

UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE

Faculdade de Psicologia



A PRÁTICA DO PSICÓLOGO NA EQUOTERAPIA

JULIANA PRADO FERRARI

São Paulo

2003

UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE

Faculdade de Psicologia



A PRÁTICA DO PSICÓLOGO NA EQUOTERAPIA

JULIANA PRADO FERRARI

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Iniciação Científica – (Trabalho de Graduação Interdisciplinar) da Faculdade de Psicologia, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Psicólogo.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Silvana Maria Blascovi-Assi

São Paulo

2003

A todos os profissionais envolvidos com a Equoterapia, especialmente aos psicólogos, para que possam enriquecê-los e auxiliá-los em sua atuação.

AGRADECIMENTOS

À Professora Silvana Maria Blascovi-Assis, minha orientadora, pelo conhecimento teórico transmitido, essencial para a execução deste trabalho.

À Universidade Presbiteriana Mackenzie, por propiciar as condições para este aprendizado e pela oportunidade de desenvolver o presente trabalho.

À Patrícia Tótaro e Michele Rufino, minhas grandes amigas, pelo conhecimento prático transmitido, auxílio e incentivo a realização deste trabalho.

A todos os profissionais que trabalham na Equoterapia, em especial aos psicólogos os quais entrevistei, pela atenção e colaboração na viabilização deste trabalho.

Ao meu tio, Jorge, pela influência na escolha de minha carreira profissional e pela experiência transmitida.

Aos meus pais, Roberto e Nilda, por serem tão maravilhosos e por proporcionarem amor e força para seguir a minha prática acadêmica.

À minha irmã, Thais pelo companheirismo e incentivo em toda a execução desde trabalho e em toda minha vida.

Ao Tulio, pela motivação, paciência e carinho em todos os momentos de minha vida acadêmica.

RESUMO

A equoterapia é um método terapêutico utilizado para trabalhar com os portadores de deficiência e/ou necessidades especiais. Trata-se de uma nova alternativa para o tratamento terapêutico que vem crescendo nos últimos tempos e está diversificando as estruturas convencionais dos clássicos consultórios e clínicas por proporcionar grande progresso e benefício na recuperação dos pacientes. O presente trabalho propõe a estudar a prática do psicólogo na equoterapia, mediante a verificação de semelhanças e/ou diferenças no modo como cada psicólogo exerce sua função. E, também, proporcionar um maior conhecimento sobre a conduta dos profissionais desta área, além de conhecer os aspectos emocionais envolvidos no trabalho com pessoas portadoras de deficiência e/ou necessidades especiais. Ressalta-se que são escassos os trabalhos publicados referente a equoterapia. Os dados foram coletados a partir de um questionário de treze (13) perguntas abertas e fechadas a respeito da atuação do psicólogo no centro de equoterapia em que trabalham. O questionário foi aplicado em dez (10) psicólogos, num total de sete (7) centros de equoterapia das cidades de São Paulo, São Bernardo do Campo e Itajubá (MG). Por meio desse estudo, pode-se conhecer a importância do psicólogo na equoterapia, uma vez que este tem um papel fundamental desde a realização de diversificadas tarefas, como a orientação e assistência às famílias e à equipe, até os inúmeros benefícios que a equoterapia proporciona no campo psicológico: sociabilização, consciência corporal, autoconfiança, responsabilidade, autonomia, entre outros. Todavia, observou-se que os psicólogos participantes deste estudo não apresentam papel definido dentro da equipe de equoterapia, pois não sabem reconhecer o que é primordial em sua atuação, já que 70% apresentaram opiniões divergentes no que consideram tarefa relevante do psicólogo na equoterapia. Não há, portanto, uma homogeneidade na maneira de avaliar os praticantes, e, conseqüentemente os psicólogos não maximizam seu potencial e sua qualificação. Assim, acabam não exercendo integralmente a sua função ao realizarem atividades que não pertencem a sua especialidade pela carência de profissionais da área, já que a equoterapia constitui-se em um recurso de grande investimento.

Palavras-Chaves: equoterapia, psicologia; deficiência.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	13
2.1. EQUOTERAPIA	13
2.2. HISTÓRICO	15
2.3. FUNDAMENTAÇÃO.....	20
2.4. PROGRAMAS BÁSICOS DE EQUOTERAPIA.....	24
2.4.1. <i>Programa Hipoterapia</i>	25
2.4.2. <i>Programa Educação/Reeducação</i>	25
2.4.3. <i>Programa Pré-Esportivo</i>	26
2.5. O CAVALO.....	27
2.5.1. <i>Um Breve Conhecimento</i>	27
2.5.2. <i>O Cavalo e seu Significado</i>	30
2.5.3. <i>O Cavalo na Equoterapia</i>	32
2.5.4. <i>O Cavalo como Instrumento Cinesioterapêutico</i>	34
2.5.4.1. <i>Movimento no Plano Horizontal</i>	37
2.5.4.2. <i>Movimento no Plano Vertical</i>	39
2.5.5. <i>Semelhança do Movimento Realizado pelo Ser Humano com a Marcha Executada pelo Cavalo</i>	40

2.6. PRINCÍPIOS E NORMAS FUNDAMENTAIS CONDIÇÕES PARA A PRÁTICA DA EQUOTERAPIA	42
2.7. INDICAÇÕES, CONTRA-INDICAÇÕES E PRECAUÇÕES DA EQUOTERAPIA	43
2.7.1. <i>Indicações</i>	43
2.7.2. <i>Contra-Indicações</i>	44
2.7.3. <i>Precauções</i>	46
3. CONSIDERAÇÕES PSICOLÓGICAS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA.....	49
3.1. O ATENDIMENTO PSICOLÓGICO DE INDIVÍDUOS COM DEFICIÊNCIA	49
3.2. A CRIANÇA COM DEFICIÊNCIA.....	51
3.3. A FAMÍLIA E FILHO COM DEFICIÊNCIA.....	53
4. MATERIAL E MÉTODO.....	57
4.1. SUJEITOS	57
4.2. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	57
4.3. PROCEDIMENTO	57
5. RESULTADOS	59

