendizado é mais estável e consistente em crianças, pré-adolescentes e adolescentes com TDAH que não fazem uso de medicação para o transtorno; ou seja, estes, quando medicados estão propensos a regredir mais no mesmo período de tempo. Sendo assim, pode-se dizer que a Equoterapia/Equitação Terapêutica como recurso para o tratamento do TDAH pode vir a suprir a medicação indicada para o controle dos sintomas desse transtorno, beneficiando as pessoas submetidas a essa prática, tanto no que se refere aos efeitos negativos da medicação controlada, quanto aos ganhos percebidos pelos praticantes, os quais independem do uso de medicação, ou seja, são conquistados pela própria pessoa, indicando que esta pode alcançar objetivos sem a dependência medicamentosa.

Ao final de oito meses de atendimento, todos os participantes estavam em um mesmo nível de evolução, tanto em relação às técnicas de Equitação, quanto à melhora dos sintomas do TDAH, fato que demonstra que a Equoterapia/Equitação Terapêutica pode ser considerada um recurso válido para o tratamento do TDAH, independente do uso de medicação específica para o controle dos sintomas deste.

A Equoterapia/Equitação Terapêutica possui uma característica relevante quanto à questão da relação terapeuta-paciente, que, dentro do contexto equoterápico, não se restringe às técnicas de atendimento; neste podem acontecer situações de troca afetiva que não interferem no processo terapêutico, pelo contrário, essa “relação afetiva” traz evoluções a este processo; o cavalo é o intermediador dessa relação e possibilita a aproximação entre o terapeuta e o paciente sem prejudicar a intervenção terapêutica.

Pode-se afirmar, então, que a Equoterapia/Equitação Terapêutica é um recurso efetivo às crianças, pré-adolescentes e adolescentes com TDAH em idade escolar. Ela traz benefícios nas questões relacionadas à atenção, concentração, comportamento hiperativo, impulsividade, ansiedade, sociabilidade; propiciando aos praticantes ganhos efetivos independentemente do uso de medicação.

A partir da experiência desta autora, foram levantados questionamentos relativos a resultados de pesquisas anteriores em que se utilizou a Equoterapia/Equitação Terapêutica como recurso para o tratamento do TDAH. As dúvidas então suscitadas, respondidas no presente estudo, encontram-se evidenciadas nesta conclusão.

As considerações desta autora enquanto pesquisadora justificam-se pela importância, do conhecimento e experiência própria, como também demonstram que a continuidade e aprofundamento de pesquisas anteriores enriquecem o conhecimento, gerando dados e conclusões confiáveis e fidedignos.

REFERÊNCIAS

ADÁRIO, Y. S. Equoterapia: um método terapêutico. *Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde*, Belo Horizonte, ano 1, v. 1, n. 2, p. 48-67, 2005. Disponível em: <http://susanaalamy.sites.uol.com.br/psicopio_n2_48.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2011.

ANDRADE, A. L. M.; LOHR JÚNIOR, A. Questões atuais acerca do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Psicologia Argumento*, Curitiba, v. 25, n. 48, p. 73-83, 2007. Disponível em: <<http://www2.pucpr.br/reol/index.php/PA?dd1=1001&dd99=pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2011.

ANDRADE, Ê. R. Quadro clínico do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. In: ROHDE, L. A.; MATTOS, P. (Orgs.). *Princípios e práticas em transtorno de déficit de atenção/hiperatividade*. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 75-81.

ARAÚJO, A. P. Q. C. Avaliação e manejo da criança com dificuldade escolar e distúrbio de atenção. *Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro)*, Porto Alegre, v. 78, p. S104-S110, 2002. Suplemento. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v78s1/v78n7a13.pdf>>. Acesso em: 3 mar. 2011.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *DSM-IV-TR*: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.

ASSOCIAÇÃO DOS CRIADORES DE MATO GROSSO DO SUL. *Associação dos Criadores de Mato Grosso do Sul*. Disponível em: <<http://www.acrissul.com.br/institucional>>. Acesso em: 16 dez. 2010.

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

BALTIERI, S. C. Ludic equitation - precocious stimulation - improving abilities. In: INTERNATIONAL CONGRESSO OF THERAPEUTIC RIDING, 12., 2006, Brasília, Brasil. *Anais...* Brasília: Ande-Brasil, 2006. 1 CD-ROM.

BENCZIK, E. B. P. *Manual da Escala de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade*: versão para professores. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

BONOTO, S. L. C. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: um estudo da influência deste fator na aprendizagem e na vida social. *Ensino e Pesquisa*, União da Vitória, v. 1, n. 5, p. 76-83, 2008. Disponível em: <<http://www.ieps.org.br/trans.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2011.

BRASIL. Associação Nacional de Equoterapia. *Equoterapia*: conceito, princípios, fundamentos, objetivos, áreas de aplicação, equipe multiprofissional. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <<http://www.ande.org.br>>. Acesso em: 10 set. 2010.

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. *Resolução CFP n. 002/2003*. Define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos e revoga a Resolução CFP n. 025/2001. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://www.pol.org.br/legislacao/pdf/resolucao2003_2.pdf>. Acesso em: 13 maio 2009.

BRASIL. Associação Nacional de Equoterapia. *Curso básico de Equoterapia*. Brasília, DF, 2002. Apostila.

BRASIL. 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. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/etica/docs/artigos/Cfp16-00.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2009.

BRASIL. 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: 8 set. 2006.

BRICKENKAMP, R. Teste d2 – Atenção Concentrada – manual: instruções, avaliação, interpretação. Tradução de Giselle Mueller Roger Welter. São Paulo: Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia, 2000.

CAMPOS, L. F. L. *Métodos e técnicas de pesquisa em psicologia*. Campinas: Alínea, 2004.

CHIEPPA, F. A relação homem-animal. *Uccelli*, Roma, v. 11, n. 1, p. 40-42, 2002. Disponível em: <<http://www.ao.com.br/pet.htm>>. Acesso em: 20 set. 2010.

CIRILLO, L. C. Fundamentos básicos sobre Equoterapia. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EQUOTERAPIA, 1., 1999, Brasília, DF. *Anais...* Brasília, DF: Ande-Brasil, 1999. p. 13-17.

CITTÉRIO, D. 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, DF: Ande-Brasil, 1999. p. 33-34.

COUTINHO, G.; MATTOS, P.; ARAÚJO, C. Desempenho neuropsicológico de tipos de transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) em tarefas de atenção visual. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 56, n. 1, p. 13-16, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v56n1/a05v56n1.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2010.

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, DF: Ande-Brasil, 2002. p. 11-15.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. Habilidades sociais e educação: pesquisa e atuação em psicologia escolar educacional. In: DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. (Orgs.). *Psicologia escolar e educacional, saúde e qualidade de vida: explorando fronteiras*. 2. ed. Campinas: Alínea, 2003. p. 113-142.

ENGEL, B. T. Indications and contraindications for hippotherapy Indications and contraindications for hippotherapy and equine-assisted occupational, physical or speech therapy. In: ENGEL, B. T. *Therapeutic riding two strategies for rehabilitation*. Durango: Ommipress, 1997. p. 35-42.

ESCOBAR, C. S. *Equoterapia e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade [TDAH]*. 2008. 110 f. Monografia (Graduação em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande. 2008.

FACHIN, O. *Fundamentos de metodologia*. 5. ed. rev. São Paulo: Saraiva, 2006.

FITZPATRICK, J. C.; TEBAY, J. M. Hippotherapy and therapeutic riding: An international review. In: WILSON, C. C.; TURNER, D. C. (Eds.). *Companion animals in human health*. Thousand Oaks: Sage, 1998. p. 41-58.

FONSECA, V. *Psicomotricidade: filogênese, ontogênese e retrogênese*. 3. ed. Rio de Janeiro: Wak, 2009.

FONTANA, R. S. et al. Prevalência de TDAH em quatro escolas públicas brasileiras. *Arquivo de Neuro-Psiquiatria*, São Paulo, v. 65, n. 1, p. 134-137, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v65n1/a27v65n1.pdf>>. Acesso em: 3 mar. 2009.

FREIRE, H. B. G. Case study: Therapeutic riding and a child with atypical autistic condition. In: INTERNATIONAL CONGRESS THE COMPLEX INFLUENCE OF THERAPEUTIC HORSE RIDING, 11., 2003, Budapest. *Anais...* Damariscotta, ME: The Federation of Riding for the Disabled International, 2003.

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

FREIRE, H. B. G.; HOPKA, M. G.; SOARES JÚNIOR, R. A equipe interdisciplinar do Programa de Equoterapia da Universidade Católica Dom Bosco – PROEQUO-UCDB. *Revista Eletrônica da Associação Nacional de Equoterapia*, Brasília, DF, 2007. Disponível em: <<http://www.equoterapia.org.br/trabalho/21090838.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2011.

FRIEDMANN, E. The value of pets for health and recovery. In: WALTHAM SYMPOSIUM, 20.; EUROPEAN CONGRESS OF THE BRITISH SMALL ANIMAL VETERINARY ASSOCIATION, 1.; 1990, Harrogate. *Proceedings...* Cheltenham: BVA Publications, 1990. p. 8-17.

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

GOLFETO, J. H.; BARBOSA, G. A. Epidemiologia. In: ROHDE, L. A.; MATTOS, P. (Orgs.). *Princípios e práticas em transtorno de déficit de atenção/hiperatividade*. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 15-33.

GONZÁLES, T. M. S. O ambiente facilitador da Equoterapia. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO DE EQUOTERAPIA, 1.; CONGRESSO BRASILEIRO DE EQUOTERAPIA, 3., 2004, Salvador, BA. *Anais...* Brasília: Ande-Brasil, 2004. p. 87-91.

GUSMÃO, M. M G. *Comportamento infantil conhecido como hiperatividade: consequência do mundo contemporâneo ou TDAH?* 2009. 127 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil, 2009. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/1843/FAEC-84JNUY/1/disserta__o_mar_lia_maria.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2011.

HERZOG, L. A equitação psicoterápica. *Cheval Connexion*, Brasília, DF, n. 9, p. 15-20, 1989.

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

KNAPP, P. et al. *Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade*: manual do terapeuta. Porto Alegre: Artmed, 2002.

LALLERY, H. A equitação terapêutica. *Cheval Connexion*, Brasília, DF, n. 8, p. 6, 1988. Edição Especial.

LARA, D. *Temperamento forte e bipolaridade*: dominando os altos e baixos do humor. Porto Alegre: Diogo Lara, 2004.

LEITÃO, L. G. Sobre a equitação terapêutica: uma abordagem crítica. *Análise Psicológica*, Lisboa, v. 26, n. 1, p. 81-100, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v26n1/v26n1a07.pdf>>. Acesso em: 2 maio 2011.

LERMONTOV, T. *A psicomotricidade na equoterapia*. São Paulo: Idéias e Letras, 2004.

LICART, C. *A arte da Equitação*: como aprender e ensinar a montar. Tradução de Roberto Mondino. Campinas: Papirus, 1988.

LIMA, A. F.; COSTA, G. P. A prática terapêutica psicológica para crianças portadoras de TDAH e suas adaptações para equoterapia. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO DE EQUOTERAPIA, 1.; CONGRESSO BRASILEIRO DE EQUOTERAPIA, 3., 2004, Salvador, BA. *Anais...* Brasília: Ande-Brasil, 2004. p. 177-180.

LOBO, A. A. B. S. C. *Equitação terapêutica*: a influência de um programa de equitação terapêutica em jovens com problemas/distúrbios comportamentais portadores de deficiência mental ligeira. 2003. 211 f. Dissertação (Mestrado em Ciência do Desporto) – Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física, da Universidade do Porto, Porto, 2009. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9752/3/5559_TM_01_P.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2011.

LUBERSAC, R.; LALLERY, H. Relacionamento entre o praticante de equoterapia, a equipe e o cavalo. In: BRASIL. Associação Nacional de Equoterapia. *Coletânea 96*. Brasília, DF: 1996. p. 74-80.

MACHADO, P. C. *A grande avenida*: pelas ruas de Campo Grande. Campo Grande: Prefeitura Municipal, 2000.

MARCELINO, J. F. Q.; MELO, Z. M. Equoterapia: suas repercussões nas relações familiares da criança com atraso de desenvolvimento por prematuridade. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 23, n. 3, p. 279-287, 2006. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0025.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2011.

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

MESSINA, L. F.; TIEDEMANN, K. B. Transtorno do Deficit de Atenção e Hiperactividade (TDAH): uma perspectiva compreensiva. *Ciência Hoje*, Porto, 2006. Disponível em: <<http://www.cienciahoje.pt/index.php?oid=2059&op=all>>. Acesso em: 20 maio 2010.

MONTAGNER, H. *A criança e o animal: as emoções que libertam a inteligência*. Tradução de António Viegas. Lisboa: Instituto Piaget, 2002. Título original “L’enfant et l’animal”.

MOOJEN, S. M.; DORNELES, B. V.; COSTA, A. Avaliação psicopedagógica no TDAH. In: ROHDE, L. A.; MATTOS, P. (Orgs.). *Princípios e práticas em transtorno de déficit de atenção/hiperatividade*. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 107-115.

NASCHERT, E. G. *Equinoterapia: la rehabilitación por medio del caballo*. México: Trillas, 2006.

NASCIMENTO, Y. O.; MADUREIRA, N. M. A equoterapia como intervenção na formação e manutenção de vínculos: autismo e asperger. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EQUOTERAPIA, 2., 2002, Jaguariúna. *Anais...* Brasília, DF: Ande-Brasil, 2002. p. 207-209.

OLIVEIRA, M. M. *Como fazer pesquisa qualitativa*. Petrópolis: Vozes, 2007.

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

PASTURA, G. M. C.; MATTOS, P.; ARAÚJO, A. P. Q. C. Desempenho escolar e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 32, n. 6, p. 324-329, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32n6/a03v32n6.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2010.

PASTURA, G.; MATTOS, P. Efeitos colaterais do metilfenidato. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 100-104, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v31n2/a06v31n2.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2010.

PIRES, J. G. O cavalo e o prazer. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EQUOTERAPIA, 1., 1999, Brasília, DF. *Anais...* Brasília, DF: Ande-Brasil, 1999. p. 219-220.

PORTAL DA FISIOTERAPIA. *A ANDE-Brasil*. Juiz de Fora, 2005. Disponível em: <<http://www.portaldafisioterapia.com/?pg=equoterapia&id=32>>. Acesso em: 10 mar. 2011.

RAPPORT. In: ZOCATELI, D. *Dicionário de RH: termos, siglas, palavras estrangeiras...* Disponível em: <<http://www.guiarh.com.br/dicionario.htm>>. Acesso em: 15 jun. 2011.

RAZUK, N. Equoterapia: a saúde que vem a galope. *Total Saúde*, Campo Grande, ano I, n. 5, p. 20, 2007.

RISKALLA, F. T.; KOGUTE, R. C. A Equoterapia como instrumento auxiliar no processo de aprendizagem na criança com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade na escola regular: uma experiência de inclusão. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EQUOTERAPIA, 2., 2002, Jaguariúna. *Anais...* Brasília, DF: Ande-Brasil, 2002. p. 277.

RIVEROS, F. J. U. El caballo en la perspectiva humanista existencial como herramienta para la rehabilitación humana. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO DE EQUOTERAPIA, 1.; CONGRESSO BRASILEIRO DE EQUOTERAPIA, 3.; 2004, Salvador. *Anais...* Brasília, DF: Ande-Brasil, 2004. p. 155-159.

ROBERTS, M. *Violência não é a resposta: usando a sabedoria gentil dos cavalos para enriquecer nossas relações em casa e no trabalho*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

RODRIGUES, C. S. Análise do controle em crianças com paralisia cerebral: equoterapia versus fisioterapia. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO DE EQUOTERAPIA, 1.; CONGRESSO BRASILEIRO DE EQUOTERAPIA, 3., 2004, Salvador, BA. *Anais...* Brasília: Ande-Brasil, 2004. p. 105-114.

ROHDE, L. A.; HALPERN, R. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. *Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro)*, Porto Alegre, v. 80, p. S61-S70, 2004. Suplemento 2. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n2s0/v80n2Sa08.pdf>>. Acesso em: 3 mar. 2011.

ROHDE, L. A.; MATTOS, P. Introdução. In: ROHDE, L. A.; MATTOS, P. (Orgs.). *Princípios e práticas em transtorno de déficit de atenção/hiperatividade*. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 11-14.

SAN JOAQUÍN, M. P. Z. *Terapia asistida por animales de compañía: bien estar 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: 10 jul. 2010.

SANTOS, F. P. R. Equoterapia: o que o ambiente equoterápico pode auxiliar no processo terapêutico? *CEFAC: Atualização Científica em Fonoaudiologia*, Campinas, v. 2, n. 2, 2000. Não paginado. Disponível em: <<http://www.portaldafisioterapia.com/?pg=equoterapia&id=32>>. Acesso em: 10 mar. 2011.

SCARPARO, H. et al. *Psicologia e pesquisa: perspectivas metodológicas*. Porto Alegre: Sulina, 2000.

SEVERO, J. T. Equoterapia: o emprego do cavalo. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EQUOTERAPIA, 2., 2002, Jaguariúna. *Anais...* Brasília, DF: Ande-Brasil, 2002. p. 27-29.

SILVA, A. B. B. *Mentes inquietas: entendendo melhor o mundo das pessoas distraídas, impulsivas e hiperativas*. São Paulo: Gente, 2003.

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

SILVA, M. C. *Equoterapia: a percepção das mães*. 2006. 204 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2006.

SILVEIRA, C. A.; FRAZÃO, T. D. D. *Equitação terapêutica: uma nova forma de tratamento*. Saúde Animal, 1998. Disponível em: <<http://www.saudeanimal.com.br/artig111.htm>>. Acesso em: 29 dez. 2010.

SOUZA, I. G. S. et al. Dificuldades no diagnóstico de TDAH em crianças. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 56, p. 14-18, 2007. Suplemento. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v56s1/a04v56s1.pdf>>. Acesso em: 3 mar. 2009.

SOUZA, J. C. R. P.; SOUZA, N. *Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) em crianças e adolescentes*. Campo Grande: Unimed, 2011.

SPINK, J. *Developmental riding therapy: A team approach to assessment and treatment*. Tucson: Therapy Skill Builders, 1993.

STEIN, L. M. *TDE teste de desempenho escolar: manual para aplicação e interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

TAVARES, K. M. Equoterapia. *Fisio&Terapia*, São Paulo, ano 2, n. 7, p. 7, 1998.

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

VASCONCELOS, M. M. et al. Contribuição dos fatores de risco psicossociais para o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Arquivo de Neuro-Psiquiatria*, São Paulo, v. 63, n. 1, p. 68-74, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v63n1/23601.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2010.

VASCONCELOS, M. M. et al. Prevalência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade numa escola pública primária. *Arquivo de Neuro-Psiquiatria*, São Paulo, v. 61, n. 1, p. 67-73, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v61n1/15018.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2010.

VERA, C. F. D. et al. Transtornos de aprendizagem em presença de respiração oral em indivíduos com diagnóstico de transtornos de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH). *Revista CEFAC*, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 441-445, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v8n4/v8n4a05.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2009.

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

YACK, H. J. et al. The effects of therapeutic horseback riding on the quality of balance control in children with attention disorders. *Scientific & Educational Journal*, Damariscotta, n. 3, p. 3-15, 1997.

APÊNDICE A – Autorizações para realização da pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaria de contar com sua colaboração para a realização da presente pesquisa: “AS INFLUÊNCIAS DA EQUITACÃO TERAPÊUTICA NO DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE”, que consiste em investigar melhoras de comportamento, atenção, desempenho escolar, com ou sem o uso de medicação, após-intervenção equoterápica. Se concordar, o participante pelo qual V.S. é responsável legal participará de duas sessões semanais de Equoterapia pré-esportiva, baseada em técnicas de Equitação, no Parque de Exposições Laucídio Coelho, sede da Associação dos Criadores de Mato Grosso do Sul (ACRISSUL), onde funciona o Centro de Equoterapia da Acrissul. O participante passará por uma avaliação antes do início dos atendimentos e após o período de oito meses. Este estudo será orientado pela Profa. Dra. Heloisa Bruna Grubits Freire por meio do Programa de Mestrado da Universidade Católica Dom Bosco. Os resultados da pesquisa serão divulgados em revistas e eventos científicos.

Esteja seguro (a) da completa confiabilidade dos dados. Em nenhum momento será declarado o nome nem exibidas imagens que identifiquem o (a) participante deste estudo, garantindo assim, o anonimato e sigilo absoluto do (a) paciente. A participação é voluntária e a recusa não envolve qualquer penalidade. O (a) responsável e a criança poderão desistir de participar a qualquer momento. Em qualquer momento e em qualquer instância o participante poderá solicitar a exclusão das informações e imagens a ele referentes da referida pesquisa.

Havendo alguma questão, sinta-se à vontade para contatar os pesquisadores e/ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco.

Dra. Heloisa Bruna Grubits Freire (Psicóloga) – telefone (067) 3312-3605

Psicóloga Camila Spengler Escobar – celular (067) 84720272

Comitê de Ética em Pesquisa da UCDB – telefone (067) 3312-3349

Eu declaro que li as informações, sanei todas as minhas dúvidas e todos meus questionamentos foram esclarecidos. Como responsável legal eu autorizo
..... a participar da pesquisa.

Data: / /

Nome da criança:

Nome do responsável: CPF:

Assinatura:

TERMO DE RESPONSABILIDADE E CIÊNCIA

1. Introdução

A Acrissul por meio do Centro de Equoterapia da Acrissul atende crianças e adultos portadores de deficiência, ou não, ou com dificuldades de adaptação, com objetivo de beneficiá-los globalmente com a prática da atividade equestre.

A equoterapia usa o cavalo como motivador para proporcionar ao praticante, ganhos físicos e psicológicos. Essa atividade exige a participação do corpo inteiro, contribuindo assim para o desenvolvimento da força muscular, relaxamento, conscientização do próprio corpo, aperfeiçoamento da coordenação e equilíbrio. A interação com o animal, desde os primeiros contatos e cuidados preliminares até a montaria, desenvolve, ainda, novas formas de comunicação, a socialização, a confiança em si mesmo e autoestima.

Este método terapêutico não substitui outras técnicas já conhecidas e aprovadas e muito menos se propõe a curar deficiências do praticante.

A equoterapia pode ter duas ênfases:

- a) uma, com a intenção médica e terapêutica ou reabilitadora;
- b) outra, utilizando o cavalo com fins de lazer e esporte, com caráter lúdico e reeducativo.

A equoterapia é desenvolvida por uma equipe técnica multidisciplinar composta basicamente por instrutor titulado em equitação, psicólogo e fisioterapeuta, todos sob supervisão médica. Essa equipe está em constante intercâmbio para a troca de conhecimento sobre o seu campo de atuação: as patologias, o cavalo e sua utilização para fins terapêuticos.

2. Método

As crianças e adolescentes com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), que fazem ou não o uso de medicação, e que participarão dos atendimentos no Centro de Equoterapia da Acrissul serão encaminhadas pela Neurologista Dra. Maria José Martins Maldonado. E, como não é o caso de portadores de deficiência, será utilizado no atendimento o método de ensino da Equoterapia pré-esportiva ou Equitação Terapêutica.

Compete à família trazer relatórios dos profissionais (encaminhamentos médicos e outros) que acompanham o caso; estes cedidos, por meio da parceria do Centro em questão e do PROEQUO-UCDB, sendo seguidas as instruções dadas pela coordenação do PROEQUO. Esses dados serão úteis na avaliação e indicação, pela equipe técnica do PROEQUO e do Centro de Equoterapia da Acrissul, para Equoterapia. As atividades de Equoterapia serão programadas e executadas pela Psicóloga, responsável por esta pesquisa, sob orientação da Psicóloga Profa. Dra. Heloisa Bruna Grubits Freire, e baseadas no estudo inicial de cada caso. No decorrer do processo, serão reavaliadas e modificadas se necessário.

As sessões de Equoterapia serão realizadas no Centro de Equoterapia da Acrissul, localizado no Parque de Exposições Laucídio Coelho. A frequência será recomendada pela coordenação do Centro.

A sessão de Equoterapia abrange a chegada do participante às instalações (baias e picadeiro), onde poderá participar dos cuidados e preparação do cavalo, passando pelo montar, cavalgar, desmontar e recolher o cavalo às baias, bem como outras atividades coordenadas pelos instrutores.

Os cavalos utilizados em Equoterapia são mansos e dóceis, especialmente preparados para essa atividade. Os equipamentos de montaria são definidos de acordo com a avaliação da equipe técnica. O deslocamento do cavalo (passo, trote, etc.) é também determinado com fins terapêuticos específicos para cada praticante.

3. Participação

É importante tanto para o participante como para a equipe técnica, a presença de um responsável, parente ou não (e neste caso autorizado pela família) nas sessões de Equoterapia. O mesmo se responsabilizará também pela segurança do praticante antes e depois da sessão.

4. Prescrições especiais

O praticante de Equoterapia deverá usar calças compridas e calçados fechados (botas, de preferência), que não limitem os movimentos.

Deverá ainda estar presente no local das sessões 15 minutos antes do seu início.

Faltas frequentes limitam o processo terapêutico, sendo que três faltas consecutivas e sem justificativa serão motivo de desligamento do participante e ocupação de sua vaga por outro.

Os acompanhantes devem estar cientes de que o ambiente em que há cavalos exige cuidados especiais, como o uso de cores discretas e roupas não esvoaçantes, bem como comportamento calmo e tranquilo, sem manifestações ruidosas.

Sendo o Centro de Equoterapia da Acrissul desenvolvido por profissionais especializados, e este contando com a parceria da equipe de profissionais do PROEQUO-UCDB, onde funciona um Centro de Pesquisas em Equoterapia, serão efetuados registros necessários (fotos, filmagens, relatórios escritos etc.) das sessões, que serão utilizados em produções científicas para posteriores publicações e divulgações, cumprindo todas as exigências éticas para a sua execução.

5. Compromisso

Como responsável pelo praticante
assumo o compromisso de cumprir as prescrições contidas no presente termo, bem como concordo que, sendo um Centro de Pesquisas, o desenvolvimento e resultados obtidos com a Equoterapia sejam utilizados de maneira científica e permito sua divulgação e publicação desde que a identificação do participante seja preservada.

Campo Grande, MS: / /

Responsável:

Nome:

Endereço:

..... CEP

Telefones: (.....)- ou (.....)-

Assinatura:

APÊNDICE B – Instrumentos de coleta de dados

1 – QUESTIONÁRIO DOS PAIS

DADOS PESSOAIS

Nome da criança:

Data de nascimento:/...../..... Sexo: [] feminino [] masculino

Escolaridade:..... Naturalidade: UF

Endereço residencial:

..... CEP

Telefones: (....)- ou (....)-

E-mail:

Nome do Pai:

Profissão:

Data de nascimento:/...../..... Escolaridade:.....

Nome da Mãe:

Profissão:

Data de nascimento:/...../..... Escolaridade:.....

Pessoas que residem com a criança:

Nome 1: Parentesco:

Idade: anos Estado civil:.....

Ocupação: Escolaridade:

Nome 2: Parentesco:

Idade: anos Estado civil:.....

Ocupação: Escolaridade:

Nome 3: Parentesco:

Idade: anos Estado civil:.....

Ocupação: Escolaridade:

Nome 4: Parentesco:

Idade: anos Estado civil:.....

Ocupação: Escolaridade:

Nome 5: Parentesco:

Idade: anos Estado civil:

Ocupação: Escolaridade:

Mora em casa: ☐ própria ☐ alugada ☐ financiada (Prestação R\$)

Renda mensal familiar: R\$

ANTECEDENTES PESSOAIS

A criança foi planejada? ☐ sim ☐ não

Como vocês (pais) se sentiram ao saber?

Pai:

Mãe:

Havia preferência pelo sexo?

Mãe: ☐ sim ☐ não

Pai: ☐ sim ☐ não

Morreu algum filho? ☐ sim ☐ não

Quando, idade e a causa?

.....

Como a família reagiu?

.....

Os pais eram casados (viviam juntos) quando ocorreu a gravidez? ☐ sim ☐ não

Idade da mãe na época:

Houve abandono de lar? ☐ sim ☐ não

Quem abandonou?

Onde e com quem a criança ficou?

Houve divórcio ou desquite? ☐ sim ☐ não

Como a criança reagiu?

Algum dos pais casou-se novamente?

Mãe: ☐ sim ☐ não

Pai: ☐ sim ☐ não

Como a criança reagiu?

DESENVOLVIMENTO

Motricidade

Com quanto tempo sustentou a cabeça?

Com quanto tempo sentou-se?

Com quanto tempo começou a andar?

A criança é ☐ canhoto ☐ destro ☐ ambidestro

Quando começou a falar?

Houve alguma irregularidade observada no desenvolvimento? ☐ sim ☐ não

Qual?

.....

.....

.....

Possui algum tipo de mania ou tique? ☐ sim ☐ não

Qual?

Escolaridade

Com que idade começou a frequentar a escola?

Qual é a série que a criança está?

Como a criança vai até a escola?

A criança gosta de estudar? ☐ sim ☐ não

A criança gosta da Professora? ☐ sim ☐ não

A criança gosta de escola? ☐ sim ☐ não

A criança gosta dos colegas? ☐ sim ☐ não

Quantos alunos têm em sala de aula?

Qual é a atitude dos pais diante do sucesso ou fracasso da criança?

.....

.....

.....

Sociabilidade

A criança prefere brincar sozinha ou com amigos?

.....

.....

A criança vai à casa de amigos? ☐ sim ☐ não

E recebe amigos em casa? ☐ sim ☐ não

A criança tem facilidade para fazer amigos? ☐ sim ☐ não

Que tipo de brinquedos ele (a) gosta?

.....

.....

.....