6. DISCUSSÃO	66
7. CONCLUSÃO	70
8. REFERÊNCIAS	72

ANEXOS

ANEXO A – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa 79

ANEXO B – Carta de Informação e Termo de Livre Consentimento..... 81

ANEXO C – Questionário 83

FIGURAS

FIGURA 1 – Mecânica do Movimento Natural do Cavalo	36
FIGURA 2 – Efeito Tridimensional do Dorso do Cavalo	36
FIGURA 3 – Movimento Látero-Lateral.....	38
FIGURA 4 – Movimento Ântero-Posterior	39
FIGURA 5 – Movimento Verticais Da Garupa	40

GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Tempo de Formação em Psicologia.....	59
GRÁFICO 2 – Tempo de Atuação na Equipe.....	59
GRÁFICO 3 – Profissionais que Compõe a Equipe.....	60
GRÁFICO 4 – Atuação do Psicólogo na Equoterapia.....	61
GRÁFICO 5 – Principal Tarefa do Psicólogo na Equoterapia.....	62
GRÁFICO 6 – Benefícios Psicológicos na Equoterapia.....	63

1. INTRODUÇÃO

Existem vários métodos terapêuticos para trabalhar com portadores de deficiência. Dentre estes, um vem crescendo consideravelmente e sendo bastante divulgado pela mídia: a equoterapia. Por proporcionar grande progresso e benefício na recuperação desses pacientes, que segundo a ANDE-BRASIL (1989) denomina-se de praticantes, tornou-se uma alternativa para o tratamento terapêutico diversificando as estruturas convencionais dos clássicos consultórios e clínicas.

Na Equoterapia trabalha-se com o ser humano dentro de uma visão global do desenvolvimento, por isso é fundamental a atuação de uma equipe interdisciplinar integrada, formada por psicólogo, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, pedagogo, terapeuta ocupacional, educador físico, instrutor de equitação. Em função disso, cada profissional tem um papel decisivo no tratamento do indivíduo.

Este trabalho propõe a estudar a prática do psicólogo na equoterapia, mediante a verificação de semelhanças ou diferenças no modo como cada psicólogo exerce sua função. E, também, proporcionar um maior conhecimento sobre a conduta dos profissionais desta área, além de conhecer os aspectos emocionais envolvidos no trabalho com indivíduos com deficiência.

É importante ressaltar que são escassos os trabalhos publicados a respeito da equoterapia.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. EQUOTERAPIA

A definição oficial de equoterapia, utilizada pela ANDE-BRASIL (1999), após ter sido reconhecida em 1997 como método científico pelo Conselho Federal de Medicina, é um método terapêutico e educacional que utiliza o cavalo dentro de uma abordagem interdisciplinar, nas áreas de Saúde, Educação e Equitação, buscando o desenvolvimento biopsicossocial de pessoas portadoras de deficiência e/ou necessidades especiais.

O termo equoterapia é usado no Brasil para se referir às atividades que utilizam o cavalo com fins terapêuticos, adotado pela ANDE-BRASIL em 1989 e registrado em 26/07/1999 no Instituto Nacional da Propriedade Industrial (INPI) do Ministério do Desenvolvimento, da Indústria e do Comércio. De acordo com a ANDE-BRASIL (1999), esta palavra foi criada com três intenções:

1ª) Homenagear a nossa língua mãe – o latim, pois EQUO vem do latim ÉQUUS, único gênero da família dos Eqüídeos da subfamília Eqüina, que é a espécie CABALUS, ou seja, o cavalo.

2ª) Homenagear o grego HIPÓCRATES de LOO (377 a 458 a.C.) que indicava a prática eqüestre para a regeneração da saúde e preservação do corpo. Utilizou-se, então, a palavra TERAPIA, originária do grego THERAPEIA, que é a parte da medicina que trata da aplicação do conhecimento técnico-científico no campo da reabilitação e reeducação.

3ª) Para utilizar o termo EQUOTERAPIA, o indivíduo deve estar engajado nos princípios e nas normas fundamentais que norteiam esta prática no Brasil, facilitando o reconhecimento do método pelos órgãos competentes.

Alguns profissionais utilizam este tipo de terapia com o nome de Hipoterapia, Equitação terapêutica e Equinoterapia.

Para CIRILLO (1992), a equoterapia é um tratamento de reeducação e reabilitação motora e mental, através da prática de atividades equestres e técnicas de equitação.

Segundo PRADO (2001), a equoterapia é um tratamento que propicia o desenvolvimento dos aspectos motores, como a coordenação motora, a postura, o ritmo, a flexibilidade, o equilíbrio, aumentando o tônus muscular, além de desenvolver os aspectos psicopedagógicos e emocionais de forma descontraída, lúdica, em contato com a natureza diferente de ambientes como as clínicas e consultórios. E quando o praticante desenvolve atividades psicomotoras, cognitivas e afetivas, o cavalo pode favorecer a reintegração do praticante à sociedade, com maior independência e confiança.

Segundo KANN (1994), a equoterapia significa, no sentido da palavra, a cura através do cavalo, pois utilizam os movimentos efetuados pelo lombo do animal para aplicá-lo dentro de um quadro de reeducação terapêutica. Pode ser aplicada em pessoas de qualquer idade atingida por uma deficiência física ou mental, mesmo que ela nunca tenha tido nenhum contato com o animal.

HERZOG (1989) acredita que a equitação psicoterápica tem como característica principal a utilização da técnica de domínio corporal, como o relaxamento, e não se limitar somente às trocas verbais.

2.2. HISTÓRICO

A atividade eqüestre é utilizada há muitos séculos, como veremos a seguir a visão histórica desta utilização em todo o mundo com a finalidade terapêutica, em ordem cronológica da data de publicação ou do tempo de vida do autor, segundo WALTER¹ (2001 apud UZUN, 2001) e KANN (1994):

☞ HIPÓCRATES (458 a.C. - 377 a.C.), em seu *Livro das Dietas*, citava a equitação como regeneradora da saúde, preservação da saúde do ser humano e tratamento da insônia. Acreditava que a equitação praticada ao ar livre, era benéfica para o tônus muscular.

☞ ASCLEPÍADES, médico grego da Prússia (124 a.C – 40 a.C.), indicou a equitação para tratar a epilepsia e vários tipos de paralisia. Indicava os movimentos do cavalo a pacientes apopléticos, caquéticos, epiléticos, frenéticos, letárgicos, paralíticos e para os acometidos de febre terçã e gota.