A criança gosta de ouvir rádio, música, TV, cinema, outros?

Pratica esportes? [] sim [] não

Qual?

Frequenta algum tipo de atividade além da escola? [] sim [] não

Quais?

Quais as diversões praticadas?

Cite algumas coisas que a criança não gosta:

Sexualidade

A criança já revelou algum tipo de curiosidade sexual? [] sim [] não

Desde quando?

Como?

Qual foi a atitude dos pais?

A criança sofreu algum trauma sexual? [] sim [] não

Comente:

Outras observações:

Saúde

Tipos de doenças e idade com que a criança adoeceu:

A criança já foi hospitalizada? ☐ sim ☐ não

Por que e por quanto tempo?

.....

.....

A criança já sofreu convulsão ou desmaio? ☐ sim ☐ não

A criança já passou por alguma cirurgia? ☐ sim ☐ não

Com que idade?

.....

.....

A criança sofreu algum tipo de acidente? ☐ sim ☐ não

Quando?

Descreva:

.....

.....

A criança faz uso de algum tipo de medicação? ☐ sim ☐ não

Qual e por quanto tempo?

.....

.....

Antecedentes patológicos

Existe na família pessoas que sofrem de doenças hereditárias? (ex.: Diabetes, Hipertensão, outras)? ☐ sim ☐ não

Quais?

.....

Existe caso(s) na família de pessoas portadoras de necessidades especiais?

☐ sim ☐ não

Quem?

.....

.....

.....

Existe, na família, caso de dependência por bebida ou drogas?

☐ sim ☐ não

Quem e qual?

.....

Existe, na família, caso(s) de suicídio ou homicídio?

☐ sim ☐ não

Descreva:

.....

Ambiente físico e familiar

Como é o local de estudos e de brinquedos dessa criança?

.....

.....

Quando a família faz ou recebe visitas, qual é a reação da criança?

.....

.....

Como é a relação:

Entre a mãe e a criança?

.....

.....

Entre o pai e a criança?

.....

.....

Entre irmãos?

.....

.....

Entre os pais?

.....

.....

Quem exerce autoridade em casa?

A criança

Como são os comportamentos característicos da criança?

.....

.....

Quais são os interesses dessa criança?

.....

.....

.....

.....

Descreva todas as atividades e horários da criança:

De um dia normal de semana:

.....

.....

.....

.....

.....

De um dia do fim de semana:

.....

.....

.....

.....

.....

Informações complementares

O que o senhor (a) espera das atividades que envolvem a equitação?

.....

.....

.....

.....

.....

Observações do acadêmico:

.....

.....

.....

.....

.....

Campo Grande, MS: / /

.....
Assinatura dos pais/do responsável

.....
Psicóloga Camila Spengler Escobar
Responsável pela entrevista

2 – QUESTIONÁRIO DO PROFESSOR

Nome do aluno (a):

DADOS PESSOAIS DO PROFESSOR

Nome do professor (a):

Data de nascimento:/...../..... Sexo: [] feminino [] masculino

Naturalidade: UF

Há quanto tempo leciona?

Há quanto tempo é professor desse aluno?

Como é o seu relacionamento com:

O aluno:

.....

.....

Oos pais:

.....

.....

VIDA ESCOLAR DO ALUNO

Como é o comportamento do aluno em sala de aula?

.....

.....

.....

O que o aluno faz no recreio?

.....

.....

.....

Como você define:

A sociabilidade do aluno:

.....

.....

A concentração do aluno:

.....

.....

Quais foram as matérias e suas respectivas notas no semestre passado?

Matéria:	Nota
Matéria:	Nota
Matéria:	Nota
Matéria:	Nota
Matéria:	Nota
Matéria:	Nota
Matéria:	Nota

Este aluno já repetiu de ano? ☐ sim ☐ não

Quais séries e o motivo?

.....

.....

.....

Na escola, o aluno:

- ☐ apresenta dores de cabeça.
- ☐ não apresenta coordenação:
 - ☐ ao andar ☐ ao correr ☐ para pegar objetos
- ☐ apresenta sonolência
- ☐ usa excessivamente as instalações sanitárias
- ☐ acidenta-se frequentemente
- ☐ sente tonturas e náuseas
- ☐ cai facilmente
- ☐ rói unhas
- ☐ chupa os dedos
- ☐ segura o livro longe para ler
- ☐ segura o livro perto para ler

ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO ALUNO

Brinca:

- ☐ sozinho ☐ com outras crianças

Relacionamento com outras crianças:

- ☐ aceita ☐ rejeita ☐ isola-se ☐ participa
- ☐ lidera ☐ é ciumento ☐ é submisso ☐ é briguento
- ☐ tem medo

Reações afetivas:

☐ beija ☐ abraça ☐ gosta de carinhos ☐ gosta de elogios

Quando repreendido:

☐ chora ☐ aceita ☐ resmunga ☐ grita
☐ morde ☐ bate o pé ☐ xinga ☐ destrói objetos
☐ joga no chão o que tem nas mãos

Outras reações:

Reações emocionais:

☐ calmo ☐ confiante ☐ nervoso ☐ ansioso
☐ agressivo ☐ impulsivo ☐ agitado ☐ tranquilo
☐ alegre ☐ descuidado ☐ triste ☐ perfeccionista
☐ expansivo ☐ amoroso ☐ indiferente

Quando contrariado diante do fracasso:

☐ aceita ☐ revolta-se ☐ agride ☐ chora

Quando provocado pelos outros:

☐ reage ☐ defende-se ☐ pede proteção

Apresenta problemas de:

☐ furto
☐ destruição
☐ mentira
☐ simulação
☐ medo exagerado
☐ comportamento sexual fora do normal
☐ tiques nervosos. Quais?

☐ apatia ☐ é instável emocionalmente
☐ é agressivo ☐ sempre ☐ às vezes
☐ é tímido ☐ sempre ☐ às vezes
☐ gosta da companhia de adultos mais do que de crianças
☐ gosta de brincar mais com crianças menores
☐ procura sempre atrair atenções
☐ chora facilmente e sem motivo
☐ é sensível a críticas

☐ é autoritário ☐ sempre ☐ às vezes

☐ gagueja ☐ sempre ☐ às vezes

O aluno:

☐ isola-se das demais pessoas

☐ não tem espírito esportivo

☐ mostra interesse em trazer coisas para a escola

☐ partilha objetos com os colegas

☐ gosta de auxiliar os colegas

☐ não cuida dos objetos pessoais

☐ geralmente faz as atividades em sala de aula sozinho

Dados referentes à aprendizagem:

☐ aprende com rapidez

☐ forma conceitos – assimila bem

☐ aplica o que lhe é ensinado

☐ retém conceitos, faz sínteses.

☐ procura aprender sempre

☐ mostra interesse e atenção

☐ é dispersivo e desinteressado.

☐ tem bom vocabulário

☐ expressa-se com clareza

☐ usa muito a borracha

☐ delimita bem a cor dentro das linhas na pintura

☐ recorta acompanhando a linha

☐ tem letra boa

☐ tem boa orientação espacial

☐ distribui bem o texto no papel

☐ tem boa orientação temporal

☐ é capaz de contar um estória ordenadamente

☐ conhece:

☐ dias da semana ☐ conhece os meses do ano ☐ conhece as horas

☐ faz redação

☐ troca sílabas ☐ letras Quais?

☐ omite sílabas ☐ letras Quais?

☐ transforma palavras na leitura

☐ transforma palavras na cópia

- ☐ transforma palavras no ditado
- ☐ inverte a ordem das letras
- ☐ separa sílabas arbitrariamente
- ☐ não consegue completar palavras
- ☐ mexe os lábios na leitura silenciosa
- ☐ precisa seguir com o dedo quando lê
- ☐ gagueja ao ler
- ☐ consegue soletrar
- ☐ troca fonemas Quais?
- ☐ compreende rapidamente o que lê
- ☐ redige produções de textos:
 - ☐ bons ☐ regulares ☐ com muita dificuldade e erros
- ☐ não consegue estruturar o pensamento e escrever
- ☐ escreve com acerto as palavras que lhe são ditadas
- ☐ tem raciocínio aritmético
- ☐ é capaz de passar de uma atividade concreta para uma situação abstrata
- ☐ consegue decorar tabuadas
- ☐ domina os fatos fundamentais:
 - ☐ da adição ☐ da multiplicação
 - ☐ da subtração ☐ da divisão
- ☐ resolve problemas simples
- ☐ não consegue fixar os conceitos
- ☐ demora muito para pensar, não acompanha a classe
- ☐ não fixa a aprendizagem; esquece o conteúdo da matéria
- ☐ não tem hábitos de estudo; é desorganizado e sem método de trabalho escolar
- ☐ brinca demais, não participa da aula
- ☐ não tem motivação para estudar
- ☐ é faltoso, sem sequência de aprendizagem
- ☐ tem o hábito de colar

Matérias nas quais apresenta maior rendimento:

.....

.....

Matérias nas quais revela baixo rendimento:

.....

.....

Dificuldade em geral na aprendizagem:

.....

Mão que utiliza para:

Atirar uma bola: ☐ direita ☐ esquerda

Pegar o lápis: ☐ direita ☐ esquerda

Para comer: ☐ direita ☐ esquerda

Pé que utiliza para:

Chutar uma bola: ☐ direita ☐ esquerda

Pular com um só pé: ☐ direita ☐ esquerda

Para iniciar corrida: ☐ direita ☐ esquerda

Observações adicionais:

.....

.....

.....

.....

Observações do profissional:

.....

.....

.....

.....

Campo Grande, MS: / /

.....

Assinatura do professor

.....

Psicóloga Camila Spengler Escobar

Responsável pela entrevista

ANEXO C – Resultados dos participantes – pré e pós-intervenção terapêutica – na íntegra

PARTICIPANTE 1 – P1

ANAMNESE – respondida pela mãe junto com o padrasto de P1:

Pré-intervenção:

P1, nascido em 2003 (7 anos), sexo masculino, natural de Campo Grande, MS, estudante do 2º ano do Ensino Fundamental de uma Escola Pública. Reside com sua mãe (24 anos), com o padrasto (25 anos) e com um irmão (2 anos), este filho do mesmo pai de P1, não do padrasto; ambos possuem o Ensino Médio completo. A mãe trabalha com vendas, o padrasto trabalha com alguns empregos temporários.

De acordo com o relato, a mãe e o pai de P1 assustaram quando descobriram que ela (16 anos) estava grávida, pois não haviam planejado. A gravidez foi agitada, ela foi agredida durante 8 meses por seu pai (avô da criança), que só então aceitou a situação. Os pais não eram namorados e não viviam juntos, nem passaram a viver por conta da criança. Quando P1 estava com 6 anos, mãe casou-se, e relatou que, depois de certo tempo, o padrasto o “conquistou”.

Em relação ao seu desenvolvimento, a mãe afirma que foi precoce, antes dos seis meses de idade, seu filho sustentou a cabeça e sentou, andou com nove meses, mas para falar apresentou dificuldade.

Desde bebê até os 5 anos, P1 frequentou uma Creche; hoje, vai para a escola de carro com o avô, quem busca é o padrasto que, em seguida, o leva para uma aula de reforço escolar. A mãe diz que P1 gosta da escola, mas não gosta dos colegas, apenas de um, e também não gosta da professora, mas sim da orientadora.

Ela afirma que a atitude dos pais diante do sucesso são o elogio e recompensas, e diante do fracasso, corrige, puni e às vezes bate.

Sua sociabilidade é limitada, de acordo com o relato da mãe, ele tem dificuldade de fazer amigos, gosta de brincar com outras crianças, mas em seguida se mostra agressivo, e isso faz com que elas se afastem. Ele não frequenta casas de amigos, assim como também não recebe amigos em casa, gosta de brincar no computador, vídeo game, carrinho e bicicleta.

Quando está em casa, gosta de assistir filmes, sempre os mesmos, conclui a mãe, e muitas vezes liga a televisão com volume alto às 5h30, então canta e dança para chamar a atenção.

P1 não gosta de jogar bola, fazer tarefa, escovar os dentes, tomar banho, come apenas leite, pão e macarrão, outro tipo de comida só come se for “obrigado ou apanhando”; quando contrariado se irrita, grita e xinga. A mãe evita levá-lo a lugares públicos, por conta de seu comportamento, ele tenta chamar a atenção de todos constantemente, “dá show”, e na maioria das vezes, esta se sente constrangida.

Ultimamente, P1 diz ter muitas namoradas, e faz perguntas sobre os órgãos genitais, tanto da mulher quanto do homem, então a mãe e o padrasto conversam, explicam e esclarecem as dúvidas.

Até os dias de hoje, a criança não foi hospitalizada, não passou por cirurgias e tampouco sofreu qualquer tipo de acidente.

P1 está medicado desde abril de 2010 (mês de início da pesquisa), está tomando Risperidona, 3 mg que atua em sua irritabilidade.

Seu local de estudos e de brinquedos é pela casa toda, a mãe diz não ter controle, P1 sempre esparrama tudo e reclama muito para guardar suas coisas. Quando a família recebe visitas, este fala em demasia, fica muito agitado e quer sempre chamar a atenção.

A relação entre a mãe e P1 é, caracterizada pela mãe, como estressante, porque esta sempre tem que estar brigando, chamando a atenção e cobrando; já com o padrasto, é amigável e existe muita conversa. Com o irmão de 2 anos há muita briga, assim também acontece com o filho do padrasto de 5 anos. Este irmão mora com o pai, que não o encontra com frequência, por vezes demora meses encontrá-lo. É a mãe quem exerce autoridade em casa.

Segundo a mãe, as principais características de P1 são: nervoso, impulsivo em demasia, agitado, impaciente, não tem limites, não respeita as pessoas, desatento e não demonstra interesse por nada, quando recebe uma punição, como, por exemplo, de ficar sem vídeo game, que é um jogo que ele gosta muito, este demonstra indiferença.

Em um dia normal, durante a semana, P1 acorda 5h30, escuta DVD, acorda a mãe, toma café, escova os dentes após muita briga, e brinca até 11h30; então almoça e vai para a escola (ultimamente tem ido sozinho, pois a escola fica a duas quadras), volta 17h20, às vezes vai ao reforço; quando chega em casa, lancha, toma banho e assiste à televisão.

Em finais de semana, às vezes vão à feira, mas geralmente ficam em casa ou vão à casa da avó (mora em frente). A mãe diz ter evitado sair de casa por conta do mau comportamento do praticante.

A mãe espera que o tratamento em Equoterapia lhe ajude a respeitar regras e limites, assim como a respeitar as pessoas, e que ajude a diminuir sua ansiedade e impulsividade. Mãe: “Às vezes tenho medo de suas reações”.

Obs.: aqui deveria ser apresentado um relato pós-intervenção respondido pela mãe do praticante, mas será apresentado diretamente o questionário respondido pela professora de Língua Portuguesa, em seguida os resultados dos testes psicológicos e então serão apresentadas observações extras, com explicações de situações e de desligamento deste praticante da presente pesquisa; em seguida os resultados dos testes cuja aplicação foi possível e o relato final da professora, orientadora e coordenadora.

QUESTIONÁRIO – respondido pela professora de P1:

Pré-intervenção:

S.A.L.P, 42 anos, sexo feminino, natural de Montesi, MS, leciona há 20 anos. P1 é seu aluno desde o início de 2010. O relacionamento com o aluno é muito difícil, ele parece nunca ouvir o professor, não faz as atividades de sala assim como não faz a tarefa de casa.

A relação com os pais também deixa a desejar, o pai aparece às vezes, mas diz que é somente para ver o filho, e diz que se querem fazer reclamações à respeito do filho, que procurem a mãe; que por sua vez só aparece na escola quando chamada. Esta quando chega, senta, escuta tudo o que a escola tem a dizer, e vai embora; demonstra não ter interesse na educação da criança.

Em sala de aula, segundo o relato da orientadora e da professora, P1 é uma criança muito difícil, extremamente agressivo, usa muito de palavras fortes (palavrões), briguento, desatento, sem concentração, sem disciplina, pega material dos colegas “escondido”,

impulsivo, bate tanto em colegas como em alguns professores. No horário de recreio, todos estes comportamentos ditos acima são intensificados, e também muitas brigas.

A professora afirma também que P1 brinca sozinho, em relação às outras crianças, se coloca em forma de líder, ciumento e briguento. Em relação às questões afetivas, este não beija, não abraça, não aceita carinhos nem tampouco elogios. Quando repreendido, este resmunga, grita, xinga, destrói o que estiver em sua frente e ataca verbalmente.

Suas reações emocionais são fortes. Segundo a Professora, P1 é agressivo, nervoso, impulsivo, ansioso, agitado, descuidado e muitas vezes indiferente. Diante de seu fracasso, ele revolta-se e agride. Quando provocado pelos outros ele reage e se defende.

Apresenta problemas de destruição, furto, mentira e simulação. Demonstra estar sempre agressivo e instável emocionalmente. Procura sempre atrair atenções, sensível a críticas, autoritário e quando muito nervoso apresenta gagueira.

A professora conclui também que este aluno não possui espírito esportivo, sempre traz coisas diferentes para a escola, não partilha objetos com os colegas, não gosta de ajudar os colegas e não cuida de seus objetos pessoais.

Em sala de aula, pensando em sua aprendizagem, a professora afirma que P1:

- não aprende com rapidez;
- não forma conceitos;
- não aplica o que lhe é ensinado;
- não retém conceitos, não faz sínteses;
- não procura aprender;
- não mostra interesse e nem atenção;
- é dispersivo e desinteressado;
- não possui bom vocabulário;
- não expressa-se com clareza;
- usa muito a borracha;
- ainda não escreve, nem tampouco lê;
- não é capaz de passar de uma situação concreta para uma abstrata;
- não consegue decorar tabuada;
- não domina os fatos fundamentais da matemática;
- não acompanha a classe, demora muito para pensar;
- esquece o conteúdo da matéria, não fixa a aprendizagem;
- não tem hábitos de estudo, é desorganizado;
- não participa da aula, brinca muito;
- não tem sequências de aprendizagem;
- tem o hábito de colar e copiar dos colegas.

A matéria na qual o aluno apresenta maior rendimento é Artes, e, nas demais, o rendimento é baixo.

De forma geral, as dificuldades na aprendizagem de P1, segundo a professora, se dá por conta de seu comportamento, falta de atenção, de interesse, e de concentração; assim como falta de limites, respeito ao próximo e disciplina.

RESULTADOS DOS TESTES:

TESTE 1 – TDE

Pré-intervenção:

O praticante apresentou certa dificuldade em entender as instruções, que por sua vez, foram explicadas mais de uma vez e de forma clara e pausada para facilitar seu entendimento. Após a certeza de que o praticante compreendeu todas as instruções e aceitou colaborar, o teste foi iniciado.

No subteste da Escrita e de Aritimética, P1 não obteve pontos satisfatórios, tendo sua classificação como inferior à sua classe (2ª série), à sua idade, e inclusive à classe anterior (1ª série). Ele conseguiu apenas escrever o seu nome; nas outras palavras, ditadas, ele trocou todas as letras, e, após a sexta palavra, a aplicadora passou para o próximo subteste, no qual também não houve acertos, apenas um. Tendo, então, a não classificação de seus escores por falta de pontuação.

No subteste da leitura, P1 não conseguiu ler nenhuma palavra, sendo assim, não pontuou, e seu resultado foi insatisfatório.

TESTE 2 – d2 – Atenção Concentrada:

Pré-intervenção:

De acordo com seu rendimento no Teste d2 – Atenção Concentrada, o praticante apresentou um escore inferior no total de itens analisados, ou seja, não apresenta rapidez ao realizar tarefas que exijam atenção. Sua porcentagem de erros foi elevada, significando um número alto de marcações erradas.

Por meio da distribuição de erros, pudemos observar que os erros aumentaram gradativamente após a parte inicial da atividade (após a linha 5), indicando a presença de dificuldade para manter atenção e concentração nas tarefas propostas; já a sua Amplitude de Oscilação obteve um percentil elevado, o que sugere que, mesmo considerando seus baixos escores, P1 apresenta variação no seu ritmo de trabalho e capacidade de concentração.

TESTE 3 – Escala de TDAH – versão para professores:

Pré-intervenção:

De acordo com a percepção da Professora, P1 apresenta comprometimento severo em relação ao Déficit de Atenção, Hiperatividade/Impulsividade, Problemas de Aprendizagem e Comportamento Antissocial. Os escores deste aluno obtiveram porcentagem máxima em todos os quesitos citados acima.

Dentre as características do Déficit de Atenção de P1, pode-se citar as que mais chama a atenção, como: sua desorganização nas lições de classe e do caderno; falta de respostas claras e coerentes ao professor; não segue o ritmo da classe; não trabalha independentemente; não presta atenção às explicações do professor e nem a uma mesma coisa durante muito tempo; perde e esquece objetos escolares; distrai-se facilmente; nunca termina o que começa; esquece o que acabou de ser dito e tem dificuldade para concentrar-se.

Das características da Hiperatividade/Impulsividade, chama a atenção o fato de que a professora concordou com todos os tópicos, sendo estes: mexe-se na carteira constantemente; age sem pensar; parece estar sempre ligado; é inquieto; levanta-se da carteira; atrapalha o professor com barulhos diferentes; tem sempre muita pressa; fala em demasia; não sabe esperar a sua vez e não parece ser uma criança tranquila.

Na questão de Problemas de Aprendizagem, o aluno, não rende o esperado em português; tem dificuldade para entender problemas de matemática; seu raciocínio lógico é lento; não escreve; não lê; não segue normas e regras da classe e fala com muitos erros, por vezes trocas vogais e consoantes em palavras.

No Comportamento Antissocial, os colegas da classe o evitam; irrita outras crianças; é agressivo e briguento; causa confusão em sala de aula; não respeita professores e não possui amigos.

Observações extras:

RELATO – observado pela Terapeuta juntamente com a Coordenadora, Orientadora e Professora de Língua Portuguesa do Praticante.

Pós-intervenção:

Durante a entrevista na escola, foi relatado pela coordenadora, orientadora e professora de Língua Portuguesa; sendo a última, a profissional que permanece mais tempo em contato com a criança; de que o pai do praticante se faz presente em sua vida escolar, que, a cada 15 dias, durante o recreio, vai até a escola visitá-lo, e por vezes frequenta as reuniões, às quais a mãe não comparece, a mãe vai à escola, às vezes, quando chamada por conta de reclamações sobre o comportamento da criança.

Foi-lhes perguntado se essa pessoa, dita como “pai”, não seria o padrasto; mas a escola não tinha conhecimento que havia um padrasto na vida da criança, e dizem ter certeza de que este homem é mesmo o pai (foi feita uma comparação de características físicas do homem que vai a escola e do homem que o leva à Equoterapia e constatou-se que são duas pessoas diferentes). Segundo a mãe, quem cuida da criança durante o dia é uma babá que a ela mesma contratou. Mas, de acordo com o questionário respondido pela mãe para a terapeuta da Equoterapia, o cuidador diário da criança é o padrasto.

Como se pode perceber existem divergências entre a realidade da escola e a realidade relatada pela mãe, e vista na Equoterapia.

A criança afirma que o padrasto é quem cuida dele durante o dia, e enfatizou que raramente fica com uma babá, e também confirmou que o pai vai à escola.

Sobre todas as divergências, e quaisquer outros assuntos sobre a criança, a mãe não foi questionada, mesmo porque esta não mais teve contato com a terapeuta.

A coordenadora da escola procurou a terapeuta para saber se havia acontecido algo, por conta de uma mudança brusca no comportamento escolar do praticante; ela afirmou que este voltou a ser agressivo, impaciente, impulsivo, desatento, perdeu a vontade de aprender, faz pouco caso e não respeita professores e colegas, destrói e perde seu material escolar, não para sentado em sua carteira, está sempre de “cara fechada”. Esta relata que, no período de volta às aulas, final de Julho, e nos meses de Agosto e Setembro, o aluno estava parecendo outra criança, permanecia sentado durante as aulas, estava começando a ler e a escrever, conseguia brincar com outras crianças sem agredi-las, respeitava a autoridade do professor, estava mais cuidadoso com seu material, bem como com suas lições do caderno, segundo a coordenadora, a criança parecia ser uma criança tranquila e feliz.

Esta criança começou sua participação na Equoterapia/Equitação Terapêutica no final de junho, e foi mantida uma rotina, já que este não faltava às sessões, então, de acordo com o relato da escola e do padrasto, que o acompanhava, obtivemos um quadro de evolução rápida sobre o comportamento dele.

Ao início da intervenção, o padrasto não conversava com a equipe de atendimento, chegava, sentava na varanda de espera, sempre muito sério, e ficava lendo revistas ou atento ao seu celular, após algumas sessões o seu comportamento mudou, este, ao chegar, começou a falar bom dia à equipe, com sorriso no rosto, e permanecia na cerca da pista, filmando e incentivando o praticante. A cada sessão podíamos observar a proximidade e companheirismo entre os dois, este também trazia relatos sobre melhoras e evoluções no comportamento do praticante em ambiente familiar e social.

Na última semana do mês de Setembro, e no início do mês de Outubro, o praticante faltou quatro sessões sem justificativa. Então veio em uma sessão, a qual o padrasto chamou a terapeuta para conversar. Nessa conversa este disse que a mãe do praticante não estava enxergando melhora alguma, e que apesar de o padrasto apontar todas as melhoras visíveis no comportamento dele, ela estava se opondo à continuidade desta prática.

O padrasto, demonstrando estar bastante chateado, chorou e afirmou que não sabia mais o que fazer; que eles estavam brigando muito, e um dos motivos era sobre a Equoterapia, o qual ele era a favor, por estar vivenciando de perto as melhoras obtidas, mas ela continuava contra. Ele também relatou que ela é que era o problema, por não ter paciência com o próprio filho, disse que ela apenas grita com o menino, não lhe dá atenção e o trata como se fosse um “peso”.

Durante a sessão, o praticante afirmou, e enfatizou que estava com muitas saudades das terapeutas, dos animais, das brincadeiras, e que se ele pudesse gostaria de estar ali todo o tempo, disse também que sabia que este processo terapêutico o ajudava a melhorar.

Relembrando o processo de início, de adaptação e aceitação de P1 em relação à intervenção terapêutica, da dificuldade de formação de vínculo com a equipe e com o animal, e com todas as suas características iniciais de comportamento, pudemos perceber, por meio de suas demonstrações de afeto e comentários, que este sentiu falta de frequentar as sessões e se mostra ansioso por saber que sua mãe não concorda com este.

Após esta sessão, o praticante não mais compareceu ao Centro de Equoterapia. Por vezes a terapeuta tentou entrar em contato com a mãe e com o padrasto, mas estes não atendiam as chamadas e não respondiam aos recados.

Ao final de todo o processo de coleta de dados, de avaliações pré e pós-intervenção, a psicóloga foi até a escola deste praticante e fez a entrevista posterior à intervenção, assim como fez com todos os outros praticantes envolvidos, dando continuidade ao procedimento desta pesquisa. As mesmas profissionais estavam presentes, fizeram um breve relato de como o aluno era antes, durante os dois meses que frequentou a Equoterapia, e outro relato referente ao período após ter sido interrompida a terapia.

Obs.: observação relatada pela professora, orientadora e coordenadora da escola:

Pós-intervenção:

Durante os 2 meses que P1 frequentou a Equoterapia, ele havia melhorado em relação à disciplina, apresentava interesse nas atividades e em aprender, permanecia em seu lugar, estava menos agressivo, respeitava os professores e colegas de sala, conseguia esperar a sua vez, prestava atenção durante as explicações, parecia estar mais tranquilo, demonstrava afeto e aceitava carinho, buscava terminar uma atividade para depois começar outra, procurava a

professora para fazer perguntas e seu relacionamento com toda a classe melhorou, ele estava mais calmo. Em algumas situações as quais era preciso chamar-lhe a atenção, a coordenadora lhe ameaçava dizendo que ia ligar para a terapeuta da Equoterapia, e então por vezes ele parava de fazer a “arte” que estava fazendo, pedia desculpas e mais uma chance, para que ela não ligasse.

Após ter parado a Equoterapia seu comportamento regrediu. P1 voltou a ser agressivo e a brigar com seus colegas por motivos inexplicáveis, demonstra estar o tempo todo irritado, parece estar sempre em seu limite, com raiva das coisas e pessoas, não pára sentado, não faz as atividades, não respeita aos professores, nem orientadora, nem coordenadora e tampouco à direção da escola, totalmente desorganizado, atrapalha todo o rendimento da classe e dos colegas e é descuidado com seu material, rasga cadernos, estraga livros e perde objetos. Em outra situação a qual foi necessário lhe chamar a atenção, a coordenadora ameaçou ligar para a terapeuta da Equoterapia, e então ele pediu para que ela ligasse, inclusive, (ênfatizou a coordenadora) P1 empurrou o telefone em direção a ela e insistiu para que ela fizesse a ligação, a coordenadora interpretou esse ato como um pedido de ajuda, então ele disse: “Fala para a tia Camila vir me ajudar e me buscar!”. Foi assim que a escola teve conhecimento de que ele não mais estava frequentando a Equoterapia, então perguntaram para o aluno porque não estava participando das sessões, por fim ele disse: “A minha mãe falou que é muito caro fazer este tratamento, e não vai mais me levar porque ela não tem como pagar” (obs.: todo o processo terapêutico em Equoterapia/Equitação Terapêutica, para as crianças que participaram desta pesquisa foi totalmente gratuito, não foi falado em momento algum sobre cobrança pelos atendimentos).

As profissionais da escola, de P1, concordaram e afirmaram que o “aluno está pior do que antes”; e que a Equoterapia estava ajudando muito, não só ao aluno, como também à convivência e aprendizagem de todos em sala de aula. Elas disseram: “Estávamos esperançosas quanto à melhora dele, mas em seguida, ele parou o tratamento e regrediu novamente, é como se voltássemos à estaca zero.”.