☞ GALENO, (130 a.C. - 199 a.C.), foi o consolidador e divulgador dos conhecimentos da medicina ocidental, enfatizando os benefícios da atividade eqüestre.

¹ Curso Avançado de Equoterapia na fundação Rancho GG, ministrado por Gabriela Walter, 2001.

Os árabes, na Idade Média (Séc. V - XI), fizeram inúmeras referências ao cavalo, tendo em vista o desenvolvimento da ciência num quadro da cultura equestre.

MERKURIALIS (1569), em seu livro: “*De Arte Gymnastica*”, cita a equitação como exercício não só do corpo, mas também dos sentidos. Esta obra também refere-se aos diferentes tipos de andadura do cavalo, comenta que a equitação aumenta o “calor natural” e remediava a escassez de excreções.

Cesare BÓRGIA (início do séc. XIV), afirmava que “aquele que deseja conservar uma boa forma física, deve cavalgar”.

Thomas SYDENHAM (1624 - 1689), médico e capitão da cavalaria durante a guerra civil, e, em sua obra: “*Observationes Medical*”(1676), indica a equitação como tratamento ideal até para tuberculose, cólicas biliares e flatulências, afirmava que a equitação era a melhor forma para fortificar o sangue e reanimar a mente, principalmente a equitação diária, inclusive emprestava seus cavalos para pacientes sem recursos.

Francisco FULLER (1654 - 1734), no tratado “*De Medical Gymnastica*” (1704), descreve a equitação como um método adequado de tratamento da hipocondria.

Friedrich HOFFMAN (1719), em “*Instruções aprofundadas de como uma pessoa pode manter a saúde e livrar-se de várias doenças através da prática racional de exercícios físicos*”, dedica um capítulo à equitação e a seus grandes benefícios, definindo o passo como sendo a andadura mais salutar.

☞ Charles S. CASTEL (1734), médico e abade de Saint Pierre, criou uma cadeira viibratória (“tremousoir”) com movimentos similares aos do cavalo.

☞ Samuel Theodor QUELMAZ (1697 – 1758), alemão (Lipsia), também desenvolveu uma máquina eqüestre demonstrando de que forma o problema do movimento e dos exercícios físicos eram vistos pelos médicos da época. Essa máquina era uma espécie de guindaste que imitava os efeitos induzidos pelo movimento do cavalo. Em “*A Saúde Através da Equitação*”, fez a primeira referência histórica ao movimento tridimensional do dorso do cavalo.

☞ John PRINGLE (1707 - 1782), observando os militares que combatiam a pé e a cavalo, em 1752, constatou que estes últimos eram menos atingidos por doenças endêmicas. Em seu livro “*Observações acerca das doenças dos militares*”, cita a equitação como destaque importante na preservação da saúde dos exércitos. (ANDE – BRASIL, “A história da Reeducação Eqüestre”, s.d.).

☞ Giusepse BENVENUTTI (1772), médico das termas doa Banhos de Luccana da Itália, dedicou seu livro a Sigismundo CHIGI, príncipe de Farneta, desejando “restabelecimento da saúde com esta prática”as “Reflexões acerca dos efeitos do movimento a cavalo”, onde escreve que a equitação mantém o corpo são e promove diferentes funções orgânicas, numa ativa função terapêutica.

☞ Joseph C. TISSO (1782), em “*Ginástica Médica e Cirúrgica*”, cita as primeiras referências sobre as contra-indicações da prática excessiva da equitação. Ilustra os diferentes efeitos dos vários andamentos, entre eles, o passo como andadura mais benéfica sob o ponto de vista terapêutico.

☞ Hospital Ortopédico de Oswentry (1901), na Inglaterra, realizou a primeira aplicação de Equoterapia em contexto hospitalar.

☞ Em Oxford (1917), o primeiro grupo de Equoterapia, realizou atendimento aos feridos durante a Primeira Guerra Mundial.

☞ Liz HARTEL, apesar de adquirir Poliomielite em 1946, foi vice-campeã olímpica em adestramento eqüestre em 1952, na de Helsinque e 1956, na de Melbourne.

☞ Eliset BODTHER (meados dos anos 50), fisioterapeuta norueguesa, desenvolveu tratamento equoterápico em crianças portadoras de deficiência.

☞ Renée DE LUBERSAC e Hubert LALLERY (1965), em “Reeducação Eqüestre”, na França, com a possibilidade do deficiente em recuperar e valorizar suas potencialidades. Em 1963, a reeducação com a equitação, já era utilizada empiricamente por KILLILEA, onde em “De Karen com amor”, onde conta a história de uma jovem deficiente reeducada com a equitação e a natação. Em 1965, na França, equoterapia torna-se matéria didática universitária.

☞ Centro Hospitalar Universitário de Salpêtrière (1969), em Paris, realiza-se o primeiro trabalho científico de reeducação eqüestre.

☞ Elly KOGLER e Gabriele B. WALTER (1971), fisioterapeutas, chegam ao Brasil com as primeiras experiências em Equoterapia.

☞ Collette Picart TRINTELIN (1972), da Universidade de Paris, Val de Marne (França), realiza a primeira tese de doutorado em medicina sobre equoterapia.

☞ Em 1974, em Paris, foi realizado o primeiro Congresso Internacional da RPE (Reeducação pela Equitação).

☞ Em 1978, em Balê, um grupo de médicos e fisioterapeutas criaram a Organização Suíça para a Equoterapia.

☞ Em 1985, em Milão durante o V Congresso Internacional, foi fundada o “Riding International for the Disabled” (RDI).

☞ Em 1988, grupo de brasileiros foram à Europa para estudos e aprofundamento sobre equoterapia.

☞ Em 1989, (10/05/89), é fundado, no Brasil, a Associação Nacional de Equoterapia (ANDE-BRASIL).

☞ Em 1997, a Equoterapia é designada como um método científico - terapêutico pelo Conselho Federal de Medicina, parecer 06/97 de 09/04/1997.

☞ Em 1998, é fundada a Associação de Equoterapia Paulista (AEP).

☞ Em 1999, realiza-se o Primeiro Congresso Brasileiro de Equoterapia, em Brasília (ANDE-BRASIL).