Disseram também que a mãe do aluno é sempre chamada na escola, mas esta não comparece. Omite-se e não demonstra interesse no processo de aprendizagem e no comportamento de seu filho.

Obs.: não foi possível fazer a aplicação dos testes de P1 pós-intervenção devido a interrupção da participação deste.

DESCRIÇÃO DAS SESSÕES:

Mês 1:

O primeiro contato: a mãe, acompanhada do padrasto, chegou com a criança no local dos atendimentos da pesquisa. Foram recebidos pela Psicóloga responsável, que por sua vez se apresentou e perguntou o nome do participante, este não respondeu e olhou com uma expressão forte, demonstrando que era bravo; a terapeuta perguntou novamente seu nome, este reagiu da mesma forma, então olhou para sua mãe, e exigiu, com palavrões, que esta falasse seu nome, então a mãe respondeu para a terapeuta o nome da criança.

A terapeuta, acompanhada pela mãe, dirigiu-se à sala reservada para as avaliações para conversar com a mãe. Foram dadas todas as explicações sobre a pesquisa, os devidos Termos foram assinados. Quando foi iniciado o Questionário para Pais, o padrasto chamou a mãe porque a criança estava muito nervosa do lado de fora. Então, foi marcada uma data e horário para o início da intervenção terapêutica, e para o preenchimento do Questionário que ficara incompleto.

Ao sair da sala a terapeuta tentou novamente uma aproximação com a criança. Perguntou-lhe se este gostava de animais, ele respondeu que não; perguntou então se gostava de cavalos, ele novamente respondeu que não. A terapeuta explicou-lhe que ele iria fazer aulas com brincadeiras em cima de um cavalo, ele expressou curiosidade, ela deu mais algumas explicações sobre o assunto, e então perguntou se ele teria interesse e vontade de tentar, ele respondeu que sim, mas continuava com sua expressão de “bravo”.

A terapeuta se despediu e disse que esperava por ele no dia combinado, ele perguntou se não seria naquele momento, ela disse que não, que a aula seria em outro dia, e em outro horário. A criança se pôs muito nervosa e começou a “xingar” sua mãe e seu padrasto, e dizer que não deviam tê-lo trazido se não era pra fazer nada. E assim, “xingando” a todos, a família foi embora.

O Questionário foi respondido pela mãe, juntamente com o padrasto e um dia, o qual não houve atendimento.

Na data e horário marcados, o padrasto chegou à companhia de P1, ambos com a expressão fechada. A terapeuta cumprimentou-os, apenas o padrasto respondeu, e de maneira muito séria. A terapeuta pediu que eles esperassem no local de espera, anteriormente apresentado a eles, pois faltavam 5 minutos para o início de sua sessão. Eles sentaram, um longe do outro e esperaram.

Ao início de sua sessão, a terapeuta chamou P1 para lhe apresentar o material, o cavalo, e fazer as devidas explicações de segurança. Ele reagia de forma como se não lhe importasse todas aquelas palavras. Foi-lhe chamada a atenção várias vezes, para que prestasse atenção às explicações.

O cavalo foi colocado, por um auxiliar guia, rente à rampa. O praticante subiu à rampa, sempre ao lado da terapeuta, passou a mão no cavalo durante 5 minutos, momento este o qual a terapeuta o deixou à vontade, e lhe disse que hora que estivesse pronto para montar para avisar, porque seria explicado como fazer, e ela o auxiliaria.

Após esses 5 minutos, ele teve a iniciativa de tentar sozinho, então a terapeuta o segurou e repetiu, “quando você estiver pronto para montar me avisa, vou te explicar e te ajudar”, então ele disse to pronto. Ela explicou e o ajudou a montar.

Ainda com o cavalo parado, ele começou a repetir que estava com medo, (neste momento, apesar de falar que estava com medo, o praticante tinha em seu rosto uma expressão tranquila). A terapeuta o acalmou e começou a perguntar sobre seu contato com animais, então, o auxiliar guia foi orientado para que começasse, de forma lenta, a andadura passo; o praticante demonstrou ter ficado tenso, mas em seguida relaxou.

Foram 20 minutos de sessão. O praticante todo o tempo com expressões fechadas, e não quis experimentar nenhum dos exercícios.

Durante a sessão, o padrasto ficou ao fundo do local de espera, mexendo em seu celular, em momento algum olhou para o picadeiro.

Ao descer do cavalo foi pedido para que P1 se despedisse do animal, ele olhou para a equipe e disse que não, então saiu correndo para o lado de fora do picadeiro.

A terapeuta disse então que esperava por ele na próxima aula, e se despediu dele e do padrasto, nenhum dos dois responderam.

Na sessão seguinte, ao chegarem, a terapeuta esperou para ouvir deles os cumprimentos, eles não disseram nada, o participante se direcionou à caixa com capacetes e o padrasto foi sentar no local de espera. A terapeuta falou então bom dia e perguntou como estavam, se haviam

passado bem a semana, o padrasto respondeu “bem”, e P1 olhou para ela, com a mesma expressão fechada dos outros dias, e disse “vamos logo, já estou com o capacete”. A terapeuta lhe explicou a importância de cumprimentar as pessoas, de dar bom dia e etc. então pediu para que ele lhe desse um beijo e um abraço de bom dia, este o fez, em seguida foram para o cavalo.

A sessão, também de 20 minutos, foi boa, apesar de que para todos os comandos, P1 dizia primeiramente “não”, mas independente de sua dificuldade completava os exercícios.

Neste primeiro mês, apesar de seu comportamento difícil, o praticante teve uma grande evolução. Começou a ser educado e demonstrou que gosta muito de carinho, estes representados de qualquer forma, inclusive quando lhe é chamada a atenção, ele entende isso como proteção, aprendeu a dizer por favor, obrigada, a cumprimentar e a despedir-se, começou a sorrir e parecia se divertir em cima do cavalo.

O padrasto também começou a assistir as sessões, e incentivá-lo perante algum progresso em cima do cavalo, passou a tirar fotos e a filmar, ao chegar, vinha falar bom dia à equipe; e por suas próprias declarações, disse que o relacionamento entre ele e seu enteado havia melhorado muito, disse também que, após o início da Equoterapia, havia surgido uma amizade e companheirismo entre eles, coisa que antes não havia, ele declarou que padrasto e enteado mal se falavam.

O padrasto revelou também algumas mudanças que já haviam acontecido em ambiente familiar, em relação ao seu comportamento. “Ele parou de responder com “xingamentos” às pessoas de casa, não jogou mais o que tinha nas mãos quando está nervoso, parece que ele está se controlando antes de falar e de agir”, disse o padrasto. Afirmou também que essas mudanças estavam ajudando a melhorar o clima tenso que existia dentro de casa.

As evoluções em relação à montaria: o praticante começou a realizar os exercícios de giro de braço, giro completo sobre a sela, mão direita no pé esquerdo e vice-versa, deitar para frente e para trás no cavalo, e fazer toda a aula com apenas um auxiliar lateral.

Mês 2:

O praticante demonstrava estar familiarizado com todo o esquema de aula, já em um processo de Equitação Terapêutica, ou Equoterapia pré-esportiva. Ao chegar, vinha correndo e gritando o nome da terapeuta, lhe dava um abraço, beijos, e então se preparava para montar. Seu padrasto chegava sorrindo em todas as sessões, falava com todos os membros da equipe e assistia às sessões ao lado da cerca do picadeiro com a máquina fotográfica em mãos.

Os graus de dificuldade nos exercícios de montaria aumentavam de acordo com as limitações do praticante. Eram feitos exercícios de rédeas com curvas, paradas e retomada da andadura passo, ainda com a presença do auxiliar guia. Após esta etapa, o praticante começou a dominar e guiar o seu próprio cavalo, ainda sob manta, a sela seria o próximo passo. Quando isso aconteceu, de P1 guiar sozinho o seu cavalo, ele expressava muita euforia, alegria, como se fosse uma vitória única em sua vida, assim como o padrasto, filmando, ficou emocionado. P1 gritava o nome de seu padrasto para mostrar o que havia conseguido, este respondia que estava filmando, foi um momento que pudemos perceber o quão forte estava a ligação entre eles.

Assim foram as próximas sessões. Muitas evoluções a cada aula, P1 demonstrava muito interesse, fazia perguntas, e com atenção e concentração se empenhava em melhorar e cumprir com os objetivos de cada aula.

Mês 3:

O participante faltou a três sessões consecutivas, então a terapeuta tentou entrar em contato com a mãe e com o padrasto, mas não obteve resposta. Desde então o praticante não participou mais do processo terapêutico oferecido por este estudo.

PARTICIPANTE 2 – P2:

ANAMNESE – respondida pela mãe do praticante:

Pré-intervenção:

P2 nasceu no dia 31 de agosto de 1997, sexo masculino, natural de Naviraí, MS. Reside, em casa própria, com sua mãe (38 anos), Ensino Superior completo, advogada; com seu padrasto (39 anos), Ensino Superior completo, administrador de empresa; e com um meio irmão (1 ano). Seu pai (39 anos) reside em Naviraí, MS tem o Ensino Médio incompleto e é empresário.

Geralmente, nas férias, P2 visita seu pai, e demonstra gostar muito, a mãe afirma ainda que, quando seu filho vai para a casa do pai, não quer voltar para Campo Grande, “ele chora muito”.

A mãe engravidou com 24 anos, foi planejada e os pais reagiram com felicidade. A mãe não tinha preferência de sexo, mas o pai queria um menino. Mas quando P2 tinha 5 anos de idade, os pais se divorciaram, ele ficou com a mãe e reagiu normal. Após alguns anos, a mãe casou novamente e em seguida o pai; reagiu bem ao casamento da mãe, mas não gosta muito da nova esposa do pai.

Em relação ao seu desenvolvimento, a mãe afirma as fases aconteceram precocemente; ele sustentou a cabeça com 4 meses, sentou-se aos 5 meses, andou aos 8 meses e começou a falar com 11 meses.

Com 1 ano e meio, P2 iniciou sua vida escolar. Hoje cursa o 7º ano de uma escola Particular, vai e volta de Van (transporte escolar). A mãe afirma que seu filho não gosta de estudar, mas gosta da escola, e dos 33 colegas de sua classe, e reclama bastante dos professores, ele diz que estes o perseguem.

Diante do sucesso da criança, a mãe relata que, este recebe muitos elogios e recompensas, mas diante do fracasso, que no caso, geralmente é por reclamações do seu comportamento na escola e notas baixas, ela diz que já não há repreensões, apenas comentários por serem situações rotineiras.

Sua sociabilidade é boa, alega a mãe. P2 gosta de brincar com amigos, faz e recebe visitas à casa de seus amigos, e tem muita facilidade de fazer novos amigos. Suas diversões geralmente são ao ar livre, bicicleta, jogar bola, brincadeiras que tenham muito movimento, e quando dentro de casa, a televisão.

Em suas atividades fora da escola, a mãe sempre exigiu que houvesse um esporte, ele já praticou judô, capoeira, tênis, e futebol. E como outras atividades, P2 já iniciou aulas que inglês, guitarra, entre outras, mas nunca permanece. Hoje ele frequenta a catequese e Kumon, por serem atividades exigidas pela mãe.

A criança não gosta de estudar e não fica muito tempo no computador, é impaciente para tal, indaga a mãe.

Demonstrou curiosidade sexual por meio de perguntas aos 8 anos. Perguntas estas as quais a mãe sempre respondeu de forma breve.

Em relação à sua Saúde, a mãe conta que, aos 7 anos de idade, ele ficou internado por 20 dias devido à cirurgia de Apêndice. Ela conta também duas situações as quais teve que levá-lo ao hospital por ter sofrido duas quedas, a primeira foi do triciclo, na qual este quebrou 2 dentes frontais; a segunda foi da estante de brinquedos, e este teve que ficar em observação por ter batido a cabeça. Fala da mãe: “desde pequeno ele é muito agitado, não parava quieto um minuto”.

P2 faz uso do Metilfenidato LA 20 mg desde seus 5 anos de idade.

A mãe descreve seu quarto como seu local de estudos e de brincadeiras; pois este é um ambiente amplo, arejado, possui uma bancada para estudo, e é onde estão a maioria de seus brinquedos, além de televisão, computador, DVD.

Quando a família faz visitas ou recebe, ele se comporta bem, é educado e participativo.

A relação entre P2 e a mãe sempre foi próxima e amigável, ultimamente está desgastada por conta de muitos atritos devido problemas na escola. A relação entre ele e o padrasto é amigável e carinhosa, assim como com seu irmão materno, com os irmãos paternos, há uma relação de ciúmes, então existem frequentes brigas. Já a sua relação com o pai, que mora em outra cidade, é bastante conturbada, com a presença de promessas não cumpridas, atrasos e ausência. Entre o pai e a mãe, ela enfatiza que não há diálogo.

Pela descrição da mãe, podemos notar que os comportamentos característicos de P2 são típicos do TDAH. A criança é agitada, desatento, interrompe conversas as quais ele não está participando, repete assuntos diversas vezes, é insistente quando quer algo, tem sempre muita pressa, mas demonstra carinho e é educado.

Seus interesses são suas diversões, como: correr de kart, desenhar, encontrar os amigos, e demonstra estar entusiasmado com a Equitação Terapêutica.

Sua rotina é cheia de atividades, no período matutino, ele vai à escola, e no vespertino, sempre tem atividades. Nos fins de semana gosta de sair e brincar.

Mãe: “Espero que a Equoterapia o acalme, que lhe ajude a concentrar-se, que ajude em seu comportamento.”

RELATO – respondido pela mãe de P2:

Pós-intervenção:

Mãe: “P2 parece estar mais tranquilo após o tratamento com a Equitação Terapêutica, em casa, ele respeita melhor, tanto a mim quanto ao meu marido (padrasto de P2), pára para ouvir quando lhe é pedido algo, ajuda com tarefas domésticas, passou a ter mais responsabilidade, faz as tarefas da escola sempre que mando, mas faz sozinho, pede ajuda e não desiste quando não consegue realizar algo, parece estar mais persistente. As reclamações da escola diminuíram muito. Estou satisfeita. Meu relacionamento com ele melhorou também.”

QUESTIONÁRIO – respondido pela professora de P2:

Pré-intervenção:

L.F.A., 29 anos, natural de Campo Grande-MS. Leciona há 7 anos. Com este aluno está desde o início deste ano. O relacionamento entre ambos é conturbado, a professora afirma que este

não a respeita, nem tampouco os outros professores; raramente respeita a orientadora. Entre a escola e os pais, no caso a mãe e o padrasto, que são presentes na vida escolar de P2, o relacionamento é tranquilo, são pessoas interessadas e atenciosas.

O comportamento deste aluno em sala de aula é caótico, afirma a professora. Ele é agressivo tanto com o professor quanto com seus colegas, não respeita as pessoas, sempre é mandado para a coordenação, geralmente em todos os tempos de aula, grita, já foi mudado de sala por perseguir e ser agressivo com uma colega, não termina as tarefas, não pára sentado, não presta atenção, atrapalha o andamento da aula e o rendimento de seus colegas, tem muita dificuldade de concentração.

Em horário de recreio o aluno é observado com atenção, mas não traz grandes problemas, sempre fica com seus amigos. Sua sociabilidade é boa.

P2 é repetente do 7º ano do Ensino Fundamental, e mudou de escola, é o primeiro ano dele nesta instituição.

Nos aspectos Psicossociais, segundo a professora, o aluno brinca sempre com outras crianças, é participativo, sempre lidera o grupo e é briguento. Gosta de elogios e demonstra carinho como afeto. Quando repreendido, ele “xinga” e discute.

Suas reações emocionais indicam que P2 é agressivo, agitado, nervoso, ansioso, impulsivo, descuidado, expansivo e amoroso. Quando contrariado diante de seu fracasso, ele revolta-se e agride verbalmente. Quando provocado, ele reage com agressão para defender-se. É uma criança que apresenta instabilidade emocional, procura sempre atrair atenções e é autoritário, impõe sua opinião.

Informações referentes à sua aprendizagem, segundo a professora: o aluno não procura aprender e não aprende com rapidez, é desinteressado, desatento e dispersivo, tem dificuldade no vocabulário para fazer produções de texto, precisa seguir com os dedos, gagueja e tem dificuldade para ler, dificuldade para raciocínio aritmético, não consegue decorar tabuadas, não acompanha a classe, demora para pensar, não é capaz de passar de uma atividade concreta para uma abstrata, mas forma conceitos e aplica o que lhe é ensinado, faz sínteses, faz redação, soletra e se expressa com clareza.

P2 não tem hábitos de estudo, brinca muito, não participa da aula, não tem motivação em aprender. Suas maiores dificuldades, em relação às matérias, estão em Português e Matemática, e este apresenta maior rendimento em Artes e Redação, por ser muito criativo.

Suas dificuldades em geral são a falta de atenção, de memorização, de concentração, e seu comportamento hiperativo e impulsivo.

Observação da professora: “Todos os dias é necessário mandá-lo para a coordenação por conta de seu comportamento. Ele atrapalha a aula todo o tempo.”

RELATO – respondido pela professora (L.F.A., 26 anos, Língua Portuguesa) de P2:

Pós-intervenção:

Professora: “P2 está menos agitado, mais prudente em suas atitudes, quando lhe era chamada a atenção, era necessário que o fizesse 10 vezes, hoje, ele respeita com apenas 1 chamada, está mais seguro de si. Nos últimos meses seu humor oscilou bastante, houveram dias os quais ele estava apático e em outros agitado. Mas em geral, apesar de ter ficado para a recuperação de algumas matérias, devido as suas notas no primeiro e segundo bimestre, ele apresentou melhoras consideráveis em relação ao seu comportamento, atenção, ao seu emocional, parece estar mais maduro.”

RESULTADOS DOS TESTES:

TESTE 1 – Teste de Desempenho Escolar – TDE

Pré-intervenção:

As instruções foram dadas de forma clara e objetiva, P2 demonstrou ter compreendido então o teste foi iniciado.

No subteste da Escrita, dentro da classificação por série/ano, P2 obteve resultado médio, já de acordo com a classificação por idade, este resultado é superior. No subteste de Aritmética, este obteve escores inferiores tanto em relação à sua série/ano, quanto em relação à sua idade. No subteste da Leitura, este apresentou escore médio de acordo com sua série/ano e inferior em relação à sua idade. Tendo este como resultado geral uma classificação inferior.

Pós-intervenção:

O teste foi iniciado após P2 ter demonstrado entender as instruções, estas dadas de forma clara e objetiva.

P2 obteve escores superiores de acordo com a classificação por idade em todos os subtestes. Já de acordo com a classificação por série/ano, este apresentou resultado médio no subteste da Escrita, médio do subteste de Aritmética e superior no subteste da Leitura. Apresentando assim uma evolução significativa em seu desempenho escolar.

Conclusão do TDE:

Comparando os resultados pré e pós-intervenção de P2 no teste TDE, podemos concluir que este apresentou uma evolução significativa em seu Desempenho Escolar. Seus escores no subteste da Escrita foram mantidos, médio/superior; no subteste de Aritmética estes passaram de inferior/inferior para médio/superior; e no subteste de Leitura, seus resultados foram de médio/inferior para superior/superior. Tendo seu resultado geral evoluído de inferior/inferior para médio/superior.

Obs.: as palavras separadas por “/” estão divididas por classificação:
de sua série/ano “/” e de sua idade.

TESTE 2 – d2 – Atenção Concentrada:

Pré-intervenção:

Após a explicação das instruções, e do treinamento com a linha de exercício dada pelo teste, e da confirmação de entendimento por parte do praticante, o teste foi iniciado.

Nos resultados, podemos observar que sua rapidez em trabalhos que lhe exijam atenção é média inferior e que sua atenção concentrada é média. Na distribuição de seus erros, podemos observar que estes ocorrem em maior quantidade no intermédio da atividade, e que a maioria destes são erros de omissão, mas existe também um número considerável de erros por marcação, o que indica a presença de sua falta de atenção; ou seja, sua rapidez não está acompanhada de precisão. Sua Amplitude de Oscilação foi média, revelando certa variação em seu ritmo de trabalho e capacidade de concentração.

Podemos concluir então que P2, tanto de acordo com sua idade quanto de sua escolaridade, apresenta um nível de atenção concentrada médio inferior, não apresenta um ritmo de trabalho estável, principalmente no intermédio da atividade, e tem dificuldade para se concentrar.

Pós-intervenção:

Após as explicações, exercício e entendimento por parte do praticante o teste foi iniciado.

Seus resultados indicam que sua rapidez está em um nível médio superior, assim como sua atenção concentrada. Na distribuição de erros, podemos perceber que esta rapidez não está acompanhada de precisão, sendo estes todos de omissão, havendo apenas um de marcação, o que indica que o praticante estava atento à atividade. Sua Amplitude de Oscilação foi média superior, caracterizando pouca variação em seu ritmo de trabalho e capacidade de concentração.

Então, podemos concluir que P2 obteve resultados esperados de acordo com sua idade e escolaridade, estando em uma faixa de rendimento médio superior. Junto à sua rapidez, apesar de não ser acompanhada da precisão, estão bons resultados para a sua atenção concentrada e pouca variação em seu ritmo de trabalho, assim como em sua capacidade de concentração.

Conclusão do D2:

Fazendo uma comparação nos resultados das aplicações pré e pós-intervenção de P2, podemos concluir que houve uma evolução nos itens avaliados.

Após a intervenção terapêutica, houveram melhoras relacionadas à sua atenção concentrada, capacidade de concentração, estabilidade de rendimento em trabalhos que exijam atenção e uma redução considerável dos erros de marcação, que indicam falta de atenção.

TESTE 3 – Escala de TDAH – versão para professores:

Pré-intervenção:

Segundo a professora de Língua Portuguesa, P2 é repetente do 7º ano do Ensino Fundamental. Tem seu comportamento agitado, apresenta dificuldade de atenção/concentração e dificuldades para aprender.

Nos quesitos avaliados por esta Escala, sendo estes: o Déficit de Atenção, a Hiperatividade/Impulsividade, Problemas de Aprendizagem e Comportamento Antissocial; aluno obteve percentil máximo em todos estes itens; indicando a presença do Transtorno.

Em questões sobre o Déficit de Atenção, podemos concluir que o aluno tem dificuldade em acompanhar a classe, não presta atenção às explicações, não é atento às lições, perde e esquece objetos, nunca termina o que começa, tem dificuldade para concentrar-se.

Nas questões sobre Hiperatividade/Impulsividade, o aluno demonstra ser inquieto, não pensa antes de agir, ou seja, é impulsivo, levanta-se frequentemente da carteira, está sempre com pressa, fala em demasia e atrapalha o professor com barulhos diferentes.

Em Problemas de Aprendizagem, este não rende o esperado em português, tem dificuldades em entender problemas de matemática, sua caligrafia é desleixada, não gosta de fazer exercícios que exijam raciocínio, é desatento ao escrever e ler, sendo assim, comete muitos erros na escrita e na leitura, tem dificuldade para a compreensão de textos e não segue regras e normas da classe.

Seu Comportamento Antissocial se caracteriza por P2 ser evitado pelos colegas, irritá-los com suas palhaçadas, brigas em excesso, causar constantes confusões em sala de aula, não respeitar os professores e não possuir muitos amigos.

Pós-intervenção:

Segundo a Professora de Língua Portuguesa, P2 não mais apresenta um comportamento agitado, sua atenção/concentração melhorou bem como sua dificuldade em aprender.

No quesito de Déficit de Atenção seu percentil obteve classificação mediana e/ou dentro da expectativa. A professora afirma que P2 está organizado com suas lições do caderno, segue o

ritmo da classe, começou a estar atento às lições do caderno, trabalha independentemente, consegue prestar atenção às explicações, termina todas as atividades que começa, consegue concentrar-se com mais facilidade.

Em relação à Hiperatividade/Impulsividade, seu percentil também se classificou como mediano e/ou dentro da expectativa. P2 começou a pensar antes de agir, ou seja, houve uma diminuição significativa em sua impulsividade, parece estar mais tranquilo e calmo, sabe esperar a sua vez, não mais atrapalha o professor com barulhos, não levanta da carteira durante a aula, mas continua falando em demasia.

Em Problemas de Aprendizagem, seu percentil foi abaixo da expectativa, ou seja, apresenta menos problemas que a maioria dos indivíduos com a mesma idade.

E, em Comportamento Antissocial, seu percentil foi mediano e/ou dentro da expectativa. Os colegas da classe não mais o evitam, possui amigos, não mais os irrita, não houve mais casos de brigas que envolvam P2, e começou a respeitar os professores.

Conclusão da Escala de TDAH:

Comparando os resultados das aplicações pré e pós-intervenção, podemos concluir que P2 obteve melhoras significativas em relação ao seu Déficit de Atenção, Hiperatividade/Impulsividade, Problemas de Aprendizagem e Comportamento Antissocial.

Na aplicação pré-intervenção, de acordo com as respostas de sua professora, P2 obteve percentil máximo nas áreas avaliadas pela escala, confirmando a presença do transtorno. Já na aplicação pós-intervenção, este obteve percentil classificado como mediano, ou seja, dentro da expectativa da normalidade para o seu sexo e escolaridade.

Podemos então concluir que, para P2, a Equitação Terapêutica trouxe benefícios relacionados à Atenção, Comportamento, Aprendizagem e Comportamento Social.

DESCRIÇÃO DAS SESSÕES:

Mês 1:

A primeira sessão iniciou-se com instruções de segurança referentes aos cuidados que devemos ter por estar lidando com um animal. Então foram apresentados os materiais de trabalho e de proteção; e, logo após estes procedimentos foi feita a primeira aproximação do praticante com o cavalo. P2 demonstrou ansiedade e insegurança, e por vezes disse estar com medo, mas não demonstrou esse sentimento, e se aproximou do cavalo sem problemas, fez carinho e abraçou o animal.

Nesta sessão foi usada a manta para a montaria, material este que, por ser flexível e macio, permite com que o praticante sinta todos os movimentos do animal. Após 15 minutos de sessão, ao passo, o praticante, instruído pela terapeuta, fez alguns exercícios para explorar a “montaria”, se familiarizar e relaxar. Ao final da sessão, o praticante parecia estar confiante e orgulhoso daquilo que havia feito.

Nas sessões seguintes, P2 demonstrava ansiedade antes de subir no cavalo, tinha sempre muita pressa, por vezes, chegava mais cedo e não sabia aguardar a sua vez, assim como se esquecia de cumprimentar as pessoas que estavam no local; era necessário lhe chamar para dizer: “boa tarde” e/ou “como vai?”.

Neste primeiro mês, P2 fez exercícios de equitação, tais como giro de braço, giro completo sobre a manta, deitar para frente e para trás, estes com o cavalo parado; e, suas sessões foram acompanhadas por um auxiliar guia e um lateral.

Mês 2:

No segundo mês, podemos afirmar que já havia um vínculo entre o praticante e a terapeuta, assim como deste com o cavalo.

P2 chegava ao local dos atendimentos, abraçava a terapeuta e fazia perguntas como “tudo bem?”, assim também fazia com toda a equipe. E, se chegava antes, este se sentava à mesa de espera, já com seu capacete em mãos e esperava sua vez.

Nas sessões, P2 completava todos os exercícios do primeiro mês, e alguns novos como abandonar e retomar acento, estes com o cavalo parado e com os auxiliares; e ao final das sessões, o praticante começou a receber instruções de como guiar seu próprio cavalo. Com duas aulas, P2 já guiava seu cavalo.

Nas últimas sessões deste mês, os exercícios começaram a ser executados ao passo, com o acompanhamento dos auxiliares.

Mês 3:

No terceiro mês, o grau de dificuldades dos exercícios foi aumentado, e estes realizados ao passo apenas com um auxiliar lateral e com o praticante guiando o cavalo.

Foi notada uma melhora significativa em relação a autoestima do praticante, bem como autoconfiança, nível de ansiedade antes, durante e logo após a montaria, segurança, respeito à figura da terapeuta e à equipe.

Por vezes, P2 respondia ao receber um comando de exercício, este não gostava de fazer, dizia que não precisava daquilo; sempre que isso acontecia, lhe era explicado o porquê de cada exercício, assim como lhe era demonstrado, em movimento em cima do cavalo, para que este compreendesse a importância do treinamento contínuo dos exercícios. Após várias demonstrações, P2 concordou sobre a importância dos exercícios. Quando eram exercícios de maior dificuldade, a primeira reação deste era desistir, mas com constantes estímulos verbais, estes vindos da terapeuta, faziam com que ele, mesmo contrariado, continuasse tentando.

Instruções sobre técnicas de rédeas, e do uso da pressão das pernas, começaram a ser dadas e treinadas nas sessões. Para esses exercícios específicos foram usados cones, balizas, folhas de papel, bolas, cestas, e obstáculos de salto. Com estes exercícios são treinadas áreas como: equilíbrio e força muscular, além de foco de atenção e concentração; pois este para conseguir completar todas as etapas da atividade tem que estar concentrado em todos os movimentos do animal e percurso a ser realizado.

Obs.: a psicóloga responsável por este estudo entrou em contato com a escola de P2, e segundo informações relatadas pela Coordenadora responsável por sua classe, este começou a apresentar melhoras em seu comportamento, tanto em sala de aula quanto no horário do recreio. A coordenadora também destacou que em sala de aula, o aluno não causou mais confusão, disse que sua agressividade havia melhorado consideravelmente, este passou a copiar a matéria em seu caderno e a completar os exercícios.

Mês 4:

O quarto mês foi focado em treinamento de todas as etapas anteriores, pois para uma evolução adequada de montaria é necessário que se tenha uma base sólida de atividades primárias.

No decorrer das sessões, pudemos notar que o humor do praticante oscilava bastante; as vezes parecia estar desanimado, e as vezes eufórico em excesso.