☞ Em 2000, realiza-se o Décimo Congresso Internacional de Equoterapia, na França.

Atualmente, a Equoterapia está em pleno desenvolvimento ocupando espaço muito importante, enquanto método terapêutico na área da reabilitação. No Brasil, há diversos cursos básicos, avançados e de especialização sobre o tema. A Itália apresenta as técnicas mais avançadas sobre este tratamento, possuindo mais

de 50 centros, coordenados pela “Associazione Nazionale Italiana di Realilitazione Eqüestre” (ANIRE). Na Inglaterra há mais de 600 centros sob a ajuda financeira de “Riding Disabled Association”(RDA) e na Alemanha, Suécia e Suíça, as técnicas de reeducação através da equitação são reconhecidas como tratado e financiadas pelo governo.

2.3. FUNDAMENTAÇÃO

Segundo TÓTARO (2000), o objetivo principal do psicólogo é “orientar e acompanhar os praticantes e seus familiares, e por meio de instrumentos lúdicos como jogos, brincadeiras, transposições de situações, históricas, diálogos e outros, auxiliá-los na elaboração de determinados aspectos emocionais, conflitos e situações”.

O mesmo autor ressalta que a atuação do psicólogo inicia-se com a *Avaliação Psicológica*, a fim de conhecer o indivíduo, quanto aos aspectos emocionais e intelectuais. Muitos profissionais avaliam seus praticantes diretamente em contato com o cavalo. Outros realizam anamnese com os pais ou responsáveis, e/ou com o próprio praticante, mediante caso clínico a ser atendido. A anamnese é fundamental para conhecimento do praticante o qual irá trabalhar. Por meio das entrevistas de anamnese pode-se conhecer a dinâmica familiar do praticante na tentativa de compreender melhor o contexto no qual este encontra-se inserido. Nesta avaliação, é muito importante um protocolo básico no qual se constitui de uma investigação das percepções auditiva e visual, esquema corporal, orientação temporal e espacial, lateralidade, o nível de compreensão, atenção,

concentração, motivação, frustração, adaptação, comunicação (gestual, verbal compreensiva, verbal expressiva), sociabilização, se há capacidade de abstração, como se relaciona com a família, seus traços de personalidade (extrovertido, introvertido, fóbico, ansioso, obsessivo, histérica). Após esta avaliação, estabelece, juntamente com a equipe, o objetivo a ser tratado com a equoterapia.

Este autor denomina a fase inicial da equoterapia de *Fase de Aproximação*, que se refere a um processo em que visa auxiliar o praticante em sua adaptação a este novo contexto terapêutico, envolvendo desde o primeiro contato com o animal até a sua integração sócio-afetiva. Nesta fase, esta avaliação é realizada com todos profissionais que compõe a equipe interdisciplinar, com o objetivo de registrar qual é a reação da criança frente ao cavalo. Por isso, a participação do psicólogo nesta fase é fundamental, pois torna-se o mediador da relação praticante-cavalo. Neste processo são realizadas algumas atividades como: apresentação e exploração do animal, “faxina” do cavalo, que consiste no conhecimento do praticante no cuidar do animal, realizando limpeza deste e exploração das partes do corpo do cavalo, comparando-as com as do ser humano, como por exemplo, a crina do cavalo é parecida com o cabelo do homem. Proporcionando, assim, a formação de um vínculo do praticante com o animal. Onde não há uma duração pré-determinada, vai depender do objetivo proposto ao praticante e sua capacidade de adaptação ao novo contexto, tornando-se necessário um ambiente acolhedor e confiável. Após o praticante obter um bom contato e segurança com o cavalo, inicia-se o *Processo de Montaria*. Dependendo do quadro clínico apresentado, esta pode ser acompanhada durante a montaria por um instrutor (montaria dupla), quando o praticante não possui controle de tronco ou cabeça, ou não consegue se equilibrar sozinho no cavalo.

Para aqueles praticantes que têm medo de montar sozinhos ou são mais regredidos, por mais que suas condições físicas possibilitam para tal, realiza-se o *Processo de Maternagem* na tentativa de transmitir à pessoa um pouco mais de segurança. Este processo ocorre quando o praticante e o terapeuta montam juntos, onde um se volta para outro (*Processo de Simbiose*). Desta forma, este processo de montaria, embora propicie um momento de regressão ao praticante torna-se menos ameaçador mais aconchegante e acolhedor. Esta nova situação terapêutica auxilia na adaptação, porém, deve ocorrer no máximo por volta de 4 meses (TÓTARO, 2000).

E finalmente, o *Processo de Separação*, o qual é iniciado por volta dos o papel do psicólogo é preparar o praticante para o fim do seu tratamento com a separação do cavalo, dos profissionais que o atende e dos outros praticantes atendidos no mesmo horário (TÓTARO, 2000).

Além do acompanhamento destes processos, o psicólogo deve participar das discussões de caso com a equipe interdisciplinar, além de acompanhar e avaliar a evolução do trabalho com cada praticante, realizando sempre anotações dos resultados obtidos. (TÓTARO, 2000).

Para NASCIMENTO (s/d.), o psicólogo tem o papel de:

- ☞ Analisar e reavaliar a situação atual do praticante antes do início da terapia para obter uma melhor adaptação às características do trabalho com o cavalo;
- ☞ Auxiliar o praticante em todo o desenvolvimento psicossocial;

- ~ Acompanhar, diretamente, cada praticante durante o processo de aproximação com o animal;
- ~ Atender aos familiares dos praticantes, individualmente ou através de dinâmica de grupo;
- ~ Favorecer o inter-relacionamento da equipe interdisciplinar e demais profissionais envolvidos no trabalho;
- ~ Participar de cursos, estágios e outros eventos relacionados com a equoterapia;
- ~ Atender, individualmente ou em grupo, os praticantes durante as sessões, principalmente, pela estimulação das áreas psicomotoras e sensório-perceptivas;
- ~ Auxiliar o praticante no processo ensino-aprendizagem;
- ~ Priorizar o atendimento quanto ao aspecto emocional, resgatando e melhorando a auto-estima e autoconfiança.

Assim, o psicólogo deve conhecer as necessidades, limites e potencialidades de cada praticante para seu melhor desempenho, realizando também, estimulação sensório-perceptiva e atendimentos individuais ou em grupos com os praticantes durante as sessões, visando auxiliá-los desta maneira, em seu desenvolvimento social, aumentando sua auto-estima, autoconfiança, autonomia e independência, senso de responsabilidade, conhecimento de suas próprias capacidades, cooperatividade e colaboração, consciência corporal, visando uma melhor organização do esquema corporal, processo de

individualização (distinção eu-outro), maior aceitação às frustrações, maior aceitação de limites e desenvolvendo sua afetividade. (PRADO, 2001).

Além destes aspectos, NASCIMENTO (s/d.), acrescenta o controle emocional e autodisciplina, superação de fobias, expansão do controle, modificação de comportamentos inadequados, re (inserção) social, estimulação da linguagem e da área sensório-perceptiva, desenvolvimento psicomotor e sensação generalizada de bem-estar.

2.4. PROGRAMAS BÁSICOS DE EQUOTERAPIA

O atendimento de Equoterapia é planejado em função de necessidades e potencialidades do praticante, onde se incluem o estabelecimento dos objetivos a serem atingidos e a conseqüente ênfase na área da aplicação pertinente (ANDE – BRASIL, 1999).

Cada portador de deficiência e/ou necessidades especiais possuem características peculiares quanto ao seu aspecto físico e psicológico, ao seu funcionamento e grau de independência. Por isso torna-se necessário programas específicos de acordo com a fase de seu atual processo de evolução. Apesar de toda equipe interdisciplinar atuar em conjunto, dependendo de cada programa, poderá haverá ênfase na ação de determinada área profissional.

Os programas básicos de equoterapia são:

 Hipoterapia

☞ Educação/Reeducação

☞ Pré-Esportivo

2.4.1. Programa Hipoterapia

É um programa essencialmente direcionado à área da saúde e voltado para pessoas portadoras de deficiência física e/ou mental, em geral àquelas que apresentam deficiências motoras, sensoriais, mentais, doenças mentais e inaptações sociais diversas, nas quais não conseguem se manter sozinha sobre o cavalo, necessitando de um auxiliar-guia para conduzir o cavalo e, eventualmente, de um auxiliar-lateral para mantê-lo montado, proporcionando apoio e segurança.

A ênfase das ações é dos profissionais da saúde precisando, portanto, de um terapeuta ou mediador, a pé ou montado, para a execução dos exercícios programados.

Neste programa, o cavalo funciona, principalmente, como agente cinesioterápico.

2.4.1. Programa Educação/Reeducação

Este programa pode ser direcionado para uma ou mais áreas de aplicação: saúde, educação ou equitação.

O praticante tem condições de exercer alguma atuação sobre o cavalo e conduzi-lo, dependendo em menor grau do auxiliar-guia e do guia-lateral. A ação dos profissionais de equitação é mais intensa, porém os exercícios devem ser planejados por toda a equipe interdisciplinar, dependendo dos objetivos a serem alcançados.

O cavalo, neste programa, continua propiciando os benefícios por seu movimento tridimensional, atuando como facilitador do processo ensino-aprendizagem, e psicológico do praticante e este se encontra numa postura mais ativa do processo.

2.4.1. Programa Pré-Esportivo

Voltado para as áreas educativa, social e esportiva, nas quais o praticante já tem boas condições para atuar e conduzir o cavalo e dependendo do caso, pode até participar de pequenos exercícios específicos de hipismo. Neste programa a ação dos profissionais da equitação é fundamental, mas não descarta a necessidade do acompanhamento e orientação dos profissionais da saúde e educação.

O praticante exerce maior influencia sobre o cavalo e este atua como agente de inserção e reinserção social.

Para KANN (1994), a equoterapia não é uma forma de hipismo, já que o paciente não exerce nenhuma influência direta sobre o cavalo, o objetivo está

voltado para a sensação, adaptação e apreciação dos movimentos ritmados produzidos pelo lombo do cavalo.

2.5. O CAVALO

2.5.1. *Um Breve Conhecimento*

Segundo PEREIRA (2000), o primeiro a descrever um fóssil de cavalo foi o paleontologista inglês Sir Richard Owen, o qual chamou-o de *Hyracotherium*, encontrado próximo de Londres em depósitos argilosos no início da era Cenozóica, cerca de 64-(50 milhões de anos atrás).

Para SMYTHE (1990), o cavalo já habitava a terra a quarenta milhões de anos atrás, cujo gênero mais antigo, o *Eohippus* (cavalo da alvorada), de pequeno porte, habitava florestas e alimentava-se de folhas. Depois surgiram outros herbívoros de portes maiores como os *Mihioous*, *Parahippus* e finalmente o *Equus*, que é o gênero do cavalo que conhecemos atualmente.

O cavalo moderno pertence à ordem dos Perissodácticos, da família dos Eqüídeos, da subfamília Eqüina e da espécie *Cabalus*.

Com a domesticação, o cavalo tornou-se mais inteligente, mudando sua conformação do corpo e dos membros para a satisfação das necessidades do homem, sendo condicionado de acordo com seus desejos e afastado do seu ambiente natural. Segundo SMYTHE (1990), os cavalos que temos hoje são descendentes dos poucos escolhidos.

Os cavalos possuem bom padrão de comunicação através de emissão de sons bastante característicos e significativos e da linguagem corporal. Seus órgãos do sentido são bastante eficientes como a visão, audição e tato e talvez seja esta sensibilidade tátil que o levou a aproximação do homem. Seus olhos peculiarmente conseguem focalizar objetos próximos e distantes simultaneamente e cada olho pode ter uma visão diferente. Porém, não enxergam cores e sim tonalidades. Conseguem também enxergar no escuro melhor que o homem por possuir uma membrana no cristalino que capta mais luz.

Apresentam uma audição muito aguçada, captando sons muito além dos nossos limites. Por possuírem pescoço longo e orelhas que podem girar até 180 graus, os cavalos têm capacidade de ampliar a fonte sonora e definir a sua localização, percebendo facilmente a presença de um possível perigo. O olfato é outro sentido mais desenvolvido que o homem permitindo a identificação dos alimentos para comer, reconheça animais do mesmo grupo e no caso das éguas, identifique seu potro, além de detectar odores carregados pelo vento em sua direção. Em relação à gustação, demonstra apreciação por algo salgado e doce do que amargo e azedo.