Para entender melhor essa variável, foi marcada uma conversa com a mãe do praticante, que relatou algumas situações diárias em ambiente familiar; destacou a necessidade de chamar-lhe a atenção o tempo todo por conta de seu comportamento, que o prejudica na vida escolar e também na convivência com a família. Segundo ela, a relação entre eles está muito delicada, têm acontecido muitas brigas e discussões na família, até mesmo entre ela e seu marido, padrasto de P2.

A mãe afirma já não saber como agir, pois punições não resolvem, ele não se importa em ficar sem computador, ou vídeo game, ou até mesmo sem brincar; ela diz não ter mais paciência. Por vezes, até ligou para o pai de P2, o qual não mantém nenhum tipo de relação, mas segundo ela, ele não se importa e não a ajuda.

Toda essa instabilidade em ambiente familiar, provavelmente causada pela presença do transtorno, pode ser o motivo das oscilações emocionais do praticante.

Na última sessão do mês, a terapeuta iniciou um diálogo com P2, para entender melhor essa questão emocional. Aos poucos ele começou a contar uma estória de um “amigo” que tinha problemas com seu pai. Essa conversa foi esclarecedora de várias situações e tipos de respostas trazidas pelo praticante. Muitos de seus comportamentos agressivos podem estar relacionados com essa relação ausente de seu pai; este demonstrou angústia e revolta referindo-se ao pai de seu “amigo”.

Mês 5:

Nas sessões que decorreram a conversa sobre o pai do amigo, o praticante pareceu estar mais a vontade para conversar sobre as situações do seu dia a dia.

Começou a fazer os exercícios com determinação e persistência, sem tentar desistir; também pôde ser notada certa evolução de P2 em decorar percursos dados durante as sessões.

Neste mês foi dada a introdução da prática do trote, que envolve uma postura correta, posicionamento de pernas e pés, controle de rédeas e direção; sendo que para a execução e junção de todas essas técnicas é necessário que esteja atento a todos os movimentos simultaneamente.

No início, o praticante demonstrou certa dificuldade, por serem muitos comandos ao mesmo tempo, e por vezes se irritou com o cavalo, que segundo ele não andava (não andava por ser necessária a perfeita execução das técnicas que este entenda o que lhe está sendo pedido); nesta primeira tentativa o praticante não conseguiu manter um ritmo no trote; mas na sessão seguinte, o mesmo começou a melhorar seus movimentos, o que o estimulou a vencer o desafio.

Em todas as sessões são realizados os exercícios de equitação, sendo que estes têm o seu grau de dificuldade aumentado a cada vez em que o praticante evolui em seu movimento.

Na última sessão deste mês foi feita uma aula de vivência, onde o praticante aprendeu a alimentar o cavalo, colocar boçal, limpar e escovar, encilhar, como também o nome de todo o material utilizado, os quais lhe eram perguntados durante o processo; montou durante 20 minutos, levou o cavalo de volta às baias, desencilhou, escovou novamente, e deu-lhe banho.

Durante essa aula, o praticante se mostrou interessado, e demonstrou gostar do que estava fazendo, e cuidado com o animal.

Mês 6:

Neste mês foram feitos treinamentos dos movimentos e técnicas já aprendidos nos meses anteriores. O praticante continuou apresentando grande evolução na sua prática de montaria.

Além dessas melhoras observadas, pudemos notar um amadurecimento por parte do praticante. E por situações e assuntos trazidos por este pudemos perceber que estava mais tranquilo, menos ansioso, que estava pensando antes de agir ou falar; situações estas vividas tanto em ambiente familiar quanto em escolar. Suas brigas, na maioria verbais, na escola, diminuíram significativamente, bem como seu comportamento em sala de aula melhorou. Essas observações foram constatadas por informações contadas pelo próprio praticante e confirmadas por sua mãe.

Após o praticante estar executando bem todos os movimentos aprendidos, foi iniciado o galope, no qual P2 encontrou dificuldades para realizar; e seu humor mudou no mesmo momento. Sua expressão facial ficou fechada, e este demonstrou irritação e raiva, pois começou a bater no cavalo, que por sua vez não se manifestou.

Quanto à reação nervosa de P2 em relação ao cavalo, lhe foi chamada a atenção, e lhe explicado que se ele não conseguiu, não é o animal o culpado, que deveríamos rever verbalmente todos passos, para que possamos encontrar e corrigir o erro.

O praticante parou seu cavalo, e escutou atentamente às explicações, então se acalmou e tentou novamente, desta vez conseguiu; e ao finalizar pediu desculpas ao cavalo e à terapeuta por ter tido aquela reação, reconhecida, como desnecessária.

Obs.: a psicóloga contatou novamente a escola de P2, e segundo as informações da Coordenadora responsável por sua classe, o aluno mudou completamente sua postura em ambiente escolar. Este não mais apresenta dificuldades para prestar atenção nas explicações, completa os exercícios do caderno, não é mais agressivo, está menos ansioso, e respeita seus colegas e professores; informações estas que confirmam o conteúdo trazido pela mãe e por P2.

Mês 7:

Este mês foi iniciado com a adaptação à sela para a montaria. O praticante estava ansioso, pois visava esta situação como uma vitória, pois teria de ter cumprido todas as etapas anteriores para chegar a esse ponto.

Sua adaptação foi dentro da expectativa esperada, algumas reclamações no começo, pela diferença de movimentos e de material em contato com seu corpo; a sela é mais dura e escorregadia.

Os exercícios de equitação foram dados aos poucos, de acordo com a limitação do praticante. Os estribos (apoio para os pés) foram introduzidos na terceira sessão após o início do uso da sela; bem como o trote com todas as técnicas necessárias.

O praticante passou por novas sensações e desafios neste mês, mas respondeu bem a todos estes; por vezes dizia ter medo, e que não daria conta, mas ao fazer etapa por etapa, via que não seria tão difícil; e concluía por si só que poderia conseguir, situação esta expressada por ele mesmo.

Em seguida, neste mesmo mês foram iniciadas as instruções para o salto, considerado entre os praticantes um grande desafio.

O seu início no salto foi satisfatório, isso entendido por P2 como o resultado de alguns meses de esforço (relato do próprio praticante).

Em todas as sessões, como desde o início da intervenção, foram dados os exercícios de equitação e percurso.

Mês 8:

Este mês foi caracterizado pela prática do salto, ou seja, a junção de todas as técnicas aprendidas anteriormente. O praticante demonstrava certa facilidade em executar todos os movimentos, parecia estar confiante e seguro no que estava fazendo.

O praticante demonstrava muita satisfação na prática da montaria e no contato com o animal; dizia: “sentir livre e parecer voar quando estava saltando”.

Conclusão das sessões:

De acordo com as situações e características observadas, no decorrer do processo terapêutico de P2, pudemos notar evoluções consideráveis em seu comportamento, atenção, concentração, respeito ao próximo e à figura de professor, persistência, companheirismo, disciplina e responsabilidade, além de uma evolução física em relação à sua postura, equilíbrio e força muscular.

PARTICIPANTE 3 – P3:

ANAMNESE – respondida pela mãe do praticante:

Pré-intervenção:

P3 nasceu no dia 29 de setembro de 1999 (11 anos), sexo masculino, natural da cidade do Rio de Janeiro, RJ. Filho único, reside com sua mãe (42 anos), Ensino Superior Completo, Nutricionista, e com seu pai (41 anos), Ensino Superior Completo, segue carreira militar; vivem em uma casa do Exército Brasileiro.

Os pais de P3 contam que eram casados e que a gravidez foi planejada, quando souberam ficaram felizes, a mãe tinha 31 anos na época e não tinha preferência pelo sexo, mas o pai queria um menino.

Em relação ao seu desenvolvimento, os pais afirmam que aconteceu de forma e em tempo normal, ele sentou com 6 meses, andou com 1 ano e 4 meses e começou a falar com 1 ano. Hoje ele possui Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) em relação a simetria e limpeza.

Com 1 ano e 4 meses começou a frequentar a escola, hoje está no 5º ano do Ensino Fundamental. É a mãe quem o leva e o busca, de carro, da escola. Esta afirma também que P3 não gosta de estudar, mas gosta da escola, da professora e dos 22 colegas que estudam em sua classe. Diante de seu sucesso, a família agradece a Deus, fazem oração e recompensam; diante do fracasso eles sentam e conversam com o filho.

Sua sociabilidade, segundo os pais, é boa. P3 tem facilidade para fazer amigos, gosta de brincar com amigos, recebe estes em casa, mas, geralmente, não os visita por não ser convidado. “Com certeza por ser muito agitado.” (completa a mãe).

Suas diversões hoje são eletrônicas, computador, vídeo games, piscina e gosta de assistir televisão, mas relatam os pais, que P3 assiste a filmes ou programas de televisão em pé, se mexendo ou mudando de posição todo o tempo. Algo que ele não gosta é estudar e ser contrariado, é uma criança muito teimosa e insistente.

Como atividade extra, ele pratica o futebol, junto ao time da escola, mas até mesmo no esporte ele tem dificuldade por falta de atenção.

Os pais afirmam que perceberam curiosidade sexual quando pegaram P3 e uns amigos olhando páginas pornô na Internet, este tinha 7 anos; então compraram um livro que explica sobre o assunto e leram juntos.

P3 sofreu apenas uma cirurgia, quando tinha 3 anos, por conta de extrabismo. E o único acidente até hoje foi quando o cachorro mordeu a pele de seu testículo, que também foi um aprendizado, reforça a mãe, “ele não me obedeceu”. Na família não existem graves enfermidades, apenas que sua avó é hipertensa.

P3 faz uso do Metilfenidato LA 20 mg, no período da manhã e da tarde, quando vai à escola.

Seu local de estudos é organizado e ventilado, a mãe enfoca que, ele possui uma mesa somente para estudar; e brinca em outro ambiente, geralmente na sala por conta do vídeo game.

Quando recebemos visitas, se acompanhadas de crianças ele demonstra ficar feliz, quando somente adulto ele cumprimenta a todos e volta a fazer o que estava fazendo.

Os pais concordam quando afirmam que a relação entre a mãe e ele, assim como entre o pai e ele e entre os pais é tranquila e amistosa. A autoridade em casa é a mãe, mas na ausência dela, o respeito é o mesmo para com a autoridade do pai.

Seus comportamentos característicos, relatado pelos pais, são de que P3 parece ser uma criança feliz, mas desatento, desligado, não presta atenção em nada, é necessário que se repita pelo menos três vezes um comando, tem muita dificuldade de se concentrar, fala em demasia, é ansioso, por vezes agitado.

Uma das dificuldades descritas por sua mãe é para dormir, P3 demora muito para dormir, e no outro dia tem muita dificuldade de acordar. Então os pais procuraram a neuropediatra, que por sua vez receitou a medicação.

Durante a semana, em sua rotina normal, no período da manhã ele tem terapia com um psicólogo, aula no curso Supera (Curso de Desenvolvimento Pessoal/Ginástica para o Cérebro), futebol e vôlei na escola, no período da tarde, ele frequenta aula normal na escola.

Em fins de semana e feriado ele brinca com amigos, joga futebol com seu pai, cinema, passeios em família, e tempo livre para fazer o que quiser.

Os pais esperam que a Equoterapia auxilie seu filho na questão da concentração e atenção, para que facilite sua vida escolar.

RELATO – respondido pela mãe de P3:

Pós-intervenção:

Mãe: “Estou muito feliz com os resultados deste tratamento, meu filho parece estar menos ansioso nas situações do dia-a-dia; hoje, ele pára para ouvir o que temos a dizer, está mais prestativo, e mais disposto para cumprir com suas obrigações. Notei bastante diferença no sono dele, antes ele tinha muita dificuldade para dormir, hoje, dorme com mais facilidade, e seu sono está menos agitado. Em relação às características do TOC, ele melhorou muito, deixou de lavar suas mãos o tempo todo, e são raras as vezes em que se preocupa em alinhar o botão da calça com o umbigo. Estou satisfeita com a Equoterapia.”

QUESTIONÁRIO – respondido pela professora de P3:

Pré-intervenção:

T.M.N.S.B., 39 anos, sexo feminino, natural de Campo Grande, MS. Leciona há 15 anos. É professora deste aluno há 1 ano e meio. Seu relacionamento com este, segundo a professora, é

muito bom, com constantes conversas e questionamentos que o levam à reflexão e convencimento da importância de cada situação. E desta com os pais do aluno, afirma também que é bom, são pais presentes e participativos na vida escolar de P3.

Em sala de aula, P3 tem um comportamento agitado, não se concentra, não consegue prestar atenção, e é necessário que lhe chame a atenção por várias vezes durante a aula, não pára sentado. Em horário de recreio, este aluno é bem integrado com colegas de sua classe, demonstra gostar de partilhar jogos.

Sua sociabilidade é boa, sempre participativo, mas com colegas os quais ele não gosta, procura fazer algo que os irrite, para que estas se afastem; então, às vezes tem um comportamento agressivo e é briguento.

Em suas reações afetivas, ele não demonstra ser carinhoso, mas gosta de receber elogios. Quando repreendido é muito insistente em sua opinião, fala em demasia, e tenta convencer as pessoas.

Reações emocionais, segundo a professora, P3 apresenta ansiedade, agitação e muita insegurança. Quando contrariado ele insiste, mas aceita; quando provocado, ele pede proteção. Apresenta o TOC, ele alinha a costura do short com o umbigo.

Às vezes se mostra um pouco egoísta, quando traz objetos diferentes para a escola, deixa seus colegas verem, mas não brincar; é descuidado com seus objetos pessoais, sempre perde objetos.

Em relação à sua aprendizagem, a professora relata que P3 não aprende com rapidez, não faz sínteses, não procura aprender, é desinteressado e desatento, tem muita dificuldade em fazer redação, segue com o dedo para ler, não decora tabuadas, mas tem uma letra boa, se expressa com clareza, tem um bom vocabulário, aplica o que lhe é ensinado, estrutura seu pensamento antes de escrever, ou seja, é capaz de contar uma história ordenadamente.

Em Português e Matemática, segundo a professora e seu histórico escolar, são as matérias onde seu rendimento é melhor, e em História, Geografia e Ciências, seu rendimento é baixo.

A professora conclui enfatizando que a maior dificuldade na aprendizagem de P3 é sua falta de atenção, de concentração e dificuldade no controle de seu comportamento.

RELATO – respondido pela professora (T.M.N.S.B., 39 anos, Língua Portuguesa) de P3:

Pós-intervenção:

Professora: “Sua concentração melhorou muito, aceita melhor a figura do professor, está menos inquieto, antes usava disto para chamar atenção; hoje, cumprimenta e é carinhoso com as professoras, está mais persistente, antes, pedia muita ajuda, hoje, demonstra estar mais independente para resolver as atividades; termina o que começa, aprendeu a conversar com seus colegas, a parar e ouvir o que estes também têm a dizer; nas confusões, ele sempre colocava a culpa nos colegas, hoje, ele assume seus erros, melhorou sua autoconfiança e autocontrole. Sinto que o aluno está mais tranquilo; aprendeu a lidar com suas amizades, respeita melhor as pessoas; aprendeu a lidar com direitos e deveres, antes era egocêntrico, hoje não é mais.

Em relação ao TOC, ele melhorou muito, parou de alinhar o botão do short com o umbigo, antes era o tempo todo, hoje, parece que ele se esqueceu de detalhes assim; assim aconteceu em relação a querer lavar suas mãos toda hora. Começou também a fazer aulas de Educação Física, antes não fazia por conta do suor.

A Equoterapia o ajudou muito, está mais companheiro, tranquilo e ajudou na sua atenção e concentração, o que influenciou diretamente em várias situações de aprendizagem e em sala de aula, inclusive, hoje, como está mais calmo, fala mais claramente.”

RESULTADOS DOS TESTES:

TESTE 1 – Teste de Desempenho Escolar – TDE:

Pré-intervenção:

As instruções lhe foram apresentadas de forma clara e objetiva, as dúvidas esclarecidas e só então o teste foi iniciado.

Nos subteste da Escrita, P3 obteve classificação mediana tanto em relação à sua série/ano, quanto em relação à sua idade. No subteste de Aritmética, este apresentou resultados superiores tanto em relação à sua série/ano, quanto em relação à sua idade; no quesito Leitura, seus resultados foram inferiores tanto em relação à sua série/ano quanto em relação à sua idade. Tendo assim como resultado geral, uma classificação mediana.

Pós-intervenção:

O teste foi iniciado após a demonstração de P3 de entendimento das instruções, estas dadas de forma clara e objetiva.

P3 obteve escores superiores nos subtestes da Escrita, Aritmética e Leitura, tanto na classificação por sua série/ano quanto na classificação por sua idade. Tendo como resultado geral classificação superior; assim, podemos perceber que seu desempenho escolar evoluiu nas três áreas avaliadas.

Conclusão do TDE:

Comparando os resultados pré e pós-intervenção de P3 no teste TDE, podemos concluir que este apresentou uma evolução significativa em seu Desempenho Escolar. Seus escores no subteste da Escrita passaram de médio/médio para superior/superior; no subteste de Aritmética foram mantidos superior/superior; e no subteste de Leitura, seus resultados foram de inferior/inferior para superior/superior. Tendo seu resultado geral evoluído de médio/médio para superior/superior.

Obs.: as palavras separadas por “/” estão divididas por classificação:
de sua série/ano “/” e de sua idade.

TESTE 2 – d2 – Atenção Concentrada:

Pré-intervenção:

Após a explicação das instruções, do treinamento com a linha de exercício dada pelo teste, e da confirmação de entendimento por parte do praticante, o teste foi iniciado.

Analisando os resultados de P3, podemos observar que sua rapidez, esta não acompanhada de precisão, em trabalhos que lhe exijam atenção obteve escore médio, e sua atenção concentrada, médio inferior. Na distribuição de seus erros, pudemos observar que estes ocorrem em maior quantidade no intermédio da atividade, sendo que a maioria destes são erros de omissão, indicando que este tem dificuldade em manter seu foco de atenção. Sua Amplitude de Oscilação foi média, revelando certa variação em seu ritmo de trabalho e capacidade de concentração.

Podemos concluir então que P3, tanto de acordo com sua idade quanto de sua escolaridade, apresenta um nível de atenção concentrada médio inferior, não apresenta um ritmo de trabalho estável, principalmente no intermédio da atividade, e tem dificuldade para se concentrar.

Pós-intervenção:

Após as explicações, treinamento na linha de exercício e entendimento por parte do praticante o teste foi iniciado.

Seus resultados indicam que sua rapidez está em um nível superior, assim como sua atenção concentrada. Com a distribuição de erros, podemos observar que esta rapidez não está acompanhada de precisão; a maioria de seus erros é de omissão, mas ainda existe a presença de erros de marcação, o que indica que o praticante tem dificuldade em estar atento durante uma tarefa. Sendo mais frequentes no início e no final da atividade, seus erros indicam que seu rendimento é mais proveitoso na fase intermediária. Sua Amplitude de Oscilação foi média superior, caracterizando pouca variação em seu ritmo de trabalho e capacidade de concentração.

Então, podemos concluir que P3 obteve resultados esperados de acordo com sua idade e escolaridade, estando em uma faixa de rendimento médio superior. Junto à sua rapidez, apesar de não ser acompanhada da precisão, estão bons resultados para a sua atenção concentrada e pouca variação em seu ritmo de trabalho, assim como em sua capacidade de concentração.

Conclusão do d2 – Atenção Concentrada:

Fazendo uma comparação nos resultados das aplicações pré e pós-intervenção de P3, podemos concluir que houve evolução nos itens avaliados.

O resultado da primeira aplicação do teste indicou maior dificuldade de atenção concentrada na fase intermediária da atividade, bem como, nesta estavam a maioria de seus erros. Já na segunda aplicação, após a intervenção terapêutica, pôde-se notar a evolução de seu rendimento no intermédio da atividade, estando nesta fase a menor quantidade de erros omitidos.

Podemos afirmar então, que houveram melhoras relacionadas à sua atenção concentrada, foco de atenção, capacidade de concentração, e rendimento em trabalhos que exijam atenção.

TESTE 3 – Escala de TDAH – versão para professores:

Pré-intervenção:

Segundo a Professora de Língua Portuguesa, P3 cursa o 5º ano do Ensino Fundamental e não é repetente. Tem seu comportamento agitado, apresenta dificuldade de atenção/concentração e dificuldades para aprender.

Nos quesitos avaliados por esta Escala, sendo estes: o Déficit de Atenção, a Hiperatividade/Impulsividade, Problemas de Aprendizagem e Comportamento Antissocial; aluno obteve percentil máximo em todos estes itens; indicando a presença real do Transtorno.

Em questões sobre o Déficit de Atenção, podemos concluir que o aluno é desorganizado com as lições do caderno, não segue o ritmo da classe, não é responsável com seus materiais escolares, perde e esquece objetos, não sabe trabalhar independentemente, não presta atenção às explicações do professor, não termina o que começa, e tem dificuldade para concentrar-se.

Nas questões sobre Hiperatividade/Impulsividade, o aluno demonstra ser inquieto, é impulsivo, levanta-se frequentemente da carteira, está sempre com pressa, não sabe esperar a sua vez, fala em demasia, atrapalha o professor com barulhos diferentes, e age imprudentemente.

Em Problemas de Aprendizagem, este não rende o esperado em português, tem dificuldades em entender problemas de matemática, seu raciocínio lógico é lento, sua caligrafia é desleixada, não gosta de fazer exercícios que exijam raciocínio, é desatento ao escrever e ler,

sendo assim, comete muitos erros na escrita e na leitura, tem dificuldade para a compreensão de textos e não segue regras e normas da classe.

Na questão de Comportamento Antissocial, P3 demonstra ser briguento, irrita os colegas com palhaçadas, causa confusão em sala de aula, respeita os professores apenas quando lhe é conveniente, ou quando deseja algo, possui poucos amigos.

Pós-intervenção:

Segundo a Professora de Língua Portuguesa, P3 não mais apresenta um comportamento agitado nem mesmo dificuldade em aprender, apenas sua atenção/concentração, que apesar da melhora considerável, ainda há a presença de dificuldade.

Em todas as áreas analisadas pelo teste, estas de acordo com a percepção da professora, P3 obteve escores médio/inferior, ou seja, dentro da expectativa, indicando menos problemas que os outros indivíduos da mesma idade.

No quesito de Déficit de Atenção, a professora afirma que P3 está organizado com suas lições do caderno, segue o ritmo da classe, começou a estar atento às lições do caderno, trabalha independentemente, cuida melhor de seu material escolar, passou a prestar atenção a detalhes, consegue prestar atenção às explicações, termina todas as atividades que começa, consegue concentrar-se com mais facilidade.

Em relação à Hiperatividade/Impulsividade, P3 começou a pensar antes de agir, ou seja, houve uma diminuição significativa em sua impulsividade, parece estar mais tranquilo e calmo, sabe esperar a sua vez, não mais atrapalha o professor com barulhos, mas continua levantando da carteira durante a aula, continua falando em demasia, e a professora concordou parcialmente quando lhe foi perguntado se este sabia aguardar a sua vez.

Em Problemas de Aprendizagem, P3 rende o esperado em português, seu raciocínio lógico melhorou, assim como sua escrita, leitura e caligrafia, passou a compreender textos com mais facilidade, segue regras e normas da classe, mas ainda apresenta certa dificuldade para entender problemas de matemática.

E, em Comportamento Antissocial, segundo a professora, seus colegas de classe não mais o evitam, possui amigos, não mais os irrita, não houve mais casos de brigas e discussões, e P3, hoje, respeita os professores e colegas.

Conclusão da Escala de TDAH:

Comparando os resultados das aplicações pré e pós-intervenção, podemos concluir que P3 obteve melhoras significativas em relação ao seu Déficit de Atenção, Hiperatividade/Impulsividade, Problemas de Aprendizagem e Comportamento Antissocial.

Na aplicação pré-intervenção, de acordo com as respostas de sua professora, P3 obteve percentil máximo nas áreas avaliadas pela escala, confirmando a presença do transtorno. Já na aplicação pós-intervenção, este obteve percentil classificado como médio/inferior, ou seja, dentro da expectativa da normalidade para o seu sexo e escolaridade.

Podemos então concluir que, para P3, a Equitação Terapêutica trouxe benefícios relacionados à Atenção/Concentração, Comportamento, Aprendizagem e Comportamento Social.

DESCRIÇÃO DAS SESSÕES:

Mês 1:

Na primeira sessão foram dadas instruções de segurança, apresentação dos materiais utilizados na montaria e de proteção para o cavaleiro, e aproximação com o cavalo.

Pudemos notar claramente a dificuldade de P3 para se manter atento, pois durante as explicações e demonstrações foi necessário, por várias vezes, pedir para que este prestasse atenção.

A montaria foi feita na manta; material este flexível e que permite ao cavaleiro sentir todos os movimentos do animal; com o acompanhamento de um auxiliar guia e dois auxiliares laterais.

Na aproximação com o cavalo, P3 demonstrou insegurança e medo, por vezes este se aproximou do cavalo, sempre acompanhado da terapeuta, e antes mesmo de tocar no animal se afastava e dizia que não queria mais, mas antes mesmo de a terapeuta reagir, ele voltava a se aproximar.

Após alguns minutos, P3 conseguiu sentar-se na rampa de montaria, ao lado do cavalo, e, sem tocar no animal, disse seu nome e começou a conversar com este, fazer perguntas tais como: “Como vai?” “Eu quero ser seu amigo!” como se estivesse se apresentando; e só então se dispôs a subir.

Percebendo a insegurança do praticante, a sessão foi elaborada de forma leve, apenas para que este pudesse sentir em seu corpo as novas sensações e movimentos. Em relação ao “tocar” o cavalo, não foi insistido por conta de a equipe já ter conhecimento da presença do Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC).

Nas sessões seguintes, já com o praticante mais a vontade com a situação de montaria, foram feitos alguns exercícios como giro de braço e deitar para frente e para trás, sempre procurando passar segurança e sentimento de prazer (como uma brincadeira), para que P3 se soltasse cada vez mais, pois montava sempre muito tenso, e relaxava no decorrer da sessão.

Com essas sessões pudemos notar que P3 preocupava-se em não sujar as mãos, pois em alguns pequenos toques deste no cavalo, notava-se uma necessidade muito grande por parte de P3 para limpar suas mãos, por vezes pediu para descer e ir ao banheiro lavar, ele trazia um sabonete dentro de uma sacola plástica; mas lhe era explicado que poderia descer apenas após o término da sessão, ele demonstrava não gostar muito, mas aceitava o “não” e continuava o exercício. Outra preocupação sua era de alinhar seu umbigo, o botão da calça, a fivela do cinto, a linha na metade da sela e a linha do pescoço do cavalo; isso acontecia a cada vez em que se movimentava e sentia que as coisas não estavam alinhadas.

Pudemos observar também que P3 parecia estar sempre lento, por vezes apático, tanto para reagir aos comandos dados quanto para responder a estes; apresentava também, dificuldade em se equilibrar em cima do cavalo, situação esta observada desde a primeira sessão, onde o mesmo estava apenas ao passo e com auxiliares laterais, ou seja, quando não havia sido dado nenhum comando de exercício.

Mês 2:

Neste segundo mês, sendo observada certa evolução em relação ao equilíbrio de P3, foram dados mais exercícios com diferentes graus de dificuldade, estes realizados com o animal parado, e ainda com o acompanhamento de um auxiliar guia e dois auxiliares laterais; e tendo como seu principal objetivo, o ganho de força muscular e equilíbrio do praticante, o que influencia diretamente na autoestima e autoconfiança do mesmo.

P3 continua com dificuldade de se concentrar e bastante desatento, assim como lento em suas reações, parece estar sempre sonolento, do início ao final da sessão; gosta muito de contar histórias, mas estas o distraem em demasia, a ponto de parecer esquecer que está em cima de um cavalo.

A mãe relatou que ele tem apresentado esta apatia, desde que começou a tomar a medicação também no período da manhã. Então foi pedido para que esta procure a neurologista responsável e relate o que está acontecendo. A mãe o fez, e como feedback a médica pediu para que o medicasse apenas na hora de ir para a escola.

Mês 3:

Esta atitude, de não medicá-lo no período da manhã, refletiu de forma imediata nas sessões de Equoterapia. Assim que o terceiro mês teve início, P3 já não estava medicado. Chegava às sessões, mais animado, sorrindo, conversando e cumprimentando toda a equipe, comportamento este que, anteriormente, havia de ser estimulado.

Na montaria, P3 demonstrava estar mais ágil para completar os exercícios e reclamava menos destes.

Neste mês, o praticante, foi acompanhado de apenas um auxiliar guia e um auxiliar lateral, não havendo a necessidade de apoio, apenas acompanhamento, pois este, cada vez mais, se mostrava independente em cima do cavalo.

Os exercícios de equitação executados nesta fase, estes realizados com o animal parado, foram: o giro de braço, deitar para frente e para trás, mão direita na ponta do pé esquerdo (e vice-versa), pressionar a panturrilha e levantar o próprio corpo (este realizado com certa dificuldade), giro completo sobre a manta, entre outros.

Obs.: a psicóloga responsável por este estudo entrou em contato com a escola de P3, e segundo informações relatadas por sua Professora de Língua Portuguesa, o aluno começou a apresentar melhoras em seu comportamento, tanto em sala de aula quanto no horário do recreio e em relação aos seus colegas. A professora também destacou que em sala de aula, o aluno não causou mais confusão, está menos agressivo, e começou a demonstrar interesse em realizar suas tarefas independentemente.

Mês 4:

Sentindo entusiasmo por parte do praticante, estando este em evolução constante e tendo conquistado a independência necessária para passarmos para a próxima etapa, foi-lhe apresentado as técnicas de rédeas, seguindo toda a sequência de segurança e instruções necessárias.