Segundo SMYTHE (1990), os cavalos expressam suas emoções de diversas maneiras como, por exemplo, tremendo suas narinas “falantes”, expandindo e contraindo, o que pode significar interesse, suspeita, medo ou até mesmo alguma demonstração de seu temperamento; as orelhas dirigidas para trás sobre o pescoço podem indicar irritação ou até mesmo atenção, durante uma corrida dura; a cauda expressa emoção quando o cavalo está mais ou menos tranqüilo, um cavalo bom e ativo geralmente carrega sua cauda elevada e

levemente arqueada; seus olhos são bastante expressivos, capazes de informar sobre seu humor e as inclinações de seu proprietário, e também produz sons característicos com significados claros para quem o ouve constantemente.

Os cavalos, assim como os seres humanos possuem propriocepção, ou seja, apresentam uma boa noção de onde se situam, como estão suas patas traseiras quando não conseguem enxergar, informam se está equilibrado durante uma corrida, ou uma curva. São também capazes de captar vibrações provenientes do solo, e seus reflexos são muito rápidos detectando diminuídas correntes elétricas e outras formas de radiação. Por serem animais naturalmente gregários, herbívoros e antigamente presa de alguns predadores, não gostam de adentrar em locais mal iluminados. Além disso, seus alimentos são encontrados apenas durante o dia. Por isso, os cavalos são extremamente sensíveis, expressando claramente suas emoções, porém são capazes de mudar o caráter de suas emoções muito rapidamente.

O mesmo autor salienta a necessidade de serem agregados a um líder e adotou o homem esta tarefa. São bastante receptivos, cooperativos, atenciosos, dóceis, com enorme capacidade de adaptação e capazes de adequar seus estados de humor àqueles do seu dono.

Para BRIGITTE (2000), o cavalo foi utilizado como meio de transporte de todas as classes sociais, conquista, riqueza, trabalho, esporte, lazer, na fabricação de soro e vacina e são utilizados atualmente, na reabilitação e educação de pessoas portadoras de deficiência física e/ou necessidades especiais.

2.5.2. *O Cavalo e seu Significado*

Para FONTANA (2003), os animais, em geral, por apresentarem características como aceitação incondicional do outro, temperatura, textura, respiração, batimento cardíaco, percepção aguçada, propiciam uma interação com o ser humano. Além das reações afetivas construídas na relação animal e homem, esse contato estimula o desenvolvimento sensório-motor do indivíduo.

O cavalo apresenta uma rica simbologia, segundo CHEVALIER e CHEERBRANT (2001), o cavalo está ligado ao fogo, por ser destruidor e triunfador, como também à água por ser nutriente e asfixiante, é o animal das trevas e dos poderes mágicos, a divindade das águas, pois acredita-se que o cavalo conhece o caminho subterrâneo percorrido pelas águas e que possui o dom de com a pancada do seu casco brotarem fontes e também é auxiliar das divindades da chuva, é símbolo da majestade, foi utilizado nas montarias dos deuses, é “o símbolo da impetuosidade do desejo, da juventude do homem, com tudo o que ela contém de ardor, de fecundidade, de generosidade” (p.209), e representa a face humanizada do símbolo.

Segundo CHEVALIER e CHEERBRANT (2001, p. 203):

Os psicanalistas fizeram do cavalo o símbolo do psiquismo inconsciente ou da psique não-humana [...], arquétipo próximo ao da Mãe, memória do mundo, ou então ao do tempo, portanto está ligado aos grandes relógios naturais [...], ou ainda da impetuosidade do desejo. [...] Cavalo celeste representa o instinto controlado, dominado, sublimado; é, segundo a nova ética, a mais

nobre conquista do homem. [...] o cavalo não é um animal como os outros. Ele é montaria, veículo, nave, e seu destino, portanto, é inseparável do destino do homem. Entre os dois intervém uma dialética particular, fonte de paz ou de conflito, que é a do psíquico e do mental.

Segundo JUNG (1987), o cavalo é um arquétipo amplamente presente na mitologia e no folclore. Representa a psique não humana e designa força vital animal do homem. Enquanto animal de carga e está relacionado com o arquétipo da mãe (aquela que gera, nutre, procriadora passiva). Simboliza a magia, com a esfera irracional, principalmente os cavalos pretos (os cavalos da noite), que anunciam a morte.

FREUD² (1920, apud FADIMAN, 1980), associou o id a um cavalo já que a força é total, mas depende do cavaleiro para usar de modo adequado essa força.

Para LARSEN (1991) o cavaleiro está relacionado com a psique consciente e o cavalo com o inconsciente e mesmo o corpo físico. FRIDLUND (2002) acredita que o cavalo tem um valor histórico como animal de montaria e de carga. Seu significado parece está ligado à atividade imaginativa.

O cavalo tem como atributos força e rapidez, e devido a sua velocidade foi associado aos ventos, ao fogo e à luz. Este animal simboliza também a força dos instintos como veículo também representa o corpo.

² FREUD, S. *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

O cavaleiro simboliza o triunfo, autodomínio, domínio das forças naturais. Controlar seu cavalo representa controlar seu próprio “eu”.

TÓTARO (1999) acredita que o cavalo atua como intermediário entre o mundo imaginário da criança e a realidade. E através do vínculo que se forma entre esta e o animal, são estimulados os aspectos referentes à sua afetividade, sociabilização e comunicação, favorecendo a interação da criança com seu mundo externo e no estabelecimento de limites.

Segundo JACQUELIN (1999), o cavalo é um ser vivo, de difícil manipulação e impõe respeito. As trocas com este animal são imediatas e realizadas através do corpo, especialmente o tato e o gesto, local de articulação das emoções.

A mesma autora acredita que o cavalo, através de uma linguagem infra-verbal, leva o indivíduo à regressão, pois seu calor, odor, docilidade do seu corpo e seus movimentos rítmicos remeterá ao passado, nas primeiras relações e contatos com sua mãe. E o terapeuta terá um papel estimulador, colocando-se à escuta das respostas corporais e verbais de seu paciente.

2.5.3. *O Cavalo na Equoterapia*

Na equoterapia o cavalo é utilizado como agente cinesioterápico, facilitador do processo de ensino-aprendizagem e na inserção e reinserção social. É um mediador entre os profissionais que compõe a equipe e o praticante, e através dessa relação transferencial, este praticante estará mais motivado,

colaborando de forma mais efetiva para sua reabilitação, promovendo benefícios físicos, psicológicos e sociais os quais são fundamentais para os resultados esperados (ANDE-BRASIL, 2000).

O ato de andar a cavalo pode proporcionar uma redefinição das relações sociais e familiares e uma melhor adequação do comportamento daquele que realiza a montaria, uma vez esta prática propicia uma separação desse indivíduo de sua família, possibilitando aos familiares que descubram capacidades não ainda percebidas, interrompendo assim o círculo vicioso patológico. (TÓTARO, 2000).

São as numerosas estimulações e funções motoras e psicomotoras que o andar a cavalo solicita, mas também há o componente relacional que se estabelece entre as pessoas e o animal e que enriquece este tipo de terapia, tornando-o, um agente facilitador para uma intervenção.

Segundo KANN (1994, p. 23): “nenhuma outra forma de terapia é capaz de imitar com tanta perfeição os movimentos da bacia como o andamento ao passo do animal”.

Segundo ANVERSA & ASSIS³ (1996 apud PRADO, 2001), a terapia com o cavalo pode desenvolver um papel fundamental no processo de “normalização”, pois, oferece momentos de participação lúdica e desportiva, podendo contribuir com um uso mais harmonioso das potencialidades residuais e de uma estruturação mais definida da personalidade da criança.

3 ANVERSA, C. M. C.; ASSIS, M. A.M. *Erquoterapia, Atuação do Fisioterapeuta*. Monografia da Universidade da Campanha. Centro de Ciência da Saúde. Bagé-RS,.1996.

A utilização do cavalo na equoterapia proporciona ao praticante uma série de vantagens, tais como: o movimento tridimensional fornece imagens cerebrais seqüenciais e impulsos importantes para se aprender ou reaprender a andar; o movimento rítmico-balançante estimula o metabolismo, a regulação do tônus e o funcionamento dos sistemas cardiovasculares e respiratórios melhoram; o movimento de mudança constante estimula o sistema vestibular e solicita uma adaptação constante do próprio equilíbrio, fortalecendo a musculatura e a coordenação; a imponência e altura do cavalo podem desenvolver a coragem, autoconfiança, concentração, sentimentos de independência, entre outros; a docilidade e o contato com o animal pode acarretar no desenvolvimento da tranqüilidade, da capacidade social e da comunicação. Portanto, o cavalo na equoterapia é um agente educativo, facilitador para a obtenção de novas conquistas (CAPI, s/d).

2.5.4. O Cavalo como Instrumento Cinesioterapêutico

Segundo WICKERT (1999), o cavalo apresenta três andaduras naturais e instintivas: o **passo, trote e galope**. O trote e o galope são andaduras saltadas, ou seja, há um tempo de suspensão em que o cavalo não toca com seus membros no solo. Por isso, seu esforço é maior, seus movimentos são mais rápidos e mais bruscos, exigindo do cavaleiro mais força para segurar e maior condicionamento para acompanhar o movimento do cavalo. Estas andaduras são utilizadas apenas em praticantes com estágio mais avançado.

O **passo** é a andadura mais utilizada na primeira fase do trabalho, pois é uma andadura rolada ou marchada, ou seja, sempre existem membros em contato com o solo, sempre se produz no mesmo ritmo e na mesma cadência, e entre o elevar o pousar de um membro ouvem-se quatro batidas distintas e compassadas (4 tempos). É também uma andadura simétrica e a mais lenta, o que produz reações menores e mais duradouras sobre o praticante permitindo uma melhor observação e análise por parte da equipe que acompanha o praticante. Além disso, a principal característica é que o passo produz no cavalo e transmite ao cavaleiro uma série de movimentos seqüenciados e simultâneos, os quais resultam em um movimento tridimensional, ou seja, no plano vertical, produz um movimento de cima para baixo, no plano horizontal, um movimento para a direita e para a esquerda, segundo o eixo transversal do cavalo e segundo seu eixo longitudinal, um movimento para frente e para trás. Este movimento é completado com pequena torção da bacia do cavaleiro que é provocada por inflexões laterais do dorso do animal.

A mecânica do movimento natural do cavalo, faz com que ele se desloque seus quatro membros sempre na mesma seqüência, ou seja, inicia o seu deslocamento pelo anterior direito (AD), em seguida o membro posterior esquerdo (PE), depois o anterior esquerdo (AE), e logo após o posterior direito (PD), assim, chega, novamente, ao anterior direito, iniciando um novo passo em seu deslocamento (**Figura 1**) (ANDE-BRASIL, 2000).