Então, após a execução de todos os exercícios, alguns com o animal parado, e outros com este em movimento, o praticante iniciava o seu treinamento com rédeas. Eram dados exercícios específicos para que este tenha a segurança necessária de montar sozinho.

Na última sessão do mês P3 realizou todos os exercícios, já instruídos nos meses anteriores, com o animal ao passo, e sendo guiado por um auxiliar. Começou também a fazer exercícios de curvas para a direita e esquerda, melhorando assim seu controle sob o cavalo.

Mês 5:

Este mês foi programado para treinarmos o que já foi aprendido; são muitos comandos e movimentos a serem realizados, e para a junção de todos o praticante apresenta dificuldade; exemplo: quando este se concentra em algum exercício, esquece da postura, posicionamento de pernas e direção do animal; então é necessário que haja mais treinamento.

Na última sessão do mês foi dada uma aula de vivência, onde o praticante aprende sobre o manejo básico que se deve ter com o animal, sendo este: limpar, dar comida, banho, encilhar e desencilhar, e o porquê de todos esses passos.

P3, ao chegar, demonstrou bastante ansiedade para começarmos esta aula. Este aprendeu, em aula prática (acompanhado da terapeuta e do tratador; com todo o procedimento de segurança), a colocar o boçal no animal, tirá-lo da baia, limpá-lo, identificar todo o material de montaria e encilhá-lo (nesta ocasião com a manta). Após todos esses passos serem seguidos, o praticante levou (puxando) o seu cavalo até o picadeiro de atendimento, foi feita uma sessão com exercícios, e ao final, desceu do cavalo, levou-o de volta ao local das baias, desencilhou, deu-lhe banho e alimentou-o.

Ao final da aula de vivência, esta com duração de 1h30 aproximadamente, P3 revelou estar exausto, mas disse ter gostado muito de todas as etapas; e insistiu para que houvesse outras aulas como esta.

Mês 6:

Percebendo a independência de P3, pudemos iniciar este mês com instruções das técnicas do trote, ainda sendo a manta utilizada para a montaria.

Suas primeiras tentativas foram boas, mas vieram acompanhadas de muitas risadas, o que o desconcentrava, então o cavalo parava. Foram momentos de muita satisfação afirmou o praticante.

Nas outras sessões, este já conseguia trotar com maior frequência; mas por vezes, em momentos que o comando era de passo, este desobedecia e queria apenas trotar, não queria mais executar os exercícios. Então a terapeuta conversou com P3, e lhe explicou passo a passo, que ele apenas conseguia trotar porque havia feito todo um treinamento anteriormente, e que para melhorar, e aprender o galope e o salto, deveria continuar treinando. Por vezes esta fez comparações ao aprendizado na escola, com explicações sobre persistência em aprender e respeito com a figura do professor, no caso da Equoterapia, a terapeuta.

P3 se mostrou compreensivo, pediu desculpas e afirmou que seria persistente e que respeitaria os comandos da professora (terapeuta). Assim o fez; até o final deste mês ele não desobedeceu em momento algum, e mostrou-se persistente em praticar para “ficar cada vez melhor” (palavras de P3).

Obs.: a psicóloga contatou novamente a escola de P3, e segundo as informações dadas pela Professora de Língua Portuguesa, o aluno mudou, para melhor, seu comportamento em ambiente escolar. Este não mais apresenta dificuldades para prestar atenção nas explicações, completa os exercícios do caderno, respeita seus colegas e professores, pensa antes de agir, e não apresenta mais comportamento agressivo, parece estar mais responsável.

Mês 7:

Então, P3 recebeu as instruções sobre o galope; e em seguida executou o movimento com certa dificuldade, mas conseguiu por instantes; o que foi considerado um grande passo, pois no início dos atendimentos o praticante apresentava dificuldades de coordenação motora, e neste momento do processo conseguiu unir todas as técnicas aprendidas e colocá-las em prática.

Neste momento foi-lhe apresentada a sela; material este almejado pelo praticante desde o início do processo.

Quando este chegou ao picadeiro, e o animal encilhado com a sela, começou a gritar: “eu consegui, consegui, vou montar na sela”; a terapeuta lhe confirmou, então este lhe agradeceu com abraços e beijos.

Quando subiu no cavalo, disse que era um pouco estranho, e não demonstrou segurança; então foi acompanhado lateralmente pela terapeuta, que por sua vez passou diferentes exercícios para que este sentisse todas as diferentes sensações trazidas pelo uso da sela.

Na sessão seguinte, P3 reclamou um pouco, parecia estar frustrado, pois havia criado certa expectativa em relação à sela, e acabou tendo um pouco de dificuldade em utilizá-la. Mas nessa segunda sessão com o uso deste material, P3 começou a se sentir melhor, pois executou todos os exercícios sem problemas, inclusive os de percurso, com a utilização de cones e outros materiais destinados a isso, e o trote.

As sessões seguintes foram produtivas, P3 se mostrava cada vez mais esperto em relação às reações ao cavalo e aos comandos da terapeuta; e cada vez mais ágil para a execução das tarefas.

Mês 8:

As sessões deste mês foram iniciadas com o treinamento do trote, este sentado e elevado, com e sem estribos; bem como a prática da montaria fazendo o uso de todas as técnicas simultaneamente.

Após percebermos que podíamos aumentar o grau de dificuldade desta “montaria”, foram dadas as instruções de salto com o uso de varas de obstáculos no chão e posteriormente com alturas iniciais.

O praticante disse ter gostado muito do salto e de se sentir capaz de fazê-lo; afirmou também que entende o porquê de ter passado por todas aquelas etapas anteriores, e que não vai desistir antes de tentar várias vezes; demonstrando assim amadurecimento em relação à sua persistência e disciplina na execução de tarefas.

Conclusão das sessões:

Pudemos notar a evolução de P3, durante o processo terapêutico, em relação à sua autoestima, autoconfiança, persistência, disciplina, responsabilidade, percepção corporal; e em também na questão física, este obteve melhoras em seu equilíbrio, postura, coordenação motora e força muscular.

PARTICIPANTE 4 – P4:

ANAMNESE – respondida pela mãe de P4:

Pré-intervenção:

P4 nasceu no dia 8 de fevereiro de 2002 (8 anos), sexo masculino, natural de Campo Grande, MS. Hoje cursa o 3º ano do Ensino Fundamental de uma Escola Pública nesta mesma cidade. Reside em casa própria com sua mãe (40 anos), Ensino Médio Completo, comerciante; com seu pai (41 anos), Ensino Fundamental Completo, comerciante; com um irmão (11 anos), estudante; uma irmã (19 anos), universitária; e um primo (18 anos), trabalha como chapeiro.

Segundo a mãe, esta criança não foi planejada, mesmo porque ela já havia feito uma laqueadura; mas tanto ela quanto o pai ficaram felizes ao saber que teriam mais um filho. Os pais eram casados e continuaram juntos; na época a mãe tinha 29 anos de idade.

No seu desenvolvimento, a mãe afirma que P4, sustentou a cabeça e sentou em um tempo normal, como seus outros filhos; para andar, ela se surpreendeu porque achou um pouco precoce, aos 9 meses, e sua fala tardou, começou aos 2 anos de idade.

A mãe relatou que P4 não frequentou o pré por conta das crises que tinha, então ele começou a frequentar a escola aos 6 anos. Hoje, vai à escola caminhando com o seu irmão. P4 está no 3º ano, e diz gostar da professora e da escola, mas não gosta de estudar e tampouco de seus colegas, que ao todo são 38 em sua classe.

Diante de seu fracasso, a mãe faz cobranças, conversa, e quando pontua como um caso extremo, ela bate. Diante do sucesso, ela recompensa com coisas ou passeios os quais ele gosta.

Em relação à sua sociabilidade, a mãe afirma que ele gosta de brincar com amigos, mas como ele é briguento e agressivo, os amigos o excluem da turma, e no final ele acaba brincando sozinho. P4 não frequenta casas de amigos, mas pode recebê-los quando combinado, tem facilidade em fazer novas amizades; e gosta de brincar com bola, bicicleta e vídeo game, além de assistir desenhos violentos na televisão, hábito este que a mãe proibiu. Este não pratica esportes e também não frequenta atividades fora do horário escolar, com exceção à Equoterapia.

P4 não gosta quando lhe chamam a atenção, ou quando apanha por ter feito algo errado.

Há 2 meses, (aproximadamente em fevereiro de 2010), a mãe foi até a casa de um vizinho, onde P4 costumava brincar enquanto não estava na escola, e pegou o vizinho (11 anos) e P4 (8 anos) assistindo a um filme pornô, esta se assustou, pois não sabia que já havia despertado este tipo de curiosidade em seu filho, ou que esta se despertou por influência, no momento não importou, ela chamou a criança para casa e conversou, explicou com muita paciência; e o proibiu de passar as tardes no vizinho. Alguns dias depois, ela sentiu falta deste, chamou e ele não respondeu, então ela foi até a casa do vizinho, e pegou os dois nus, e um tocando o outro. Na hora eles se assustaram e saíram correndo. Mais uma vez ela chamou, explicou novamente e disse também que ele era muito novo para fazer essas coisas, ele não respondeu nada, apenas chorou.

Além de catapora e sarampo, P4 nunca adoeceu gravemente. A não ser que aos 4 anos, no dia 17 de Julho de 2006, P4 começou a apresentar crises de ausência (desmaios rápidos), isso se repetiu durante mais ou menos 2 meses, então, após um tratamento, essas crises não mais aconteceram. No histórico de sua família, aparecem doenças como a depressão, hipertensão e a diabetes.

P4 não faz uso de medicação para o controle do TDAH. Hoje, P4 faz uso de Nitrazepan e Ácido Vopróico apenas em função das crises de ausência.

Seu local para estudo não é fixo, às vezes senta na cozinha, às vezes na sala ou então no quarto; e para brincar, sempre fora da casa, ou na frente da televisão.

Quando chegam visitas em casa, a mãe diz não saber o que fazer, ele fica muito acelerado, agitado, quer chamar a atenção todo o tempo.

A relação entre a mãe e P4, segundo ela, é boa e carinhosa, assim como dele com o pai; com seus irmãos ainda existem muitas brigas entre eles; e entre os pais, é tranquilo também. A autoridade da casa quem exerce é a mãe.

Ela, também, defini os comportamentos característicos de seu filho: não pára um minuto, parece sempre estar ligado à tomada, não presta atenção em nada, não se concentra, é bagunceiro e totalmente desorganizado. Seu maior interesse é brincar.

Em um dia de semana normal, sua rotina é: acordar às 8h (quando ele não acorda sozinho, a mãe o chama), prepara o seu próprio café da manhã, e brinca até 11h30h, então toma banho e almoça para ir à escola. Volta pra casa às 17h, lancha e fica com os pais no mercado da família (fica em frente da casa), faz as tarefas da escola acompanhado da mãe (se não ele não faz), e assiste televisão até dormir, ou até 22h30.

Em um dia de fim de semana ou feriado, a família faz passeio, vão à igreja, às vezes passam o dia em uma chácara e jantam fora.

A mãe espera que a Equoterapia ajude seu filho a ser mais comportado, obediente, a não ter que ficar lhe chamando a atenção o dia todo.

RELATO – respondido pela mãe de P4:

Pós-intervenção:

Mãe: “No começo eu não sabia se isso iria ajudar meu filho ou não, mas depois de um tempo comecei a notar mudanças nele. P4 está mais tranquilo, hoje, ele consegue ficar sentado para assistir televisão, não preciso mais ficar chamando a atenção dele o tempo todo. Desde que ele começou esse tratamento pude contar as vezes que eu o coloquei de castigo, antes era todo dia. Ele está mais comportado, respeita as pessoas, me ajuda com tarefas de casa, passou a dormir melhor, antes ele rolava na cama das 20h até umas 23h para conseguir dormir, e seu sono era agitado, hoje, ele consegue dormir e ter um sono tranquilo.”

QUESTIONÁRIO – respondido pela professora de P4:

Pré-intervenção:

B.C.B., 42 anos, sexo feminino, natural de Recife, PE, leciona há 20 anos. É professora de P4 desde fevereiro de 2010. Seu relacionamento com este aluno desde o início foi bastante conturbado, é preciso lhe chamar muito a atenção, atrapalha a aula com brincadeiras, e é um tanto quanto agressivo com seus colegas. Com os pais de P4, a professora afirma não ter contato, eles não frequentam a escola, é raro.

Em sala de aula, o aluno não fica sentado; é desinteressado; para fazer qualquer atividade, a professora tem que estar ao seu lado; é totalmente dependente; sua concentração é péssima; não presta atenção nas explicações; não cuida de seus objetos pessoais; e mexe com os colegas. Todos os dias, no horário do recreio, os supervisores têm problemas com ele, seu comportamento é muito agressivo com os colegas, ele impõe sua presença por meio da força física.

Nos aspectos psicossociais, a professora afirma que P4, em relação aos seus colegas, ele aceita, participa, mas é briguento, gosta de brincar com eles, mas briga em demasia, então estes o excluem. Nas reações afetivas, ele não beija, não abraça, não demonstra gostar de carinho, mas gosta de receber elogios; quando repreendido, ou contrariado, ele resmunga, revolta-se e agride; quando provocado, ele reage, defende-se, e isola-se. Mas ele partilha de seus objetos com os colegas, e procura ajudar quando pode.

Em suas reações emocionais demonstra ser agressivo, confiante, nervoso, ansioso, agitado, impulsivo, alegre, descuidado, e expansivo. É uma criança sensível a críticas, não aceita, é autoritário, e sempre está chamando a atenção.

No seu processo de aprendizagem, a professora relata que P4 não aprende com rapidez; não forma nem retém conceitos; não aplica o que lhe é ensinado; é desinteressado; não demonstra atenção; é dispersivo; não lê e consegue escrever palavras simples com muita dificuldade; demora muito para pensar, não acompanha a classe; não fixa a aprendizagem; mas tem um

bom vocabulário, se expressa com clareza; na pintura, delimita bem as cores dentro das linhas; recorta acompanhando a linha; é capaz de contar uma estória ordenadamente; e tem raciocínio aritmético (apenas mental, contas de cabeça).

As matérias de maior dificuldade para P4 são as matérias que exijam escrita e leitura, ou seja, quase todas; uma facilidade que se nota neste aluno é o cálculo mental (contas de cabeça).

RELATO – respondido pela professora (B.C.B., 42 anos, Língua Portuguesa) de P4:

Pós-intervenção:

Professora: “O comportamento do meu aluno melhorou muito. Ele está mais calmo, se relaciona melhor com seus colegas, sua agressividade parece estar controlada, ele teve uma boa evolução em sala de aula. Tenho a impressão que lhe falta estímulo fora da escola para estudar, mas mesmo assim ele apresentou uma melhora “geral” em sua aprendizagem. Gostei muito dos resultados desse tratamento.”

RESULTADOS DOS TESTES:

TESTE 1 – Teste de Desempenho Escolar – TDE:

Pré-intervenção:

As instruções de aplicação do teste foram dadas de forma clara e objetiva para facilitar o entendimento de P4. Foi perguntado, e pedido para que este repetisse o que deveria fazer; então, foi iniciada a aplicação quando percebido que o mesmo havia compreendido todos os comandos.

P4 não obteve escores suficientes para pontuar nos subtestes. Tendo sua classificação inferior tanto no subteste da Escrita, quanto nos subtestes de Aritmética e Leitura, sendo estes avaliados de acordo com sua série/ano e sua idade. Seu resultado geral ficou sem classificação, por não haver pontuado.

Pós-intervenção:

Após todas as instruções, as quais foram explicadas de forma clara e objetiva, terem sido compreendidas por P4, a aplicação do teste foi iniciada.

De acordo com a tabela de sua série/ano, este, apresenta com escores inferiores, e de acordo com a tabela de idade, escore superior em relação ao subteste de Aritmética, e inferiores nos demais. Seu resultado geral obteve classificação inferior.

Apesar de baixos escores, P4 obteve resultados. Este pontuou nesta aplicação, situação esta, entendida como certa evolução em seu desempenho escolar.

Conclusão do TDE:

Comparando os resultados pré e pós-intervenção de P4 no teste TDE, podemos concluir que este apresentou evolução em seu Desempenho Escolar. Seus escores no subteste da Escrita passaram de sem pontuação para escore inferior/inferior; no subteste de Aritmética estes passaram sem pontuação para inferior/superior; e no subteste de Leitura, seus resultados foram de sem pontuação para inferior/inferior. Tendo seu resultado geral evoluído sem pontuação para inferior/inferior.

Obs.: as palavras separadas por “/” estão divididas por classificação:

de sua série/ano “/” e de sua idade.

Para fins de esclarecimentos desta “certa evolução” serão apresentados exemplos: na primeira aplicação o mesmo leu apenas 1 palavra, nesta aplicação este leu 9 palavras com dificuldades

graduais. No subteste de Aritmética, também foi possível perceber que este apresentou evolução em seu raciocínio aritmético, assim também aconteceu com o subteste da Escrita.

TESTE 2 – d2 – Atenção Concentrada:

Pré-intervenção:

Após as explicações e orientações, bem como o treinamento na área de exercícios, e esclarecimento de dúvidas, assim como o entendimento de todas as instruções por parte do praticante, o teste foi iniciado.

Em relação à quantidade de itens analisados, o praticante apresentou escore inferior, contudo, sua porcentagem de erros e Amplitude de Oscilação obtiveram escores medianos, ou seja, sua rapidez em trabalhos que exijam atenção é inferior, mas sua atenção concentrada e erros durante a execução são médios. Seus erros são mais frequentes nas linhas do intermédio do teste, indicando a variação de seu ritmo e de sua capacidade de concentração.

Pós-intervenção:

Após as explicações, treinamento na linha de exercício e entendimento por parte do praticante o teste foi iniciado.

Seus resultados indicam que sua rapidez está em um nível superior, assim como sua atenção concentrada. Com a distribuição de erros, podemos observar que sua precisão melhorou, houve poucos erros; estes cometidos em parte por omissão e parte por marcação, o que indica que o praticante melhorou seu rendimento, mas continua com certa dificuldade em estar atento durante uma tarefa. Sendo mais frequentes no final da atividade, seus erros indicam que seu rendimento é mais proveitoso na fase inicial e intermediária. Sua Amplitude de Oscilação foi média, caracterizando pouca variação em seu ritmo de trabalho e capacidade de concentração.

Então, podemos concluir que P4 obteve resultados esperados de acordo com sua idade e escolaridade, estando em uma faixa de rendimento médio superior. Junto à sua rapidez e melhora de sua precisão, estão bons resultados para a sua atenção concentrada e pouca variação em seu ritmo de trabalho, assim como em sua capacidade de concentração.

Conclusão do D2:

Fazendo uma comparação nos resultados das aplicações pré e pós-intervenção de P4, podemos concluir que houve evolução nos itens avaliados.

O resultado da primeira aplicação do teste indicou maior dificuldade de atenção concentrada na fase inicial e intermediária da atividade, bem como, nestas estavam a maioria de seus erros. Já na segunda aplicação, após a intervenção terapêutica, pôde-se notar a evolução de seu rendimento no início e no intermédio da atividade, estando nesta fase a menor quantidade de erros omitidos e marcados.

Podemos afirmar então, que houveram melhoras relacionadas à sua atenção concentrada, foco de atenção, capacidade de concentração, e rendimento em trabalhos que exijam atenção.

TESTE 3 – Escala de TDAH – versão para professores:

Pré-intervenção:

Segundo a Professora de Língua Portuguesa, P4 cursa o 3º ano do Ensino Fundamental e não é repetente. Tem seu comportamento agitado, apresenta dificuldade de atenção/concentração e dificuldades para aprender.

Nos quesitos avaliados por esta Escala, sendo estes: o Déficit de Atenção, a Hiperatividade/Impulsividade, Problemas de Aprendizagem e Comportamento Antissocial; aluno obteve percentil máximo em todos estes itens; indicando a presença real do Transtorno.

Nas questões sobre o Déficit de Atenção, podemos concluir que o aluno é desorganizado com as lições do caderno, não segue o ritmo da classe, não é responsável com seus materiais escolares, perde e esquece objetos, não sabe trabalhar independentemente, não presta atenção às explicações do professor, distrai-se facilmente, esquece com rapidez o que acabou de ser dito, não termina o que começa, e tem dificuldade para concentrar-se.

Nas questões sobre Hiperatividade/Impulsividade, o aluno demonstra ser inquieto, é impulsivo, levanta-se frequentemente da carteira, está sempre com pressa, não sabe esperar a sua vez, fala em demasia, atrapalha o professor com barulhos diferentes, e age imprudentemente.

Em Problemas de Aprendizagem, este não rende o esperado em português, tem dificuldades em entender problemas de matemática, seu raciocínio lógico é lento, sua caligrafia é desleixada, não gosta de fazer exercícios que exijam raciocínio, é desatento ao escrever e ler, sendo assim, comete muitos erros na escrita e na leitura, tem dificuldade para a compreensão de textos e não segue regras e normas da classe, mas se expressa com clareza.

Na questão de Comportamento Antissocial, P4 não é totalmente evitado por seus colegas de classe e não causa confusões frequentes em sala de aula, mas irrita estes com suas palhaçadas, é briguento, e não respeita os professores.

Pós-intervenção:

Segundo a Professora de Língua Portuguesa, P4 não mais apresenta um comportamento agitado, nem mesmo dificuldade de atenção/concentração e problemas em aprender.

Em todas as áreas analisadas pelo teste, estas de acordo com a percepção da professora, P4 obteve escores médio/inferior, ou seja, dentro da expectativa, indicando menos problemas que os outros indivíduos da mesma idade.

No quesito de Déficit de Atenção, a professora afirma que P4 está organizado com suas lições do caderno, mas ainda não segue o ritmo da classe, começou a estar atento às lições do caderno, mas ainda não trabalha independentemente, e não cuida de seu material escolar, passou a prestar atenção às explicações, suas distrações são menos frequentes, termina todas as atividades que começa, e consegue concentrar-se com mais facilidade.

Em relação à Hiperatividade/Impulsividade, P4 começou a pensar antes de agir, ou seja, houve uma diminuição significativa em sua impulsividade e em agir com imprudência, parece estar mais tranquilo e calmo, sabe esperar a sua vez, não mais atrapalha o professor com barulhos, não levanta da carteira durante a aula, e a professora concordou parcialmente quando lhe foi perguntado se este sabia aguardar a sua vez.

Em Problemas de Aprendizagem, P4 rende o esperado em português, seu raciocínio lógico melhorou, assim como sua escrita, leitura e caligrafia, apresenta menor dificuldade para compreender textos e problemas de matemática, e segue regras e normas da classe.

E, em Comportamento Antissocial, segundo a professora, seus colegas de classe não mais o evitam, possui amigos, não mais os irrita outras crianças, não houve mais casos de brigas e discussões, e P4, hoje, respeita os professores e colegas.

Conclusão da Escala de TDAH:

Comparando os resultados das aplicações pré e pós-intervenção, podemos concluir que P4 obteve melhoras significativas em relação ao seu Déficit de Atenção, Hiperatividade/Impulsividade, Problemas de Aprendizagem e Comportamento Antissocial.

Na aplicação pré-intervenção, de acordo com as respostas de sua professora, P4 obteve percentil máximo nas áreas avaliadas pela escala, confirmando a presença do transtorno. Já na aplicação pós-intervenção, este obteve percentil classificado como médio/inferior, ou seja, dentro da expectativa da normalidade para o seu sexo e escolaridade.

Podemos então concluir que, para P4, a Equitação Terapêutica trouxe benefícios relacionados à Atenção/Concentração, Comportamento, Aprendizagem e Comportamento Social.

DESCRIÇÃO DAS SESSÕES:

Mês 1:

A primeira sessão teve início com a apresentação da equipe de atendimento, e em seguida, foram dadas instruções de segurança, apresentação dos materiais utilizados na montaria e de proteção para o cavaleiro, só então, a aproximação com o cavalo.

P4 demonstrou timidez ao cumprimentar a equipe, e estava disperso durante as explicações; então, após cada instrução, lhe era pedido para repetir os nomes de cada material apresentado, assim como, também foram feitas perguntas sobre os cuidados e comportamentos adequados, que se devem ter quando se está próximo de um cavalo.

A montaria foi realizada na manta, material este, flexível e que permite ao cavaleiro sentir todos os movimentos do animal, bem como receber todos os estímulos que a andadura “passo” do cavalo proporciona.

Após a aproximação e adaptação deste com o animal, P4 montou acompanhado de um auxiliar guia e dois auxiliares laterais. Este, ao início da sessão demonstrou estar tenso e inseguro. No decorrer do atendimento, o praticante apenas respondia perguntas; começou a conversar, com a terapeuta, nos últimos 5 minutos finais, onde já parecia estar mais relaxado.

Durante a sessão, foram realizados exercícios de relaxamento e formas de estímulos diferentes para o vínculo do praticante com o animal; exercícios estes voltados para o alongamento muscular, respiração, estímulos multisensoriais; exemplo destes exercícios: abraçar o cavalo, deitar para frente e para trás, tocar o corpo do animal, bem como descrever detalhes deste, sentir seus movimentos musculares, temperatura, textura, imitar o som da andadura “passo”, etc.

Estes procedimentos se repetiram nas sessões seguintes, porém com um leve aumento do grau de dificuldade de cada exercício, com o objetivo de fortalecer o vínculo com a equipe e com o animal.

Após as sessões iniciais, P4 começou a fazer perguntas, e a mostrar-se interessado em aprender mais sobre a montaria e sobre o cavalo. Demonstrava, desde já, mais segurança tanto no animal quanto na equipe.

Mês 2:

No segundo mês, pudemos notar um forte vínculo entre P4 e a equipe de atendimento, este, ao chegar ao local dos atendimentos, corria e abraçava cada membro da equipe, demonstrando estar à vontade e relaxado, também perguntava aos membros da equipe como estes estavam.

Em cima do cavalo, P4 também demonstrou desenvoltura, apresentou certa facilidade em completar os exercícios, mesmo estes com maiores graus de dificuldades, mas ainda com o animal parado e com o acompanhamento de um auxiliar guia.

Então lhe foi passado novos exercícios, tais como giro de braço, giro completo sobre a manta, abandonar e retomar acento, elevação de pernas, pressão da panturrilha, entre outros. O praticante respondeu bem a todos estes, e salientou que gostava de desafios.

Este se mostrou interessado durante as explicações, mas durante a execução obteve certa dificuldade em alguns dos novos exercícios, e após duas tentativas, pareceu ficar irritado e disse que não conseguia, e que então não queria mais fazer; então lhe foi explicado sobre os benefícios daquelas atividades em relação à montaria, e também sobre persistência.

Com a ajuda de equipe, P4 conseguiu completar uma vez cada exercício que não estava conseguindo, e demonstrou ter ficado satisfeito.

Nas outras sessões, este completou todos os exercícios pedidos. Quando percebemos que sua segurança e vínculo com o animal estavam em grande evolução, apresentamos então, as rédeas e instruções sobre estas; isso aconteceu nas duas últimas sessões do mês.

Então, nos últimos minutos de cada sessão, eram dadas as rédeas ao praticante, que encarou essa etapa como uma vitória, pois vibrava bastante neste momento; este ainda acompanhado de dois auxiliares laterais. Pôde-se perceber que P4 demonstra claramente suas emoções, estas, que por vezes oscilam no decorrer da sessão.

Mês 3:

Nas sessões que se seguiram, sua evolução continuou ascendente, mas por vezes este apresentava comportamentos infantilizados, parecia fingir não conseguir cumprir determinada tarefa a qual já havia cumprido com êxito anteriormente; a equipe deduziu então que P4 tinha a intenção de chamar a atenção.

Ao final desta sessão, sua mãe chamou a terapeuta e contou-lhe que bateu em seu filho, pois o pegara na casa do vizinho, ambos nus. Ela disse ter batido pois perdeu a cabeça, já que este estava proibido de sair de casa sem avisá-la; e quando chegaram em casa ela lhe explicou que o que eles estavam fazendo era coisa de adulto, que este tinha que gastar seu tempo brincando; P4 lhe – pediu desculpas pelo que havia feito e disse ter entendido que era muito cedo para ele pensar naquilo.

O praticante ouviu a conversa e, demonstrando estar envergonhado, falou para a terapeuta que havia entendido que isso não era para criança, e que não aconteceria de novo. A terapeuta então, se sentou, e lhe explicou as fases da vida que ele já passou, e que ainda vai passar, citando exemplo de cada uma delas; ao final da conversa, P4 abraçou a terapeuta e despediu-se dizendo, até a aula que vem.

Na sessão que se seguiu, o praticante pediu para que ele mesmo pudesse levar seu cavalo até a rampa e montar sozinho, o pedido foi aceito, e este o fez sem erros. Fez o aquecimento conduzindo o seu próprio cavalo, mas na hora dos exercícios foi acompanhado pelos auxiliares laterais e guia.

Esses exercícios foram executados com o cavalo em movimento, na andadura passo; e o praticante não demonstrou dificuldade em completá-los.

Obs.: a psicóloga responsável por este estudo entrou em contato com a escola de P4, e segundo informações relatadas pela Orientadora de sua classe, o aluno começou a apresentar algumas melhoras em seu comportamento, mas continua com dificuldade de prestar atenção e inquieto.

Mês 4:

Neste mês foram praticados os exercícios: giro de braço, giro completo sobre a manta, elevação de pernas, pressão da panturrilha com elevação do corpo, abandonar e retomar acento, entre outros; porém com um grau de dificuldade maior, e com o animal em movimento.

Também foram iniciados exercícios de rédeas e uso das pernas para direcionar o animal. Materiais como obstáculos de hipismo e cones foram utilizados para essa prática.

O praticante demonstra segurança ao realizar os exercícios com o animal em movimento, então o auxiliar guia foi dispensado, apenas a terapeuta acompanhou o atendimento.

Pôde-se notar melhora na autoestima, autoconfiança, concentração, equilíbrio e força muscular de P4.

Mês 5:

P4 demonstra ter controle sobre o animal, e tem cumprido todos os exercícios pedidos ao passo, e conduzindo o seu próprio cavalo; estando apto para sua iniciação à andadura “trote”.

Após todas as explicações e demonstrações necessárias, o praticante fez algumas tentativas, porém sem sucesso; o animal acelerava o passo, porém não entrava no trote.

P4 se mostrou irritado e disse que não conseguiria, então a terapeuta lhe explicou que não era fácil, mas que este não podia desistir, que deveria continuar tentando, mas este continuou irritado e ao descer do cavalo parecia estar frustrado.

Na sessão seguinte, após todos os exercícios serem cumpridos, uma nova tentativa do trote, então este conseguiu por alguns metros, o que lhe significou mais uma vitória, pois vibrava com o acontecimento.

Sua mãe trouxe a notícia de que este começara a ler, a professora lhe mandou um recado de elogio. Disse que o aluno está mais tranquilo, que faz às tarefas e que começou a ler. A equipe de atendimento vibrou junto ao praticante e à sua mãe.

Na última sessão deste mês foi dada uma aula de vivência, onde o praticante aprendeu a alimentar seu cavalo, a colocar o bucal, tirá-lo da baia, escová-lo, e encilhá-lo; então foi dada uma sessão de 20 minutos. Após a montaria, o praticante levou seu cavalo de volta às baias, desencilhou, e deu-lhe banho. Todo este procedimento foi instruído pela terapeuta e acompanhado pelo tratador do animal, assim como foram seguidos todos os procedimentos de segurança.

No início da sessão, P4 parecia estar ansioso, fazia várias perguntas umas seguidas das outras e não esperava as respostas. Durante a aula, este demonstrava estar focado naquele aprendizado, procurava fazer exatamente o que lhe era explicado.

Ao final desta, o praticante parecia estar muito cansado, mas afirmou ter gostado e em seguida perguntou quando haveria essa aula novamente.

Obs.: a psicóloga contatou novamente a escola de P4, e segundo as informações dadas pela Orientadora, o comportamento do aluno melhorou, este não mais apresenta dificuldades para prestar atenção nas explicações, completa os exercícios do caderno e o dever de casa, e respeita seus colegas e professores.

Mês 6:

Seguimos com o treinamento da prática do trote, porém aumentando gradativamente seu grau de dificuldade; por meio de curvas, paradas e retomadas, circuitos, onde o praticante deve estar concentrado e decorar o percurso, entre outros.

A cada sessão pudemos notar a melhora de sua habilidade com o animal. A partir desse momento, P4 executou todos os exercícios ao passo, e conduzindo o seu próprio cavalo; a terapeuta apenas lhe acompanhava do centro do picadeiro.

As outras sessões foram dedicadas ao treinamento do que foi aprendido anteriormente, principalmente o fato de se unir vários comandos e posicionamentos simultaneamente.

Também foram dadas as instruções sobre o galope, movimento este que exige que o cavaleiro trabalhe com a junção de todas as técnicas aprendidas anteriormente. P4 fez 4 tentativas até conseguir executá-lo, mas depois de tê-lo realizado a primeira vez, não teve mais problemas com a execução do galope.

Mês 7:

Este mês iniciou-se com a apresentação e adaptação da sela. O praticante já havia pedido anteriormente, e mais uma vez vibrou ao ver que este dia havia chegado.

P4 relatou ser estranho montar na sela, e que escorrega; demonstrou certa insegurança em relação ao diferente material.

Esta primeira sessão com a sela foi apenas de adaptação, mas mesmo assim, ele conduziu o seu cavalo, acompanhado apenas da terapeuta.

As sessões seguintes aconteceram de forma natural, o praticante se adaptou bem ao novo instrumento; então foi-lhe apresentado o estribo, e exercícios realizados com este.

No restante das sessões foram treinados todos os posicionamentos de postura e pernas, direção e controle do animal, e equilíbrio com a sela.

Mês 8:

Neste mês, após observar que o praticante estava apto, foram iniciadas as explicações e demonstrações do salto.

P4 não teve dificuldades para executar o salto. A cada sessão uma dificuldade maior, este acompanhou sem problemas. Inicialmente foram utilizadas varas de obstáculos no chão, e em seguida as primeiras alturas do salto.

Ao final deste mês, o praticante chamou a terapeuta e agradeceu pelas aulas, disse que ele não sabia que podia ser capaz de fazer tanta coisa, e que aprendeu a não desistir, que é preciso continuar tentando.

Conclusão das sessões:

No decorrer desses meses pudemos notar melhoras referentes à sua autoestima, autoconfiança, persistência, disciplina, responsabilidade, percepção corporal, estabilidade de humor; e também na questão física, este obteve melhoras em seu equilíbrio, postura, coordenação motora e força muscular.

PARTICIPANTE 5 – P5:

ANAMNESE – respondida pela mãe de P5:

Pré-intervenção:

P5 nasceu em 3 de dezembro de 1996 (14 anos), sexo masculino, natural de Campo Grande-MS, cursa o 8º ano do Ensino Fundamental de uma Escola Particular. Reside em casa financiada juntamente com sua mãe (38 anos), Ensino Médio Completo, comerciante; com seu pai (44 anos), Ensino Fundamental Incompleto, comerciante; e com uma irmã (20 anos), universitária.

Com 24 anos, casada, engravidou sem planejamento. Seu marido ficou muito feliz, mas a mãe demorou para aceitar. O casal não tinha preferência pelo sexo, mas a filha sim queria uma menina para lhe fazer companhia, mesmo assim ficou feliz com a chegada do bebê.

Em relação ao seu desenvolvimento, e em comparação à primeira filha, a mãe afirma que tanto para sustentar a cabeça, quanto para sentar-se, andar, P5 foi precoce. A fala começou a aparecer ao primeiro ano de idade, mas foi em uma época de mudança de moradia da família, então ele parou de falar. Foi quando os pais procuraram um profissional e ele fez um tratamento para atraso de fala, após o procedimento, não tiveram mais problemas relacionados à fala.

Então a Fonoaudióloga indicou que ele ingressasse na escola, ele tinha 2 anos. Hoje P5 frequenta o 8º ano do Ensino Médio, vai sozinho de ônibus à escola; demonstra não gostar de estudar, mas gosta das professoras, da escola e dos 20 colegas que estudam em sua classe.

Diante de seu fracasso, a mãe conversa e castiga. Diante de seu sucesso, a mãe elogia, e quando muito lhe dá alguma recompensa.

Sua mãe define sua sociabilidade como boa, sem problemas. P5 é um menino que gosta de brincar sempre na companhia de alguém, e tem facilidade em fazer novas amizades. Em relação a fazer visita em casa de amigos, ela deixa raramente, e receber os amigos em casa apenas se ela estiver presente.

Suas diversões, segundo sua mãe, é ficar no computador, jogar bola, ouvir música, assistir televisão. Como atividade extra, fora da escola, ele pratica Kung Fu, faz parte de um grupo de escoteiros e joga futebol.

A mãe enfatiza que P5 não gosta de ser contrariado, e às vezes se mostra muito teimoso.

Em 2009, com 12 para 13 anos, a mãe viu P5 mexendo em sites pornográficos da internet, e pegou algumas mensagens que ele havia recebido de propagandas de sites assim. Ela sentou e conversou com ele, tirou algumas dúvidas e chamou a atenção para esses sites, porque podem ser perigosos. Afirmou também que ele gosta de namorar, e que tem sempre várias meninas que procuram por ele, estas ligam em casa, ou aparecem por lá.

Nunca adoeceu gravemente, nem precisou ser hospitalizado. Na família existem casos de hipertensão e diabetes.

P5 não faz uso de medicação.

A mãe descreve seu local de estudo como sendo na sala de jantar, porque é bem iluminado e arejado, mas quando esta percebe que ele não vai fazer as tarefas, o coloca ele ao seu lado, na mesa da loja de conveniência da família. E seu local de brincar é no computador ou do lado de fora da casa, mas geralmente, ao invés de brincar, ele a ajuda na loja.

Sua relação com a mãe é amistosa, mas às vezes conturbada, porque é ela quem cobra o dia todo para que ele cumpra seus afazeres. Com o pai, são amigos e conversam bastante, com a irmã, também é um pouco conturbada, ele tem muito ciúmes dela, e se provocam o dia todo, até brigarem. A mãe é quem exerce autoridade em casa.

Os comportamentos característicos, segundo o relato da mãe, são: muito agitado, impulsivo, sempre tem razão, faz brincadeiras de mau gosto, inventa mentiras, fala em demasia, desorganizado, desatento, e às vezes agressivo.

Sua rotina em um dia normal de semana é: a mãe tem que acordá-lo, por volta de umas 8h, então toma café, e tem que fazer as tarefas da escola, e quando não faz, a mãe o leva para a conveniência para que faça e que a ajude. Depois do almoço vai para a escola e volta 17h30, é quando a família se encontra, jantam juntos e então assistem à televisão; ele dorme por volta das 23h.

Em dias de fim de semana, ele ajuda os pais na loja meio período e então tem livre o resto do dia. Ele gosta de encontrar com os amigos, jogar no computador, ir ao cinema, festinhas com os colegas, etc. Geralmente nos domingos, ele tem o encontro dos escoteiros, que sempre fazem acampamentos e caminhadas em fazendas.

A mãe espera que a Equoterapia ajude P5 a controlar melhor seu comportamento, sua impulsividade, o respeito ao próximo, que ajude a entender o que é responsabilidade, que melhore sua atenção e concentração.

RELATO – respondido pela mãe de P5:

Pós-intervenção:

Mãe: “Após o tratamento com a Equitação Terapêutica senti muita melhora, de forma geral, em meu filho. Ele está mais atencioso com a família, briga menos com sua irmã, passou a me ajudar em nosso comércio, respeita melhor as pessoas, aprendeu até a arrumar sua própria cama, e aprendeu a sentar com a postura correta, não mais todo torto; quero dizer que ele está mais disciplinado e responsável com suas obrigações. Seu quarto está mais organizado, ele pensa antes de responder, está menos impulsivo. Eu mantenho contato frequente com a coordenadora da escola, que também me falou de melhoras no comportamento dele.”

QUESTIONÁRIO - respondido pela professora de P5:

Pré-intervenção:

C.R.T.R., 48 anos, sexo feminino, natural de Rinópolis, SP, leciona há 27 anos. É professora de P5 desde o início de 2010, no 8º ano. O relacionamento dela com o aluno é bom e amistoso, até o momento de cobrá-lo por algo, diz ela que este só respeita a coordenadora. A relação da professora com os pais é boa, mas se comunica melhor com o pai.

Em sala de aula, segundo a professora, apesar de ser repetente, o aluno demonstra falta de atenção e concentração, e apresenta um comportamento desafiador, chama à atenção todo o tempo, respeita apenas alguns professores, provoca tanto os professores como também os colegas, e demonstra ser machista, parece ter certo preconceito quanto às meninas.

P5 tem muitos amigos, não aparenta ter problemas com sua sociabilidade. Mas, segundo a professora, seu comportamento deixa a desejar, esta completa ainda que, durante o horário de recreio, este aluno procura fazer coisas que estão fora das regras, não tem limites, suas atitudes desgastam a todos os profissionais que trabalham na escola.

Nos Aspectos Psicossociais, a professora afirma que P5 gosta de estar com seus colegas, mas sempre impõe uma postura de líder, é ciumento e briguento. Mas suas reações afetivas são marcantes, ele sempre demonstra carinhos, beija, abraça e gosta de elogios.

Quando repreendido, ele resmunga e xinga. Suas reações emocionais são: confiante, ansioso, agressivo, impulsivo, agitado, expansivo e amoroso. Diante de um fracasso ele revolta-se, e quando provocado, ele, reage e defende-se.

A professora afirma também que um o maior problema enfrentado hoje em relação ao seu comportamento é sobre a mentira e simulação; todos os dias a escola passa por situações relacionadas a esses temas com P5.

O aluno demonstra bastante interesse em trazer objetos que não fazem parte do material escolar, não cuida de seus objetos pessoais, mas partilha esses objetos com seus colegas e sente prazer em ajudá-los.

A sua aprendizagem é lenta, ele não aprende com rapidez, não forma conceitos, não aplica o que lhe é ensinado, não mostra interesse nem atenção, é dispersivo, tem dificuldade de organizar seu raciocínio, mas faz sínteses, tem bom vocabulário, sua letra é legível, constrói parágrafos, mas não faz redação, consegue soletrar, mas gagueja e troca palavras ao ler.

História, Matemática, Geografia e Ciências são as matérias as quais P5 apresenta menor rendimento. A professora afirma também que suas maiores dificuldades vêm da indisciplina, falta de atenção e concentração; ele tem muita dificuldade em ficar sentado e com foco em alguma coisa.

RELATO – respondido pela professora (C.R.T.R., 48 anos, Língua Portuguesa) de P5:

Pós-intervenção:

Professora: “P5 parece estar mais centrado, começou a respeitar as pessoas, tanto colegas como professores, está menos impulsivo, não brigou mais na escola. Tem feitos todos os exercícios que lhe é passado, e quando não consegue fazer, procura o professor para que este lhe explique novamente, consegue prestar atenção nas explicações, parece estar mais persistente em aprender. Ele melhorou muito após ter começado a Equitação Terapêutica.”

RESULTADOS DOS TESTES:

TESTE 1 – Teste de Desempenho Escolar – TDE

Pré-intervenção:

O teste TDE tem avaliação por série/ano, até a 6ª série/7º ano. P5 cursa a 7ª série/8º ano. Então seus resultados serão avaliados somente de acordo com a classificação por idade.

Com explicações claras e objetivas sobre as instruções de aplicação, P5 demonstrou ter entendido, e o teste foi iniciado.

No subteste da Escrita, seu escore apresentou classificação superior, mas no subteste de Aritmética e Leitura, seus escores foram inferiores de acordo com sua idade. Seu resultado geral obteve classificação inferior.

Pós-intervenção:

O teste foi iniciado após P5 ter demonstrado entender as instruções, estas dadas de forma clara e objetiva.

No subteste da Escrita, seu resultado foi superior; no subteste de Aritmética foi médio e no subteste da Leitura foi superior. Tendo como resultado geral uma classificação superior.

Conclusão do TDE:

Comparando os resultados pré e pós-intervenção de P5 no teste TDE, podemos concluir que este apresentou uma evolução significativa em seu Desempenho Escolar. Seu escore no subteste da Escrita foi mantido superior; no subteste de Aritmética este passou de inferior para médio; e no subteste de Leitura, seu resultado foi de inferior para superior. Tendo seu resultado geral evoluído de inferior para superior.

Obs.: as palavras separadas por “/” estão divididas por classificação:
de sua série/ano “/” e de sua idade.

TESTE 2 – d2 – Atenção Concentrada:

Pré-intervenção:

Após a explicação das instruções, do treinamento com a linha de exercício dada pelo teste, e da confirmação de entendimento por parte do praticante, o teste foi iniciado.

O praticante obteve resultado médio inferior na questão de sua rapidez. Na porcentagem de erros, este obteve escore médio; na distribuição de erros pudemos perceber que o praticante cometeu mais erros no intermédio e no final do trabalho, o que indica que sua capacidade de concentração e atenção concentrada estão em um nível médio inferior, sendo que estes o prejudicam no decorrer de trabalhos de longa duração e que lhe exijam atenção. Sua Amplitude de Oscilação foi média superior, apontando variações em seu ritmo de trabalho.

Pós-intervenção:

Após as explicações, treinamento na linha de exercício e entendimento por parte do praticante o teste foi iniciado.

Seus resultados indicam que sua rapidez está em um nível superior, assim como sua atenção concentrada. Com a distribuição de erros, podemos observar que sua precisão melhorou, houveram poucos erros; estes cometidos em sua maioria por omissão, e minoria por marcação, o que indica que o praticante melhorou seu rendimento, mas sua atenção ainda oscila no intermédio de uma tarefa; que é onde estão localizados a maioria dos seus erros, caracterizando um melhor rendimento de P5 no início e no final do trabalho. Sua Amplitude de Oscilação foi média superior, apontando certa variação em seu ritmo de trabalho e capacidade de concentração.

Então, podemos concluir que P5 obteve resultados esperados de acordo com sua idade e escolaridade, estando em uma faixa de rendimento médio superior. Junto à sua rapidez e melhora de sua precisão, estão bons resultados para a sua atenção concentrada e ritmo de trabalho, assim como em sua capacidade de concentração.

Conclusão do d2 – Atenção Concentrada:

Fazendo uma comparação nos resultados das aplicações pré e pós-intervenção de P5, podemos concluir que houve evolução nos itens avaliados.

O resultado da primeira aplicação do teste indicou maior dificuldade de atenção concentrada na fase intermediária e final da atividade, bem como, nestas estavam a maioria de seus erros. Já na segunda aplicação, após a intervenção terapêutica, pôde-se notar a evolução de seu rendimento no início e no final da atividade, estando nestas fases a menor quantidade de erros omitidos e marcados.

Podemos afirmar então, que houveram melhoras relacionadas à sua atenção concentrada, foco de atenção, capacidade de concentração, e rendimento em trabalhos que exijam atenção.

TESTE 3 – Escala de TDAH – versão para professores:**Pré-intervenção:**

Segundo a Professora de Língua Portuguesa, P5 repetiu o 7º ano, e hoje cursa o 8º ano do Ensino Fundamental. Tem seu comportamento agitado, apresenta dificuldade de atenção/concentração e dificuldades para aprender.

Nos quesitos avaliados por esta Escala, sendo estes: o Déficit de Atenção, a Hiperatividade/Impulsividade, Problemas de Aprendizagem e Comportamento Antissocial; aluno obteve percentil máximo em todos estes itens; indicando a presença real do Transtorno.

Nas questões sobre o Déficit de Atenção, podemos concluir que o aluno é desorganizado com as lições do caderno, não dá respostas claras e coerentes ao professor, não segue o ritmo da classe, cuida, de certa forma, dos seus materiais escolares, mas mesmo assim, perde e esquece objetos; consegue trabalhar independentemente com dificuldade, não presta atenção às explicações do professor, distrai-se facilmente, esquece com rapidez o que acabou de ser dito, não termina o que começa, e tem dificuldade para concentrar-se.

Nas questões sobre Hiperatividade/Impulsividade, o aluno demonstra ser inquieto, impulsivo, imprudente levanta-se frequentemente da carteira, está sempre com pressa, não sabe esperar a sua vez, fala em demasia, mas não atrapalha o professor com barulhos diferentes.

Em relação aos Problemas de Aprendizagem, este, não rende o esperado em português, tem dificuldades em entender problemas de matemática, seu raciocínio lógico é lento, sua caligrafia é desleixada, não gosta de fazer exercícios que exijam raciocínio, é desatento ao escrever, sendo assim, comete muitos erros na escrita, mas sua leitura é boa e se expressa com clareza; tem dificuldade para a compreensão de textos e não segue regras e normas da classe.

Na questão de Comportamento Antissocial, P5 é evitado por seus colegas de classe, causa confusões frequentes em sala de aula, irrita estes com suas palhaçadas, é briguento, e não respeita os professores.

Pós-intervenção:

Segundo a Professora de Língua Portuguesa, P5 não mais apresenta um comportamento agitado, nem mesmo dificuldade de atenção/concentração e problemas na aprendizagem.

Em todas as áreas analisadas pelo teste, estas de acordo com a percepção da professora, P5 obtiveram escores médio/inferior, ou seja, dentro da expectativa, indicando menos problemas que os outros indivíduos da mesma idade.

No quesito de Déficit de Atenção, a professora afirma que P5 está organizado e atento às suas lições do caderno, mas ainda há certa dificuldade em seguir o ritmo da classe e trabalhar independentemente; cuida melhor de seu material escolar, passou a prestar atenção às explicações, suas distrações são menos frequentes, termina todas as atividades que começa, e consegue concentrar-se com mais facilidade.

Em relação à Hiperatividade/Impulsividade, P5 começou a pensar antes de agir, ou seja, houve uma diminuição significativa em sua impulsividade e em agir com imprudência; parece estar mais tranquilo e calmo, sabe esperar a sua vez, não mais atrapalha o professor com barulhos, não levanta da carteira durante a aula, sabe aguardar a sua vez, mas fala em demasia.

Em relação aos Problemas de Aprendizagem, P5 rende o esperado em português, seu raciocínio lógico melhorou, assim como sua escrita, leitura e caligrafia, não apresenta dificuldade para compreender textos e problemas de matemática, e segue regras e normas da classe.

E, em Comportamento Antissocial, segundo a professora, seus colegas de classe não mais o evitam, possui amigos, não mais os irrita outras crianças, não houve mais casos de brigas e discussões, e P5 aprendeu a respeitar os professores e colegas.

Conclusão da Escala de TDAH:

Comparando os resultados das aplicações pré e pós-intervenção, podemos concluir que P5 obteve melhoras significativas em relação ao seu Déficit de Atenção, Hiperatividade/Impulsividade, Problemas de Aprendizagem e Comportamento Antissocial.

Na aplicação pré-intervenção, de acordo com as respostas de sua professora, P5 obteve percentil máximo nas áreas avaliadas pela escala, confirmando a presença do transtorno. Já na aplicação pós-intervenção, este obteve percentil classificado como médio/inferior, ou seja, dentro da expectativa da normalidade para o seu sexo.

Podemos então concluir que, para P5, a Equitação Terapêutica trouxe benefícios relacionados à Atenção/Concentração, Comportamento, Aprendizagem e Comportamento Social.

DESCRIÇÃO DAS SESSÕES:

Mês 1:

Após as instruções e explicações de segurança necessárias referentes aos cuidados que se deve ter com o animal, foram apresentados os materiais de trabalho e de proteção, então foi feita a primeira aproximação do praticante com o cavalo.

P5 se mostrava pouco interessado, disse que já havia montado antes, na fazenda de um amigo, e que achava a ideia deste método terapêutico interessante, mas não sabia se iria se adaptar.

Lhe foi explicado a diferença de andar a cavalo, em fazenda, a passeio, e montar em um cavalo, com intuito esportivo e educacional. Pareceu não estar convencido, mas mesmo assim montou e se dispôs a fazer a aula.

Durante este atendimento foram dadas muitas explicações sobre todos os benefícios que o cavalo poderia lhe trazer, e quando se falou sobre ganho muscular, seu interesse começou a mudar, só então fez algumas perguntas sobre a prática.

Sua adaptação foi boa, sem problemas, apenas dificuldade de equilíbrio e postura.

Nas sessões seguintes, P5 se mostrava cada vez mais interessado, à medida que surgiam novos desafios. Desafios estes vistos na prática dos exercícios, que por sua vez ainda eram iniciais.

Estas sessões se caracterizaram pelo uso da manta para a montaria, material este que, por ser flexível e macio, permite com que o praticante sinta todos os movimentos do animal.

Na última sessão deste mês, P5 já se mostrava ansioso para montar e para evoluir, pedia sempre por algo mais difícil, dizia que conseguiria; aparentava estar confiante com a situação.

Neste primeiro mês, P5 fez exercícios de equitação, tais como giro de braço, giro completo sobre a manta, deitar para frente e para trás, pressão de panturrilha, estes com o cavalo parado; e, suas sessões foram acompanhadas por um auxiliar guia e um lateral.

Mês 2:

No primeiro mês P5 se mostrava, de certa forma, reservado, arredio, mas neste segundo mês, logo ao chegar, fazia questão de cumprimentar toda a equipe, e, geralmente, com abraços e perguntas como: “tudo bem?” e “como você está?”

A partir de comportamentos assim, e outras observações, pode-se afirmar que já existe certo vínculo entre o praticante, a equipe de atendimento e deste e o cavalo.

Nos atendimentos de P5, eram treinados os exercícios já aprendidos anteriormente, porém com um grau maior de dificuldade, e novos exercícios lhe eram passados. O praticante se mostrava ansioso durante a explicação de um exercício novo, tentava fazer antes mesmo de terminar as instruções.

Estes exercícios eram realizados com o acompanhamento do auxiliar guia e lateral, e com o animal parado.

Percebendo a independência e confiança do praticante, na última sessão deste mês, explicações sobre as instruções de rédeas lhe foram dadas. P5 agiu como se fosse algo óbvio, como se ele já estivesse preparado anteriormente.

A terapeuta, percebendo a situação, lhe passou alguns exercícios com maior dificuldade, propositalmente, para que este não conseguisse cumprir. Após a tentativa frustrada de P5, a terapeuta lhe chamou, explicou o que havia feito, e salientou explicações sobre humildade e figura de professor; para que este entenda que se não lhe foi passado antes, é porque existem etapas no processo de aprendizagem, tanto com a montaria, tanto em sala de aula, na escola.

Mês 3:

Este mês iniciou-se com a execução dos exercícios ao passo, com o animal em movimento. No início, o praticante apresentou certa dificuldade e pensou em desistir, mas com estímulos dados pela terapeuta, este conseguiu completar todos os exercícios sem ajuda, apenas estímulos verbais. Ainda acompanhado pelo auxiliar guia e lateral.

Na sessão seguinte, acompanhado apenas de um auxiliar lateral, a terapeuta, e conduzindo o seu próprio cavalo, P5 realizou os exercícios com o animal parado, mas com a responsabilidade de fazer os exercícios e cuidar para que o animal não se movimente.

A evolução de P5 a cada sessão era visível, ele almejava algo mais difícil, lhe era dado, e este conseguia. A equipe percebeu que este estava concentrado e se esforçando para conseguir cumprir os desafios que lhe eram dados, colaborava com todos os comandos, respeitava melhor a figura do professor. Nos meses anteriores, por vezes, lhe era dados um comendo, e este respondia que não iria fazer, simplesmente pelo fato de que não queria naquele momento.

Neste mês também lhe foram dadas técnicas de pernas para conduzir o animal; bem como o treinamento da junção de todas as etapas aprendidas até agora. Para este treinamento, foram utilizadas folhas de papel, cones, obstáculos de salto, bolas, entre outros. E podemos dizer que estes exercícios trabalham equilíbrio, força muscular, concentração, foco de atenção e memorização, pois para P5 completar todos os exercícios e percursos, conduzindo seu próprio cavalo necessita das áreas citadas acima.

Obs.: a psicóloga responsável por este estudo entrou em contato com a escola de P5, e segundo informações relatadas pela Coordenadora responsável por sua classe, o aluno começou a apresentar algumas melhoras em seu comportamento, sua agressividade diminuiu, mas continua com dificuldade de prestar atenção, inquieto, não respeita seus colegas e professores, e continua causando confusão em sala de aula.

Mês 4:

Neste mês tivemos como objetivo o treinamento e aperfeiçoamento das etapas anteriores; para que o praticante possa ter uma evolução adequada na montaria, é de fundamental importância que o cavaleiro tenha uma base sólida das técnicas iniciais.

Foi realizada também uma aula de vivência. Esta instruída pela terapeuta e acompanhada pelo tratador. O Praticante executou tarefas como alimentar o animal, colocar o boçal, retirá-lo da baia, escová-lo, limpá-lo, encilhá-lo, também lhe foi explicado e por vezes, perguntado o nome de cada material utilizado para o manejo e para a montaria.

Após esta primeira etapa ter sido cumprida, o praticante montou para uma sessão normal, mas de apenas 20 minutos, e então levou seu cavalo de volta às baias, desencilhou, escovou novamente e deu-lhe banho.

P5 afirmou ter gostado da aula, disse ter se sentido bem em cuidar do animal.

Mês 5:

Tendo o praticante demonstrado segurança e evolução em sua montaria, passamos para a próxima fase, o trote. Foram dadas as instruções necessárias e demonstrações. P5, ao início teve dificuldade, mas a partir da segunda sessão conseguiu entender o movimento feito pelo cavalo, e a acompanhá-lo.

Os exercícios trabalhados deste período foram: pressionar a panturrilha e elevar o corpo, giro completo, giro de braço, abandonar e retomar acento, mão direita na ponta do pé esquerdo (vice-versa); estes realizados ao passo e com P5 conduzindo seu próprio cavalo. Neste momento apenas a terapeuta o acompanhava.

P5 demonstrou grande evolução em relação à sua prepotência, estava mais comunicativo e atencioso com o que as pessoas tinham a lhe dizer.

Mês 6:

No início deste mês P5 foi instruído para realizar a andadura “galope”; e vibrou bastante ao sentir que conseguiu. Afirmou que parecia estar livre, sem nada na cabeça, dono de si; sensações estas estimuladas pelos movimentos do cavalo.

Então, foi lhe apresentado a sela. P5 relatou ter ficado feliz com aquele “presente”; considerava a sela um prêmio para quem conseguisse completar todas as etapas anteriores.

Sua primeira montaria na sela foi de adaptação, ao início da sessão este reclamou um pouco, pois escorregava, mas aos poucos foi se acostumando.

Lhe foi exigido que executasse todos os exercícios que já estavam sendo treinados anteriormente, e este cumpriu a tarefa sem problemas.

Na terceira sessão iniciamos o uso dos estribos, apoio para os pés.

E na última sessão do mês foi treinado o trote sentado com estribos.

Ressaltando que em todas as sessões são realizados todos os exercícios de rotina, geralmente com variações para que tenhamos sempre um atrativo diferente.

Obs.: a psicóloga contatou novamente a escola de P5, e segundo as informações dadas pela Coordenadora responsável por sua classe, o comportamento do aluno melhorou, este não mais apresenta dificuldades para prestar atenção nas explicações, completa os exercícios do caderno e o dever de casa, respeita seus colegas e professores, sua agressividade parece estar controlada.

Mês 7:

Este mês teve como objetivo melhorar o conjunto e técnicas de montaria de P5, além dos exercícios, principalmente para equilíbrio, força muscular e concentração, foi realizado, por tempo considerável, o trote.

Tivemos também o início do uso dos estribos para realizar o trote elevado, movimento este que exige muito da atenção e concentração do praticante, além de preparação física.

P5, ao início teve dificuldade em seguir o ritmo do cavalo, mas após algumas tentativas, e persistência da parte deste, conseguiu realizar o movimento sem problemas.

Mês 8:

A próxima etapa é a iniciação no salto. O praticante demonstra estar confiante para este próximo passo.

Foram dadas as instruções e demonstrações devidas, a pista foi organizada e o obstáculo montado de acordo com procedimentos de segurança para esta primeira experiência.

O obstáculo foi montado primeiramente com varas no chão, e após ajustes relacionados à postura, posicionamento e uso de pernas, foi aumentada a altura gradualmente.

Pudemos perceber que P5 estava satisfeito com suas vitórias. Na última sessão, abraçou e agradeceu a equipe por ter-lhe proporcionado uma oportunidade a qual lhe ajudou em muitas coisas.

Conclusão das sessões:

Em todos esses meses de processo terapêutico, pudemos notar melhoras relacionadas ao comportamento hiperativo, inclusive agressividade, foco de atenção, concentração, persistência, autoestima, autoconfiança, responsabilidade, respeito ao próximo, além da coordenação motora, equilíbrio, postura e força muscular.

PARTICIPANTE 6 – P6:

ANAMNESE – respondido pelo pai de P6:

Pré-intervenção:

P6 nasceu em 24 de setembro de 1998 (12 anos), sexo masculino, natural de Campo Grande, MS; cursa o 6º ano de uma Escola Pública nesta mesma cidade. Reside, em uma casa própria, com sua mãe (47 anos), Ensino Médio Completo, comerciante; com seu pai (46 anos), Ensino Superior Completo (Teologia), Pastor; e um irmão (20 anos), Ensino Médio Completo, serve o exército.

Os pais são casados, a mãe tinha 34 anos, e a gravidez foi planejada, mas tanto o pai quanto a mãe queriam uma menina, mas mesmo assim ficaram muito felizes com o nascimento de um menino.

Durante o seu desenvolvimento, segundo o pai, todas as fases, sustentação da cabeça, sentar-se, fala, e o andar aconteceu de forma normal, apenas que a criança, desde bebê, parecia ser muito agitada.

P6 começou a frequentar a escola com idade de 5 para 6 anos; hoje, no 6º ano, vai à pé e sozinho, o pai enfatiza que a escola é perto de casa. O pai afirma também que P3 não gosta da

professora, e nem de estudar, mas gosta dos colegas (ao todo 35 em sua classe), e gosta da escola.

Diante de seu fracasso, o pai incentiva a continuar e tentar novamente, e quando necessário usa de punição, faz restrições às coisas que a criança gosta de fazer; e diante de seu sucesso, o pai usa de elogios, comemora e lhe dá recompensas.

O pai relata que seu filho gosta de brincar com amigos; faz poucas visitas a estes por conta de seu comportamento, mas recebe os amigos em sua casa sempre que combinado com antecedência. Não tem problemas em fazer novos amigos e gosta de brincar com bola, computador, estilingue, bicicleta, televisão, ouvir música.

Como atividade extra, fora do horário da escola, P6 pratica futebol de salão; e suas diversões são ir à igreja, participar de gincanas, recreações da escola, e encontrar seus amigos. Dentre as coisas as quais ele não gosta estão ler, estudar e ser contrariado.

Há 2 anos começaram a aparecer dúvidas em relação à sexualidade, as quais seus pais, principalmente o pai, responderam a todas, e deram orientações. Há alguns meses, uma colega estava com ele em casa, e quando a mãe entrou no quarto os dois estavam nus e ele deitado em cima dela. A mãe sentou com os dois e explicou que ainda não era hora de fazer essas coisas, que para tudo tem sua hora certa.

Sua saúde nunca sofreu por doenças graves, exceto por ter tido sarampo quando pequeno e infecção de intestino, pelo qual ficou internado de 2 a 3 dias.

Não faz uso de medicação.

Em sua casa há um local próprio com uma mesa para estudar e outro local para brincar, mas ele prefere brincar na varanda, do lado de fora da casa. Quando a família recebe visitas, P6 se dispõe a servir, é muito amoroso, mas mesmo assim tenta chamar a atenção todo o tempo.

Sua relação com sua mãe, assim como com seu pai e irmão é muito amigável e carinhosa; assim também acontece na relação entre seus pais. Quem exerce autoridade em casa é o pai.

O pai relata que seus comportamentos característicos são: muito prestativo, quando existe algo de seu interesse, às vezes nervoso, impaciente, agitado, mas carinhoso.

Seus maiores interesses são os amigos, o futebol, jogos, festas, e passeios.

Em um dia normal de semana, o pai enfatiza que de manhã P6 deveria estudar, mas só o faz quando supervisionado, arruma sua cama; a tarde vai à escola, e quando volta janta com a família, assistem à televisão ou vão à igreja.

Nos finais de semana a família faz passeios juntos, brinca em casa ou com amigos, assiste filmes e dorme mais tarde.

O pai espera que a Equoterapia o ajude na questão de controle do TDAH, que ajude no seu desempenho na escola, na sua impulsividade e ansiedade.

RELATO – respondido pelo pai de P6:

Pós-intervenção:

Pai: “P6 foi mudando aos poucos, para melhor. Nós, eu e minha esposa, notamos que nosso filho parece estar crescendo, no sentido de estar mais maduro, em suas reações às situações do dia a dia. Ele aprendeu a respeitar melhor os mais velhos e ajudar nas tarefas de casa, quando lhe é pedido algo, ele faz em seguida, não é necessário dar a mesma ordem várias vezes, ele pára para ouvir o que temos a dizer, e demonstra estar atento a isso; ele tinha dificuldade para dormir e acordava várias vezes durante a noite, hoje ele dorme muito melhor. A coordenadora

me falou que o seu comportamento na escola melhorou muito; enfim, meu filho está muito mais tranquilo que antes. Esse tratamento ajudou toda a família; nós estávamos no limite. Tinha dias que eu já não sabia mais o que fazer, ele não respeitava, não obedecia, fazia muita arte, vinham muitas reclamações da escola; hoje estamos vivendo melhor uns com os outros, menos brigas e mais momentos alegres.”

QUESTIONÁRIO – respondido pela professora de P6:

Pré-intervenção:

S.P.F., 28 anos, sexo feminino, natural de Jales-SP, leciona há 6 anos. Seu primeiro contato com P6 foi em Fevereiro de 2010, no começo existiram algumas divergências, ele sempre tentava chamar toda a atenção para si. Com seus pais ela afirma ter tido sempre um bom relacionamento.

A professora afirma que o comportamento de P6 em sala de aula é bastante agitado, não pára quieto, não presta atenção, não tem concentração, não faz as atividades, desorganizado, muita conversa, às vezes parece estar meio triste, mas em seguida recomeça com toda a agitação.

Ela define sua sociabilidade como ótima, disse que ele é um menino muito educado.

Na escola ele às vezes alega estar com dor de cabeça, mas as professoras observaram que perceberam que era uma forma de fuga para não fazer as atividades.

Nos Aspectos Psicossociais, segundo a professora, P6 gosta de brincar com seus colegas, sempre se impõe como líder, é participativo, gosta que a atenção esteja voltada para ele, demonstra ser carinhoso, sempre beija, abraça, gosta de carinhos e elogios. Quando repreendido resmunga, fica emburrado, se retrai, mas respeita e pede desculpas.

Suas reações emocionais, de acordo com o relato da professora, são: nervoso, ansioso, impulsivo, agitado, alegre, descuidado, expansivo e amoroso. Se contrariado diante de seu fracasso, ele aceita. Quando provocado pelos outros, ele reage, defende-se e se necessário, pede proteção. Alguns de seus problemas neste contexto são: a mentira, simulação, e o fato de estar chamando a atenção o tempo todo.

Referente à sua aprendizagem, por falta de concentração, o aluno não aprende com rapidez; não forma conceitos; é desinteressado; transforma palavras no ditado; precisa seguir com o dedo para conseguir ler; mas tem um bom vocabulário; faz sínteses; se expressa com clareza; distribui bem o texto no papel; conta histórias ordenadamente; faz redação; em resumo, seus problemas relacionados à aprendizagem é a falta de atenção, concentração e comportamento descontrolado, ou seja, as principais características do TDAH, afirma a professora.

As matérias as quais ele apresenta maior rendimento são a Matemática e a Educação Física. As de menor rendimento são Geografia, Artes, por ser desorganizado, Português e História.

RELATO – respondido pela professora (S.P.F., 28 anos, Língua Portuguesa) de P6:

Pós-intervenção:

Professora: “Meu aluno melhorou em relação à propostas de atividades, respeito às pessoas, senta, copia e presta atenção no professor, cumpre com suas responsabilidades de aluno. A sua socialização melhorou muito, assim como todo o seu processo de aprendizagem e disciplina. Senti também mudanças positivas em relação à sua persistência em aprender e até mesmo em buscar o professor para pedir ajuda, coisas que ele não fazia antes. Achei a Equitação Terapêutica excelente, todas as crianças com hiperatividade deveriam ter a oportunidade de fazer este tratamento como acompanhamento escolar.”

RESULTADOS DOS TESTES:

TESTE 1 – Teste de Desempenho Escolar – TDE

Pré-intervenção:

As instruções foram dadas de forma clara e objetiva, P6 demonstrou ter compreendido então o teste foi iniciado.

No subteste da Escrita, P6 obteve classificação inferior tanto sendo este analisado por sua série/ano quanto por sua idade; esse resultado se repetiu no subteste de Aritmética e de Leitura. Seu resultado geral obteve classificação inferior.

Pós-intervenção:

O teste foi iniciado após P6 ter demonstrado compreensão em relação às instruções, estas dadas de forma clara e objetiva.

P6 obteve escores superiores de acordo com a classificação por série/ano e por idade em todos os subtestes. Seu resultado geral também obteve classificação superior. Apresentando assim uma evolução significativa em seu desempenho escolar.

Conclusão do TDE:

Comparando os resultados pré e pós-intervenção de P6 no teste TDE, podemos concluir que este apresentou uma evolução significativa em seu Desempenho Escolar. Seus escores no subteste da Escrita passaram de inferior/inferior para superior/superior; no subteste de Aritmética também passaram de inferior/inferior para superior/superior; e o mesmo aconteceu no subteste de Leitura, inferior/inferior para superior/superior. Tendo assim, seu resultado geral evoluído de inferior/inferior para superior/superior.

Obs.: as palavras separadas por “/” estão divididas por classificação:

de sua série/ano “/” e de sua idade.

TESTE 2 – d2 – Atenção Concentrada:

Pré-intervenção:

Após a explicação das instruções, do treinamento com a linha de exercício dada pelo teste, e da confirmação de entendimento por parte do praticante, o teste foi iniciado.

O resultado do praticante em relação à quantidade de itens analisados, ou seja, sua rapidez obteve escore médio inferior. Sua Amplitude de Oscilação foi mediana, indicando variação média em seu ritmo de trabalho e capacidade de concentração. Sua porcentagem de erros foi médio inferior, sendo estes mais frequentes na parte inicial e intermediária da aplicação do teste, mas na etapa final estes erros diminuíram, indicando que houve uma melhora na sua atenção concentrada durante a execução da tarefa, então, sua dificuldade de atenção prejudicou-o no início desta, mas se estabilizou em um curto período de tempo.

Pós-intervenção:

Após as explicações, treinamento na linha de exercício e entendimento por parte do praticante o teste foi iniciado.

Seus resultados indicam que sua rapidez está em um nível superior, assim como sua atenção concentrada. Com a distribuição e diminuição dos erros, podemos observar que sua precisão melhorou; a maioria dos erros foram cometidos no início e no intermédio da tarefa, e estes foram por omissão, o que indica uma melhora em seu rendimento, mas sua atenção se

estabiliza apenas no final da tarefa. Sua Amplitude de Oscilação foi média, apontando pouca variação em seu ritmo de trabalho e capacidade de concentração.

Então, podemos concluir que P6 obteve resultados esperados de acordo com sua idade e escolaridade, estando em uma faixa de rendimento médio superior. Junto à sua rapidez e melhora de sua precisão, estão bons resultados para a sua atenção concentrada e ritmo de trabalho, assim como em sua capacidade de concentração.

Conclusão do d2 – Atenção Concentrada:

Fazendo uma comparação nos resultados das aplicações pré e pós-intervenção de P6, podemos concluir que houve evolução nos itens avaliados.

O resultado da primeira aplicação do teste indicou maior dificuldade de atenção concentrada na fase inicial e intermediária da atividade, bem como, nestas estavam a maioria de seus erros. Na segunda aplicação, após a intervenção terapêutica, pôde-se notar a evolução de seu rendimento; nesta, também podemos notar que sua estabilidade é melhor na fase final da atividade, que é onde está a menor quantidade de erros omitidos e marcados.

Podemos afirmar então, que houveram melhoras relacionadas à sua atenção concentrada, foco de atenção, capacidade de concentração, e rendimento em trabalhos que exijam atenção.

TESTE 3 – Escala de TDAH – versão para professores:

Pré-intervenção:

Segundo a Professora de Língua Portuguesa, P6 cursa o 6º ano do Ensino Fundamental, e não é repetente. Tem seu comportamento agitado, apresenta dificuldade de atenção/concentração e dificuldades para aprender.

Nos quesitos avaliados por esta Escala, o aluno obteve percentil máximo em relação ao o Déficit de Atenção, a Hiperatividade/Impulsividade e Problemas de Aprendizagem, e percentil mediano em relação ao Comportamento Antissocial; indicando a presença do Transtorno.

Nas questões sobre o Déficit de Atenção, podemos concluir que o aluno é desorganizado e desatento com as lições do caderno, segue parcialmente o ritmo da classe, não é responsável com seus materiais escolares, sendo assim, perde e esquece objetos; não consegue trabalhar independentemente, não presta atenção às explicações do professor, distrai-se facilmente, esquece com rapidez o que acabou de ser dito, não termina o que começa, passa de uma atividade incompleta para outra, e tem dificuldade para concentrar-se.

Nas questões sobre Hiperatividade/Impulsividade, o aluno demonstra ser inquieto, impulsivo, imprudente, levanta-se frequentemente da carteira, está sempre com pressa, não sabe esperar a sua vez, fala em demasia, atrapalha o professor com barulhos diferentes, e não parece ser uma criança tranquila.

Em relação aos Problemas de Aprendizagem, este, não rende o esperado em português, tem dificuldades em entender problemas de matemática, seu raciocínio lógico é lento, sua caligrafia é desleixada, mas, por vezes, demonstrou gostar de fazer exercícios de matemática; porém, é desatento ao escrever, sendo assim, comete muitos erros na escrita e na leitura; tem dificuldade para a compreensão de textos e não segue regras e normas da classe.

Na questão de Comportamento Antissocial, P6 possui muitos amigos, e os colegas da classe não o evitam, sabe respeitar a figura do professor e não é briguento; mas causa confusões frequentes em sala de aula e irrita estes com suas palhaçadas.

Pós-intervenção:

Segundo a Professora de Língua Portuguesa, P6 não mais apresenta um comportamento agitado, nem mesmo dificuldade de atenção/concentração e problemas na aprendizagem.

Em todas as áreas analisadas pelo teste, estas de acordo com a percepção da professora, P6 obteve escores inferiores, ou seja, apresenta menos problemas que os outros indivíduos da mesma idade.

No quesito de Déficit de Atenção, a professora afirma que P6 está organizado e atento às suas lições do caderno, segue o ritmo da classe, passou a ser detalhista, mas ainda existe certa dificuldade em trabalhar independentemente; mesmo assim, o aluno, cuida melhor de seu material escolar, passou a prestar atenção às explicações, suas distrações são menos frequentes, termina todas as atividades que começa, e consegue concentrar-se com mais facilidade.

Em relação à Hiperatividade/Impulsividade, P5 começou a pensar antes de agir, ou seja, houve uma diminuição significativa em sua impulsividade e em agir com imprudência; parece estar mais tranquilo e calmo, sabe esperar a sua vez, não mais atrapalha o professor com barulhos, não levanta da carteira durante a aula, sabe aguardar a sua vez, não mais fala em demasia, mas continua sempre com pressa.

Em relação aos Problemas de Aprendizagem, P5 rende o esperado em português, seu raciocínio lógico melhorou, assim como sua escrita, leitura e caligrafia, não apresenta dificuldade para compreender textos e problemas de matemática, os quais o aluno afirma ter aprendido a gostar, e segue regras e normas da classe.

E, em Comportamento Antissocial, segundo a professora, seus colegas de classe não o evitam, possui amigos, não mais os irrita outras crianças, não há casos de brigas e discussões, e P6 sabe respeitar os professores e colegas.

Conclusão da Escala de TDAH:

Comparando os resultados das aplicações pré e pós-intervenção, podemos concluir que P6 obteve melhoras significativas em relação ao seu Déficit de Atenção, Hiperatividade/Impulsividade, Problemas de Aprendizagem e Comportamento Antissocial.

Na aplicação pré-intervenção, de acordo com as respostas de sua professora, P6 obteve percentil máximo nas áreas avaliadas pela escala e mediano em relação ao Comportamento Antissocial, confirmando a presença do transtorno. Já na aplicação pós-intervenção, este obteve percentil classificado como inferior, ou seja, dentro da expectativa da normalidade para o seu sexo e escolaridade, tendo até menos problemas que outros indivíduos da mesma idade.

Podemos então concluir que, para P6, a Equitação Terapêutica trouxe benefícios relacionados à Atenção/Concentração, Comportamento, Aprendizagem e Comportamento Social.

DESCRIÇÃO DAS SESSÕES:

Mês 1:

Após as instruções e explicações de segurança necessárias referentes aos cuidados que se deve ter com o animal, foram apresentados os materiais de trabalho e de proteção, então foi feita a primeira aproximação do praticante com o cavalo.

P6, desde que chegou se mostrou interessado e ansioso, falando em demasia. Este contou que já havia montado anteriormente na chácara de um tio, e que, montar e estar perto de animais, era o que ele mais gostava de fazer.

Sua primeira sessão foi acompanhada de auxiliares guia e lateral, sendo que o segundo só o acompanhou, não houve a necessidade de dar-lhe apoio.

O praticante mostrou desenvoltura e tranquilidade ao montar, cumpriu todos os exercícios sem dificuldades. Mas recebeu, por vezes, comandos para organizar sua postura.

Estas sessões se caracterizaram pelo uso da manta para a montaria, material este que, por ser flexível e macio, permite com que o praticante sinta todos os movimentos do animal.

Na segunda sessão, P6 foi acompanhado apenas de um auxiliar guia, e o grau de dificuldade de seus exercícios foi aumentado, exercícios estes tais como: giro de braço, deitar para frente e para trás, elevação de perna, pressão da panturrilha, e giro completo sobre a manta., estes com o animal parado. Assim foram as sessões que se seguiram.

Durante o mês, pudemos notar um forte interesse de P5 em aprender, se mostrava interessado, atencioso e persistente em relação ao cavalo e à montaria. Mas em todas as aulas seu pai nos trouxe reclamações referentes ao seu comportamento, essas vindas da escola.

Mês 2:

Nestas sessões, já podíamos notar a presença de um vínculo entre o praticante e a equipe e entre este e o cavalo. Em todas as aulas, ao chegar, este cumprimentava a todas inclusive ao cavalo, postura estas não existente no mês anterior, por questão de esquecimento; quando este chegava, se dirigia direto ao cavalo, então a terapeuta lhe dizia: “Oi P6, tudo bem com você?”, e ele respondia: “É mesmo né?! Esqueci! Oi, tudo bem?”

P6 mostrou facilidade em cumprir o que lhe era pedido, então a partir da segunda sessão deste mês, os exercícios, estes sempre com um maior grau de dificuldade, começaram a serem feitos com o animal ao passo; mas ainda acompanhado de um auxiliar guia.

O praticante se mostrava ansioso durante a explicação de um exercício novo, tentava fazer antes mesmo de terminar as instruções, e como no início, fala em demasia constante.

Percebendo a independência e confiança do praticante, foram dadas as explicações e instruções sobre o uso das rédeas. P6 se antecipou e disse que já sabia conduzir o animal sozinho, e em uma atitude sem pensar, tomou as rédeas da mão da terapeuta, que ainda estava dando as explicações, e saiu por alguns metros; foi quando a terapeuta lhe interrompeu, lhe pediu respeito, e lhe explicou detalhes desta técnica, e a diferença de andar a cavalo e de montar um cavalo. P6 se desculpou, aceitou bem às explicações e procurou fazer de acordo com o que lhe foi instruído.

Mês 3:

O terceiro mês teve como objetivo aperfeiçoar o que P6 já havia aprendido, visto que, por mais que este demonstre facilidade no processo de aprendizagem da montaria, é necessário que tenha uma base sólida de técnicas.

Durante as sessões era necessário por vezes chamar-lhe a atenção para o que estava executando, se distraía facilmente por qualquer estímulo externo à atividade; assim também acontecia em relação à sua postura.

Os exercícios já aprendidos tinham seu grau de dificuldade aumentado a cada sessão, e novos exercícios lhe eram passados, tais como abandonar e retomar acento, pressão de panturrilhas com elevação de seu corpo, entre outros.

Também foram utilizados: folhas de papel, cones e obstáculos de salto para a realização de circuitos, estimulando a memorização, foco de atenção e concentração, e execução de

comando de rédeas e pernas. Ressaltando que para que conseguisse completar essas tarefas, é necessário, a junção de todas as técnicas anteriores; o praticante seguiu as técnicas e destacou alguns detalhes que foram falados em sessões passadas, mostrando interesse real ao aprendizado no picadeiro.

Neste mês, P5 também iniciou a execução dos exercícios com o cavalo em movimento e conduzido por ele mesmo, realizou sem problemas.

Obs.: a psicóloga responsável por este estudo entrou em contato com a escola de P6, e segundo informações relatadas por sua Professora de Língua Portuguesa, o aluno começou a apresentar algumas melhoras em seu comportamento, parece estar mais responsável com suas atividades, mas continua com dificuldade de prestar atenção, inquieto, e continua causando confusão em sala de aula.

Mês 4:

Continuamos o treinamento da junção das técnicas anteriores, e foi dado início à andadura “trote”, etapa essa cobrada desde o início pelo praticante. Durante as explicações, o praticante saiu com seu cavalo para iniciar o trote, mas não havia sido dada a permissão de início, então este foi interrompido, e lhe foi chamada a atenção, e como forma de punição, a execução do trote ficou para a próxima sessão.

Como faltavam apenas 10 minutos para o final da sessão, foi pedido ao praticante para descesse do cavalo, e comunicado-lhe que por hora sua aula havia acabado, também lhe foi explicado, mais uma vez, sobre esperar a hora certa de começar e respeitar a figura do professor que estava explicando a atividade. P6 pediu desculpas e insistiu para que continuássemos a aula; mas isso não aconteceu.

Na sessão seguinte, P6 chegou, desculpou-se novamente, reconheceu seu erro, e disse que isso não aconteceria novamente.

Durante a aula, o praticante perguntou várias vezes pelo trote, então, nos últimos 10 minutos lhe foi explicado novamente as técnicas do trote, desde o início; P6 ficou o tempo todo atento às explicações, e quando permitido, este executou a andadura sem dificuldade.

Na última sessão deste mês, foi realizada uma aula de vivência. Esta instruída pela terapeuta e acompanhada pelo tratador. O Praticante executou tarefas como alimentar o animal, colocar o boçal, retirá-lo da baia, escová-lo, limpá-lo, encilhá-lo, também lhe foi explicado e por vezes perguntado, o nome de cada material utilizado para o manejo e para a montaria.

Após esta primeira etapa ter sido cumprida, o praticante montou por 20 minutos, e então levou seu cavalo de volta às baias, desencilhou, escovou novamente e deu-lhe banho.

Durante a aula, P6 se mostrava sério, cumprindo com uma responsabilidade, disse que se sentiu importante, e que gostaria de fazer isso todos os dias, falou: “O animal me faz muito bem, e eu quero fazer o bem a ele também, afinal, todos nós gastamos de alguém que cuide da gente.”. A equipe teve a impressão de que naquele dia, P6 passou a pensar sobre a importância do respeito às outras pessoas que o rodeiam, e sobre o valor que pequenos gestos do dia a dia têm.

Mês 5:

Na sessão que se seguiu, P6 chegou, cumprimentou a todos, ao cavalo, montou, e ressaltou que gostaria de fazer novamente a aula de vivencia, disse que se sentiu muito cansado, mas que valeu a pena, o fez sentir bem.

Nas sessões deste mês, demos continuidade ao treinamento das técnicas anteriores, focando este para as áreas mais afetadas pelo transtorno, foco de atenção e concentração, e hiperatividade.

Então foi feito um treinamento, considerado forte, contendo circuitos, curvas, e vários comandos ao mesmo tempo, e exercícios cada vez mais difíceis, e realizados em maiores velocidades dentro da andadura “passo”.

Iniciamos também a andadura “trote”, após as instruções necessárias, foi solicitado ao praticante para que o faça. No primeiro momento, este teve certa dificuldade para manter o trote, mas após algumas tentativas este o executou.

Mês 6:

Além do cumprimento dos exercícios de equitação de rotina, geralmente dados com variações, para que tenhamos sempre um atrativo diferente; deu-se continuidade ao treinamento do trote sentado.

Notou-se, em algumas sessões que o praticante estava sonolento, foi perguntado ao pai, se houve algum acontecimento para que isso acontecesse, mesmo porque P5 sempre se mostrou disposto; o pai afirmou que este vinha dormindo mais tarde que o de costume, que queria sempre assistir televisão além do horário estipulado pelos pais. Então a terapeuta conversou com P6 e lhe explicou que para seu melhor desempenho, tanto na montaria, quanto na escola, este deveria estar descansado; P6 disse entender, e disse também que procuraria dormir mais cedo.

A partir daquela sessão, P6 passou a dizer, por conta própria, o horário que havia dormido na noite anterior, e se mostrava mais disposto a partir do dia que lhe foi cobrado a questão de dormir mais cedo.

Duas sessões depois, ao perceber que este estava apto, foram dadas as instruções para a andadura “galope”, a qual o praticante não teve dificuldade alguma.

Obs.: a psicóloga contatou novamente a escola de P6, e segundo as informações dadas por sua Professora de Língua Portuguesa, o comportamento do aluno melhorou, este não mais apresenta dificuldades para prestar atenção nas explicações, completa os exercícios do caderno e o dever de casa, respeita seus colegas e professores, parece estar mais persistente e ter amadurecido.

Mês 7:

Neste mês, treinamos a junção de todas as técnicas anteriores, mais o trote e o galope; etapa esta, básica de montaria.

Então, lhe apresentamos a sela. P5 demonstrou alegria e entusiasmo ao ver que a partir daquele momento, usaria a sela para a montaria.

A primeira sessão fazendo uso deste material foi focada na adaptação do praticante com este. Da segunda sessão em diante, focamos novamente no treinamento das técnicas anteriores, juntamente com o trote e o galope, estes ainda sem o uso dos estribos.

Também pudemos realizar o treinamento do praticante com os estribos; estes usados em determinado exercícios, assim como alongamentos, e para o trote, onde P5 também foi instruído para que fizesse o modelo “trote elevado”, e galope.

Mês 8:

A próxima etapa foi a iniciação no salto. O praticante demonstra estar confiante para este próximo passo.

Foram dadas as instruções e demonstrações devidas, a pista foi organizada e o obstáculo montado de acordo com procedimentos de segurança para esta primeira experiência.

O obstáculo foi montado primeiramente com varas no chão, e após ajustes relacionados à postura, posicionamento e uso de pernas, foi aumentada a altura gradualmente.

Podíamos notar, quando P6 estava em pista, a satisfação de realizar essa atividade. No último dia, o praticante agradeceu ao apoio da equipe, e por alguns minutos, abraçou o cavalo

Conclusão das sessões:

Em todos esses meses de processo terapêutico, pudemos notar melhoras relacionadas ao comportamento hiperativo, foco de atenção, concentração, persistência, autoestima, autoconfiança, responsabilidade, disciplina, respeito ao próximo, além da coordenação motora, equilíbrio, postura e força muscular.

PARTICIPANTE 7 – P7:

ANAMNESE – respondida pela mãe de P7:

Pré-intervenção:

P7 nasceu no dia 13 de agosto de 2001 (9 anos), sexo masculino, nascido em Campo Grande, MS, estudante do 3º ano do Ensino Fundamental de uma Escola Pública. Reside na casa dos avôs, sendo esta própria. Nesta residem sua mãe (32 anos), cursando o Ensino Superior e trabalha com sua mãe em um comércio, seu pai (36 anos), Ensino Médio Incompleto, trabalha como caminhoneiro, avó materna (54 anos), Ensino Médio Completo, trabalha no comércio, e seu avô materno (55 anos), Ensino Médio Completo, aposentado e trabalha com comércio.

Quando os pais souberam da gravidez ficaram muito felizes, mesmo porque esta criança havia sido planejada, a mãe tinha 22 anos, e desde já eram casados. A preferência da mãe era que nascesse uma menina, e a do pai um menino, mas quando soube que era um menino, a mãe ficou tão alegre quanto o pai, e disse: “o importante é que tenha saúde.”

Em relação ao seu Desenvolvimento, a mãe relata que P7 sustentou a cabeça com 2 meses, sentou-se com 4 meses, começou a andar com 9 meses e a falar com 10 meses.

Na Escola, P7 começou a frequentar com 7 anos, hoje cursa o 3º ano do Ensino Fundamental. A mãe é quem o leva à escola e depois vai buscá-lo, com automóvel próprio. De acordo com informações relatadas pela mãe, P7 não gosta de estudar, ele não tem paciência de sentar e ficar quieto para poder estudar, mas gosta muito da escola, dos 30 colegas de sua classe e das professoras.

Diante de seu fracasso, a mãe disse que conversa, explica o certo, e as vezes tem que colocá-lo de castigo e já aconteceu de ter que bater. Diante do sucesso, ela elogia e dá presentes e passeios.

Segundo a mãe, P7 gosta de brincar com amigos. Geralmente no período da tarde a mãe precisa trabalhar e para que ele não fique sozinho, ela o deixa na casa de sua irmã, que tem

uma filha a qual a idade regula com a dele, eles brincam a tarde toda. Ele é uma criança que tem facilidade de fazer amigos, gosta de brincar com carrinhos, com bola, vídeo game, e de brincadeiras de correr; mas demonstra perder o interesse nestas brincadeiras com muita rapidez, começa a brincar e logo em seguida passa para outra brincadeira, e para outra, etc. Normalmente não vai à casa de amigos, sua mãe tem receio de seu comportamento, ou de que este se machuque, pois suas brincadeiras às vezes são brutas.

P7 gosta muito de assistir filmes e ouvir música, quando estes são de seu interesse. Suas atividades extras são o Futebol e a Dança (Street Dance) 2 vezes na semana. Para a sua diversão, ele gostava muito de pintar e ginástica olímpica, mas depois de um tempo ele afirmou que era muito chato.

A mãe relata que ele não gosta de lugares onde tenha que ficar sentado, assim como programas de adulto, exemplo: igreja, visitar pessoas, etc.

Com 6 anos de idade demonstrou curiosidade sexual, fez vários questionamentos aos pais, que por sua vez, fizeram todas as explicações necessárias, inclusive sobre comportamento adequado perante a sociedade e perante aos colegas. Após este acontecimento, eles (os pais) sempre voltam ao assunto e perguntam se este não tem mais nenhuma dúvida.

Em relação à sua saúde, aos 11 meses P7 apresentou pneumonia a bronquite alérgica, ficou internado 10 dias, depois apresentou suspeita de meningite, 7 dias internado, e sofreu um trauma no pênis, e aos 6 anos teve que operar de fimose e hérnia. Além desses quadros, P7 apresenta frequentes quedas com graves consequências, geralmente é necessário que haja sutura.

P7 não faz uso de medicação.

Sua família apresenta várias situações patológicas diferentes. Seus avós (materno e paterno) têm diabetes, sua avó materna e seu pai são hipertensos, um primo é autista e seu avô paterno é esquizofrênico. Em relação ao primo, ele diz sentir pena, porque ele não consegue brincar e não fala com outras pessoas. Uma tia tentou suicídio duas vezes, P7 acompanhou toda a situação de perto e questionou sua mãe, que por sua vez lhe explicou que esta estava doente.

Seu local de estudo, assim como o da mãe é na mesa da sala de jantar. Para brincar ele gosta da varanda e guarda seus brinquedos em uma caixa no quarto. Em relação à família fazer visitas, a mãe diz estar evitando devido ao comportamento de P7, “ele não pára um minuto”, e quando recebem visitas, ele fica o tempo todo tentando chamar a atenção.

A convivência com a mãe é harmoniosa e carinhosa, ela diz que eles são companheiros. Com o pai existe, apesar da ausência (o pai viaja muito), carinho e proteção. P7 é filho único e nunca pediu irmãos. Já entre os pais, a relação é conturbada, o pai é ciumento e demonstra isso com autoritarismo. A autoridade em casa é o pai quem exerce.

A mãe descreve o comportamento do filho como hiperativo, não pára um minuto, parece que nunca acaba a pilha, desiste de tarefas com muita facilidade, não termina o que começa, o tempo todo quer brincar. Seus maiores interesses são bola, dança e bicicleta.

Sua rotina em um dia normal de semana é: acorda sozinho, toma café da manhã com a mãe, que o leva e busca da escola, após o almoço, senta para fazer tarefa, sempre acompanhado da mãe, e brinca e assiste filmes o resto do dia. Em relação à sua higiene pessoal, só realiza quando mandado pela mãe. Dorme em torno de 21h.

A mãe espera que a intervenção com a Equoterapia/Equitação Terapêutica ajude seu filho a ficar mais calmo, que o ensine a prestar atenção nas aulas e que o deixe mais disciplinado.

RELATO – respondido pela mãe de P7:

Pós-intervenção:

Mãe: “Senti muita diferença no comportamento do meu filho, antes eu tinha medo, de levá-lo para fazer alguma visita ou até mesmo em lugares públicos, e passar vergonha, ele não me respeitava e nem obedecia, apenas o pai, e mesmo assim não eram todas as vezes. Hoje, tenho prazer em levá-lo comigo, fazer passeios, ele me escuta, me obedece e me respeita, é um menino educado com as pessoas. Seu comportamento, inquietação, irritação mudou completamente, ele é um menino muito carinhoso, sempre foi, e agora é uma criança tranquila, pára para ouvir o que temos a dizer, não desiste quando não consegue fazer algo, ele tenta de novo. As reclamações da escola diminuíram muito, e suas notas melhoram. O tratamento ajudou muito o meu filho, espero que outras crianças também tenham a oportunidade de fazer.”

QUESTIONÁRIO – respondido pela professora de P7:

Pré-intervenção:

D.A.A., 44 anos, sexo feminino, natural de Bataguçu, MS, leciona há 25 anos. É professora deste aluno desde fevereiro deste ano (4 meses), e afirma que seu relacionamento com o aluno é bom, já com seus pais teve contato apenas duas vezes, também sem problemas.

A professora detalha que P7 não apresenta concentração e é muito agitado em sala de aula; que sua sociabilidade é ótima, este mostra-se prestativo, gosta de compartilhar objetos e ajudar os colegas, mas não cuida de seus objetos pessoais.

No recreio corre muito com os colegas, apresentando uma postura de liderança, participa ativamente das atividades e é bastante briguento, quando repreendido, tenta reverter a situação com argumentos e carinhos, mas, mesmo em outras situações, aparenta ser bastante afetivo, gosta de abraços. Beijos, carinho e elogios.

Ela afirma também que o aluno em determinadas situações aparenta ser confiante, alegre, expansivo, amoroso e agitado; e reage quando provocado pelos colegas, bem como procura atrair atenções e estar perto de adultos o tempo todo.

Em relação à sua aprendizagem, a professora relata que P7 aprende com rapidez, forma conceitos – assimila bem, faz sínteses, tem bom vocabulário, expressa-se com clareza, tem boa orientação espacial, é capaz de contar uma história ordenadamente, faz redação (porém quando exigido e com acompanhamento), consegue soletrar, compreende o que lê, tem raciocínio aritmético e domina os fatos fundamentais, com exceção da divisão.

Por outro lado, o aluno não aplica o que lhe é ensinado, não demonstra interesse e atenção para aprender, é dispersivo, usa muito a borracha por falta de atenção, sua letra é ruim, não distribui bem o texto no papel, transforma palavras na leitura e na cópia, tem dificuldade de estruturar o pensamento e escrever, não é capaz de passar de uma atividade concreta para abstrata, demora muito para pensar e não acompanha a classe, não tem hábitos de estudo, é desorganizado, e brinca muito durante as explicações.

A matéria que este apresenta maior rendimento é Matemática, e baixo rendimento em Reprodução de Textos e Português.

Professora: “É uma criança muito carinhosa, mas não demonstra interesse em registrar (aprender/fixar) as matérias”.

RELATO – respondido pela professora (D.A.A., 44 anos, Língua Portuguesa) de P7:

Pós-intervenção:

Professora: “No início do ano ele não parava na sala, ele mexia em tudo e com todos, não fazia produções de texto, sua letra era ilegível. Hoje, ele produz muito, evoluiu em relação ao seu comportamento, antes ele não fazia as tarefas, hoje ele faz todas as atividades e ainda tenta ajudar seus colegas. Em geral, ele melhorou em tudo. A Equitação Terapêutica lhe ajudou muito, ele era inquieto e não fazia nada, hoje parece ser outra criança.”

RESULTADOS DOS TESTES:

TESTE 1 – Teste de Desempenho Escolar – TDE

Pré-intervenção:

Após a compreensão de P7 às explicações sobre as instruções de aplicação, estas dadas de forma clara e objetiva, e esclarecimento de dúvidas, o teste foi iniciado.

No subteste da Escrita, P7 obteve classificação inferior tanto sendo este analisado por sua série/ano quanto por sua idade. No subteste de Aritmética o mesmo obteve escore inferior em relação à sua série/ano, mas este analisado em relação à sua idade está com um nível de classificação mediano. No subteste da Leitura, seu escore foi inferior de acordo com sua série/ano e superior em relação à sua idade. Seu resultado geral obteve classificação médio/inferior.

Pós-intervenção:

O teste foi iniciado após P7 ter demonstrado compreensão em relação às instruções, estas dadas de forma clara e objetiva.

P7 obteve escores superiores de acordo com a classificação por série/ano e por idade em todos os subtestes. Seu resultado geral também obteve classificação superior. Apresentando assim uma evolução significativa em seu desempenho escolar.

Conclusão do TDE:

Comparando os resultados pré e pós-intervenção de P7 no teste TDE, podemos concluir que este apresentou uma evolução significativa em seu Desempenho Escolar. Seus escores no subteste da Escrita passaram de inferior/inferior para superior/superior; no subteste de Aritmética passaram de inferior/médio para superior/superior; e no subteste de Leitura, de inferior/superior para superior/superior. Tendo assim, seu resultado geral evoluído de inferior/médio para superior/superior.

Obs.: as palavras separadas por “/” estão divididas por classificação:

de sua série/ano “/” e de sua idade.

TESTE 2 – d2 – Atenção Concentrada:

Pré-intervenção:

Após a explicação das instruções, do treinamento com a linha de exercício dada pelo teste, e da confirmação de entendimento por parte do praticante, o teste foi iniciado.

O praticante obteve resultado inferior em relação à quantidade de itens analisados, indicando lentidão na realização de tarefas que lhe exijam atenção, e apresentou porcentagem média superior de erros, estes com maior frequência na fase inicial, supomos então que houve uma melhora na sua atenção concentrada durante a execução da mesma, sendo assim, sua falta de atenção prejudicou o início do trabalho, mas se estabilizou após um curto período de tempo. A sua Amplitude de Oscilação obteve porcentagem mediana, indicando a presença de variações no seu ritmo de trabalho e capacidade de concentração.

Pós-intervenção:

Após as explicações, treinamento na linha de exercício e entendimento por parte do praticante o teste foi iniciado.

Seus resultados indicam que sua rapidez está em um nível superior, assim como sua atenção concentrada. Com a distribuição e diminuição significativa dos erros, podemos observar que sua precisão melhorou; a maioria dos erros foram cometidos no final da tarefa, estes tanto por omissão quanto por marcação, apontando ainda dificuldade de manter seu foco atenção por um longo período de tempo, tendo assim seu rendimento diminuído ao final da tarefa. Sua Amplitude de Oscilação foi média superior, caracterizando pouca variação em seu ritmo de trabalho e capacidade de concentração.

Então, podemos concluir que P7 obteve resultados esperados de acordo com sua idade e escolaridade, estando em uma faixa de rendimento médio superior. Junto à sua rapidez e melhora de sua precisão, estão bons resultados para a sua atenção concentrada e ritmo de trabalho, assim como em sua capacidade de concentração.

Conclusão do d2 – Atenção Concentrada:

Fazendo uma comparação nos resultados das aplicações pré e pós-intervenção de P7, podemos concluir que houve evolução nos itens avaliados.

O resultado da primeira aplicação do teste indicou maior dificuldade de atenção concentrada na fase inicial da atividade, bem como, nesta estava a maioria de seus erros. Na segunda aplicação, após a intervenção terapêutica, pôde-se notar a evolução de seu rendimento nas fases inicial e intermediária, havendo certa dificuldade em manter este na fase final, onde P7 obteve o maior número de erros.

Podemos afirmar então, que houveram melhoras relacionadas à sua atenção concentrada, foco de atenção, capacidade de concentração, e rendimento em trabalhos que exijam atenção.

TESTE 3 – Escala de TDAH – versão para professores:

Pré-intervenção:

Segundo a Professora de Língua Portuguesa, P7 cursa o 3º ano do Ensino Fundamental, e não é repetente. Tem seu comportamento agitado e apresenta dificuldade de atenção/concentração, e dificuldades para aprender dentro da normalidade.

Nos quesitos avaliados por esta Escala, o aluno obteve percentil médio/superior em relação ao o Déficit de Atenção, superior em Hiperatividade/Impulsividade, médio em Problemas de Aprendizagem, e percentil médio/superior em relação ao Comportamento Antissocial; indicando a presença do Transtorno.

Nas questões sobre o Déficit de Atenção, podemos concluir que o aluno é parcialmente desorganizado com suas lições do caderno, e totalmente desatento com as mesmas, não segue o ritmo da classe, não é responsável com seus materiais escolares, sendo assim, perde e esquece objetos, não presta atenção às explicações do professor, distrai-se facilmente, esquece com rapidez o que acabou de ser dito, não termina o que começa, e tem dificuldade para concentrar-se, contudo, consegue trabalhar independentemente.

Nas questões sobre Hiperatividade/Impulsividade, o aluno demonstra ser inquieto, impulsivo, imprudente, levanta-se frequentemente da carteira, está sempre com pressa, não sabe esperar a sua vez, fala em demasia, atrapalha o professor com barulhos diferentes, e não parece ser uma criança tranquila.

Em relação aos Problemas de Aprendizagem, este, rende o esperado em português, não tem dificuldades em entender problemas de matemática; seu raciocínio lógico não é lento, sua caligrafia é desleixada, por vezes, demonstra gostar de fazer exercícios de matemática; porém, é desatento ao escrever, sendo assim, comete muitos erros na escrita, na leitura não apresenta problemas; tem certa dificuldade para a compreensão de textos e não segue regras e normas da classe.

Na questão de Comportamento Antissocial, P7 possui amigos, e os colegas da classe não o evitam, sabe respeitar a figura do professor e não é briguento; mas causa confusões frequentes em sala de aula, é briguento e irrita estes com suas palhaçadas.

Pós-intervenção:

Segundo a Professora de Língua Portuguesa, P7 não mais apresenta um comportamento agitado, nem mesmo dificuldade de atenção/concentração.

Em todas as áreas analisadas pelo teste, estas de acordo com a percepção da professora, P7 obteve escores inferiores, ou seja, apresenta menos problemas que os outros indivíduos da mesma idade.

No quesito de Déficit de Atenção, a professora afirma que P7 está organizado e atento às suas lições do caderno, segue o ritmo da classe, passou a ser detalhista, trabalha independentemente, o aluno, cuida melhor de seu material escolar, passou a prestar atenção às explicações, suas distrações são menos frequentes, termina todas as atividades que começa, e consegue concentrar-se com mais facilidade.

Em relação à Hiperatividade/Impulsividade, P7 começou a pensar antes de agir, ou seja, houve uma diminuição significativa em sua impulsividade e em agir com imprudência; parece estar mais tranquilo e calmo, sabe esperar a sua vez, não mais atrapalha o professor com barulhos, não levanta da carteira durante a aula, não mais fala em demasia, mas continua demonstrando pressa.

Em relação aos Problemas de Aprendizagem, P7 rende o esperado em português, seu raciocínio lógico não é lento, sua escrita, leitura e caligrafia melhoraram significativamente, não apresenta dificuldade para compreender textos e problemas de matemática, rápido para fazer cálculos, e segue regras e normas da classe.

E, em Comportamento Antissocial, segundo a professora, seus colegas de classe não o evitam, possui amigos, não mais os irrita outras crianças, não há casos de brigas e discussões, e P7 sabe respeitar os professores e colegas.

Conclusão da Escala de TDAH:

Comparando os resultados das aplicações pré e pós-intervenção, podemos concluir que P7 obteve melhoras significativas em relação ao seu Déficit de Atenção, Hiperatividade/Impulsividade, Problemas de Aprendizagem e Comportamento Antissocial.

Na aplicação pré-intervenção, de acordo com as respostas de sua professora, P7 obteve percentil médio/superior em relação ao Déficit de Atenção, superior em Hiperatividade/Impulsividade, médio em Problemas de Aprendizagem, e percentil médio/superior em relação ao Comportamento Antissocial, confirmando a presença do transtorno. Já na aplicação pós-intervenção, este obteve percentil classificado como inferior, ou seja, dentro da expectativa da normalidade para o seu sexo e escolaridade, tendo até menos problemas que outros indivíduos da mesma idade.

Podemos então concluir que, para P7, a Equitação Terapêutica trouxe benefícios relacionados à Atenção/Concentração, Comportamento, Aprendizagem e Comportamento Social.

DESCRIÇÃO DAS SESSÕES:

Mês 1:

Após as instruções e explicações de segurança necessárias referentes aos cuidados que se deve ter com o animal, foram apresentados os materiais de trabalho e de proteção, então foi feita a primeira aproximação do praticante com o cavalo.

Desde o primeiro momento desta aproximação, P7 se mostrou ansioso e agitado, foi necessário lhe chamar a atenção para que este se concentrasse no que estava sendo dito; por vezes o mesmo falava em demasia, e fazia perguntas, falando em tom de voz mais alto que a voz da terapeuta, não pedia licença; e por outras, se distraía observando os movimentos do animal.

Com essas interrupções, as primeiras explicações levaram 15 minutos. Ao montar, P7, demonstrando muita ansiedade, continuou falando e interrompendo a terapeuta. Foi-lhe explicado que deveria pedir licença para que fizesse suas perguntas.

O restante da sessão foi focado na adaptação deste com o animal; ocorreram também, outras interrupções, pois o praticante não aparentava medo, e tampouco seguia os comandos dados, como se este não respeitasse os limites que o animal lhe impunha.

Nas sessões seguintes, ainda demonstrando ansiedade, P7 começou a respeitar melhor a terapeuta e os limites de comportamento estipulados pela natureza e instinto do cavalo.

Quando visto que o praticante estava mais tranquilo em relação ao “montar”, foram iniciadas, já na terceira sessão, as explicações sobre os primeiros exercícios. P7 completou a todos sem dificuldades. Sendo estes: deitar, para frente e para trás, giro de braço, pressão de panturrilhas, sentar em todas as direções (laterais e virado para trás), e tocar o animal em partes possíveis, estas alcançadas pelo praticante. Estes exercícios foram feitos com o objetivo, e de maneira, com que P7 relaxasse e se vinculasse ao animal.

Estas sessões foram acompanhadas por um auxiliar guia e dois auxiliares laterais, estes últimos ambos com apoio constante, pelo fato de o praticante se mostrar sem medo, porém agitado e eufórico com a situação.

Foi utilizada a manta para a montaria, material este que, por ser flexível e macio, permite com que o praticante sinta todos os movimentos do animal.

Mês 2:

Neste segundo mês, pudemos notar grande diferença em seu comportamento ao chegar para sua sessão. P7 parecia estar mais tranquilo, este, desde o início de seu processo terapêutico, sempre sorrindo, demonstrava alegria ao se aproximar do cavalo.

Seu comportamento com a equipe também evoluiu, agora, ao chegar, este cumprimentava a todos que estavam presentes, inclusive pais de outros praticantes,

Sua inquietação e agitação diminuíram consideravelmente, mas sua fala em demasia persistiu, porém, por vezes, este se lembrava de pedir licença para falar, quando a terapeuta lhe estava instruindo algo.

Mas, ainda assim era necessário chamar-lhe a atenção para o que estava executando, se distraía facilmente por qualquer estímulo externo à atividade; assim também acontecia em relação à sua postura.

Na montaria, P7 demonstrou desenvoltura, tinha facilidade em executar os movimentos que lhe eram pedidos, assim como parecia estar mais interessado em ouvir essas instruções para depois procurar realizar a tarefa.

A partir da terceira sessão deste mês, os exercícios de equitação, estes já com seu grau de dificuldade aumentado, passaram a ser realizados com o animal em movimento, porém P7 ainda estava acompanhado de auxiliares guia e laterais, inclusive com apoio.

Mês 3:

No início deste mês, a sessão foi iniciada com um auxiliar guia e um lateral, este, apenas para acompanhamento. P7 cumpriu com todas as atividades sem problemas, e com seu cavalo ao “passo”.

No decorrer do mês, sua mãe chamou a terapeuta e comentou que a professora o havia elogiado, disse que seu comportamento começou a melhorar. Evolução esta não diferente do ambiente da Equitação Terapêutica, onde pudemos continuar observando melhoras, inclusive em relação às suas distrações com estímulos externos.

A cada sessão, sua facilidade e intimidade com os movimentos a serem realizados em cima do cavalo aumentavam, P7 estava realmente focado e interessado em aprender.

Ao final deste mês lhe foram explicadas as técnicas iniciais das rédeas; o praticante fez algumas perguntas, respeitando a fala da terapeuta, e executou alguns exercícios, estes com facilidade. Desde o primeiro momento, acompanhado apenas de um auxiliar lateral, manteve o comando sobre o cavalo.

Obs.: a psicóloga responsável por este estudo entrou em contato com a escola de P7, e segundo informações relatadas por sua Professora de Língua Portuguesa, o aluno começou a apresentar algumas melhoras em seu comportamento, parece estar menos agitado e agressivo, mas continua com dificuldade de prestar atenção, impulsivo, não completa as atividades solicitadas; informações que confirmam o relato da mãe.

Mês 4:

Este mês foi marcado pelo treinamento da junção de todas as técnicas aprendidas anteriormente; postura, posicionamento de pernas e braços, execução correta dos exercícios (acompanhado apenas de auxiliar guia), entre outras.

Para esse treinamento, foram utilizados materiais como: folhas de papel, cones e obstáculos de salto para a realização de circuitos, estimulando a memorização, foco de atenção e concentração, e execução de comando de rédeas e pernas. Ressaltando que para que conseguisse completar essas tarefas, seria necessária, a junção de todas as técnicas anteriores. P7 se mostra cada vez mais interessado.

Em uma das sessões, este chegou com uma expressão facial de tristeza e com um papel na mão; então lhe foi perguntado o que havia acontecido, e, em seguida P7 começou a gritar e a dar risadas; o papel era uma prova de português, a qual este tirou dez; em seguida sua mãe se aproximou, e emocionada disse que essa foi a primeira vez em que seu filho tirara um dez.

A equipe comemorou com eles, e então fizemos uma sessão cheia de brincadeiras para comemorar o que havia acontecido; mas sem perder o foco do processo terapêutico, pois os exercícios foram todos realizados; e estes com o cavalo em movimento e conduzido pelo próprio praticante.

Mês 5:

Este mês iniciou-se com as instruções para a andadura “trote”; P7 se mostrou atento a todas as explicações, e após o término destas, fez algumas perguntas a respeito.

Então, a terapeuta assegurou-se de que não restavam outras dúvidas e lhe deu o comando para iniciar a tarefa. O praticante fez algumas tentativas, com correções verbais da terapeuta, mas aparentou estar nervoso e ansioso em conseguir, e acabou não conseguindo; seu humor mudou, ficou sério e demonstrou ter ficado frustrado.

A terapeuta lhe chamou para conversar e lhe explicou que este não é um exercício fácil, e que este não deveria desistir, explicou-lhe o que é persistência, e que isso é importante tanto para o aprendizado na Equitação Terapêutica, quanto para a escola e para outra situação de sua vida.

P7 demonstrou entender, mas mesmo assim foi embora frustrado.

Na sessão seguinte, este chegou ainda de cabeça baixa, e sua mãe relatou que seu filho ficou relembrando todos os passos para que consiga o trote. O praticante montou, e repetiu, verbalmente, todos os passos para que a terapeuta lhe confirme se estava certo; após todos os exercícios, estes realizados de forma concentrada, lhe foi dado o comando para o “trote”, e na terceira tentativa, P7 conseguiu.

O praticante vibrou bastante com o seu feito, gritou e deu muitas risadas, também falou para a terapeuta, que esta tinha razão quantos as explicações ditas na aula anterior, e que aprendeu a não desistir.

Na última sessão deste mês, foi feita a aula de vivência, e cuidado com o animal, onde o praticante aprendeu a alimentar o cavalo, colocar o boçal, escová-lo, encilhá-lo, assim como aprendeu o nome de todos os materiais utilizados, nomes estes cobrados, esporadicamente, durante as sessões, então fomos até o picadeiro, onde houve uma sessão de 20 minutos; em seguida, P7 voltou às baias com o seu cavalo, desencilhou, escovou novamente, e deu-lhe banho.

Durante todo o processo desta aula de vivência, pudemos perceber que o praticante estava à vontade, e apesar da dificuldade por seu tamanho, procurou completar todas as etapas de cada tarefa, estas com ajuda de um banquinho ou da terapeuta.

P7 disse ter gostado da aula, e que se fosse maior um pouco gostaria de fazê-la como rotina. Este estava visivelmente cansado, mas não fez reclamação alguma durante o processo.

Mês 6:

Além do cumprimento dos exercícios de equitação de rotina, geralmente dados com variações, para que tenhamos sempre um atrativo diferente; deu-se continuidade ao treinamento do trote sentado, e da junção de todas as técnicas aprendidas anteriormente.

Para este treinamento, como anteriormente, fez-se uso dos materiais geralmente utilizados em percursos e circuitos, onde são exigidos, além da realização de exercícios aleatórios, mudanças de direção e velocidade.

Todas essas técnicas exigidas pela montaria trabalham áreas que trazem benefícios ao comportamento hiperativo, foco de atenção e capacidade de concentração, pois existe a necessidade de que se controle, todas estas, para que possa cumprir a atividade.

Obs.: a psicóloga contatou novamente a escola de P7, e segundo as informações dadas por sua Professora de Língua Portuguesa, o comportamento do aluno melhorou, este não mais apresenta dificuldades para prestar atenção nas explicações, completa as atividades solicitadas, respeita seus colegas e professores, parece estar mais persistente, e mais tranquilo.

Mês 7:

Este mês foi iniciado com a introdução ao “galope”, andadura de maior velocidade e exigência do praticante.

P7 escutou com atenção todas as explicações, e as repetiu em voz alta antes de iniciar sua primeira tentativa, demonstrando, talvez, ter encontrado seu próprio jeito de fixar o conhecimento; nada lhe foi dito para que o fizesse, foi espontâneo.

Ao iniciar sua primeira tentativa, P7 mostrou-se determinado a fazê-lo, e assim o foi, o praticante galopou, desorganizado, mas conseguiu, e após alguns segundos, este organizou a si mesmo e a seu cavalo.

A terapeuta lhe elogiou e comemorou junto ao praticante. Sua mãe, desde a varanda de espera, também vibrou e bateu palmas, o que parece tê-lo incentivado ainda mais.

As sessões seguintes foram de treinamento das etapas anteriores.

Obs.: neste mês, lhe seria apresentado à sela, mas por conta de um acidente doméstico, o médico pediu para que este continuasse montando na manta, material macio e flexível. Então seu processo terapêutico terá continuidade apenas com o uso da manta.

Mês 8:

Para podermos concluir todo o seu processo, evitamos a presença de diferenças entre os praticantes, neste oitavo mês foi usado, uma manta com adaptação de estribos, fazendo com que esta se assemelhe à sela.

Após sua adaptação aos estribos, P7 recebeu as instruções e explicações sobre o salto, e seu treinamento a este foi iniciado.

Primeiramente com as varas de obstáculos de salto, no chão e em seguida, gradualmente, colocadas nas alturas iniciais.

Ao início, o praticante teve certa dificuldade em se concentrar em todos os comandos necessários, mas com o treinamento das sessões que se seguiram, este realizou o salto sem problemas.

Após cada passada destes pelo obstáculo, P7 abraçava e agradecia seu cavalo. E ao final de seu processo terapêutico, este abraçou e agradeceu à terapeuta e à equipe.

Conclusão das sessões:

Em todos esses meses de intervenção terapêutica, pudemos notar melhoras relacionadas ao comportamento hiperativo, foco de atenção, concentração, persistência, determinação, autoestima, autoconfiança, responsabilidade, disciplina, respeito ao próximo, além da coordenação motora, equilíbrio, postura e força muscular.

APÊNDICE D – Painel de imagens do universo desta pesquisa

FIGURA 1 - Demonstração das três andaduras naturais do cavalo: a) passo; b) trote; c) galope



Fonte: Camila Spengler Escobar, 2010.

FIGURA 2 - Picadeiro do Centro de Equoterapia da Acrissul: a) casal de araras; b-c) picadeiro



Fonte: Camila Spengler Escobar, 2010.

FIGURA 3 - Materiais utilizados nos atendimentos equoterápicos



Cabresto e guia para volteio

Cabeçada e bridão



Capacete

Sela



Manta adaptada

Materiais de manejo



**Materiais
pedagógicos e de
treinamento**

FIGURA 4 - Exemplos de exercícios aplicados – parte I: a) equilíbrio; b) alongamento; c) habilidades e força muscular; d) giro de braço



Fonte: Camila Spengler Escobar, 2010.

FIGURA 5 - Exercícios de giro completo sobre a manta



Fonte: Camila Spengler Escobar, 2010.

FIGURA 6 - Exercícios de salto



Fonte: Camila Spengler Escobar, 2010.

FIGURA 7 - Aula de vivência – parte I: a) colocando o buçal; b) escovando; c) encilhando



Fonte: Camila Spengler Escobar, 2010.

FIGURA 8 - Aula de vivência – parte II: a) encilhando; b) desencilhando; c) dando banho



Fonte: Camila Spengler Escobar, 2010.

HOMOLOGAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UCDB

Campo Grande, 16 Junho de 2011.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o projeto **"O Tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade [TDAH] e a Equoterapia"** sob a responsabilidade de **CAMILA SPENGLER ESCOBAR** e orientação da **Profa. Dra. Heloisa Bruna Grubits Freire**, protocolo sob o nº **041/2009**, após análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco, foi considerado aprovado sem restrições.

Profa. Dra. Susana Elisa Moreno
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Católica Dom Bosco