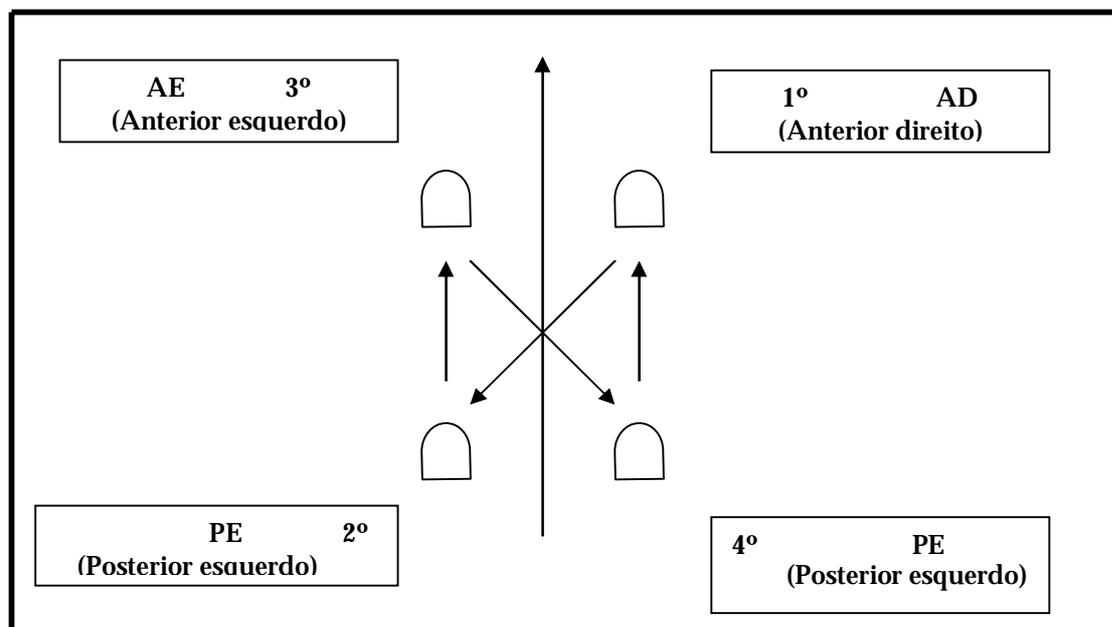


Figura 1: Mecânica do movimento natural do cavalo.

As fases da movimentação ocorrem em três eixos: Eixo Y - Movimento látero-lateral (Plano Horizontal – Eixo Transversal), Eixo X - Movimento ântero-posterior (Plano Horizontal – Eixo Longitudinal) e Eixo Z - Movimento Longitudinal (Plano Vertical).

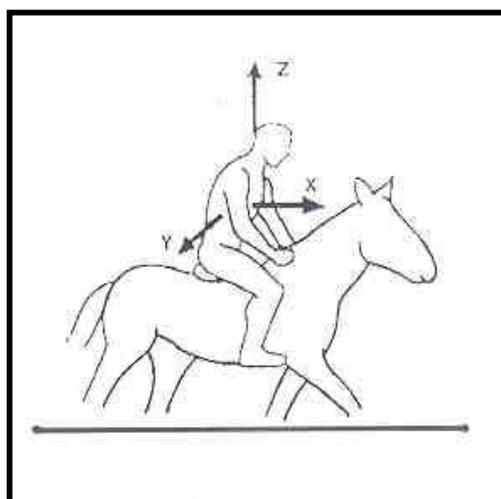


Figura 2: Efeito tridimensional do dorso do cavalo (Fonte: Associação Nacional de Equoterapia – ANDE – BRASIL).

2.5.4.1. *Movimento no Plano Horizontal*

§ **Eixo transversal** (movimento látero-lateral – **Figura 3**):

Nesta movimentação a anca do animal é projetada para frente, promovendo uma flexão lateral da coluna do animal. O cavalo executa uma inflexão para o lado contrário com seu pescoço, mantendo a parte da coluna que fica sobre suas espáduas (anteriores), solidária com a coluna. Isto provoca uma inflexão da coluna, tornando-a um arco em torno do posterior que está para frente e desloca o ventre do cavalo para o lado oposto. Assim, conforme as mudanças de passos, como por exemplo, o cavalo coloca o membro posterior direito (PD) à frente, ocorrerá um deslocamento da coluna vertebral para o lado esquerdo (ANDE-BRASIL, 2000).

Este movimento é produzido pelas ondulações horizontais da coluna vertebral do cavalo, que se estende desde a sua nuca até a extremidade da sua cauda. Estas ondulações são produzidas e executadas de maneira simétrica em relação ao eixo longitudinal do animal. O grau de flexibilidade do cavalo tem influencia direta sobre sua andadura. Quanto maior for a flexibilidade da coluna, maior será a amplitude de seus movimentos, e mais suave será a sua andadura e quanto maior for a amplitude do movimento maior será o passo do cavalo e em conseqüência, maior será o deslocamento lateral do ventre (ANDE-BRASIL, 2000).

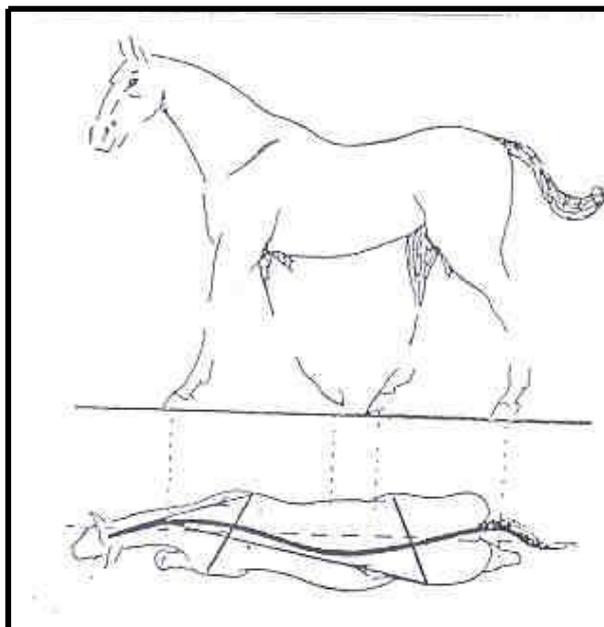


Figura 3: Movimento Látero-Lateral (Fonte: Equitação Racional, 1989).

§ Eixo longitudinal (movimento ântero-posterior – **Figura 4**):

Iniciando o movimento pela distensão do posterior direito, o cavalo provoca desequilíbrio, deslocando seu corpo para frente e para a esquerda. Para retomar seu equilíbrio, o cavalo alonga seu pescoço, abaixa a cabeça e avança o anterior esquerdo para escorar a massa que se desloca. E quando toca o solo com o anterior esquerdo, freia o movimento para frente, provocando um desequilíbrio também para frente, no praticante. Neste momento o cavalo levanta a cabeça e com este movimento detém o deslocamento do cavaleiro para frente, facilitando o avançar do posterior direito. A anca do lado direito avança e abaixa colocando-se em baixo do cavaleiro, sustentando o seu peso e trazendo-o novamente para a trás, ajudando-o a retomar o equilíbrio. Na seqüência, o posterior esquerdo distende-se e empurra o cavalo para frente e para a direita. O movimento se sucede quando o anterior direito toca o solo, nova freada, novo desequilíbrio, e com o avançar do

posterior direito, nova retomada do equilíbrio e conseqüentemente deslocamento para a trás (ANDE-BRASIL, 2000).

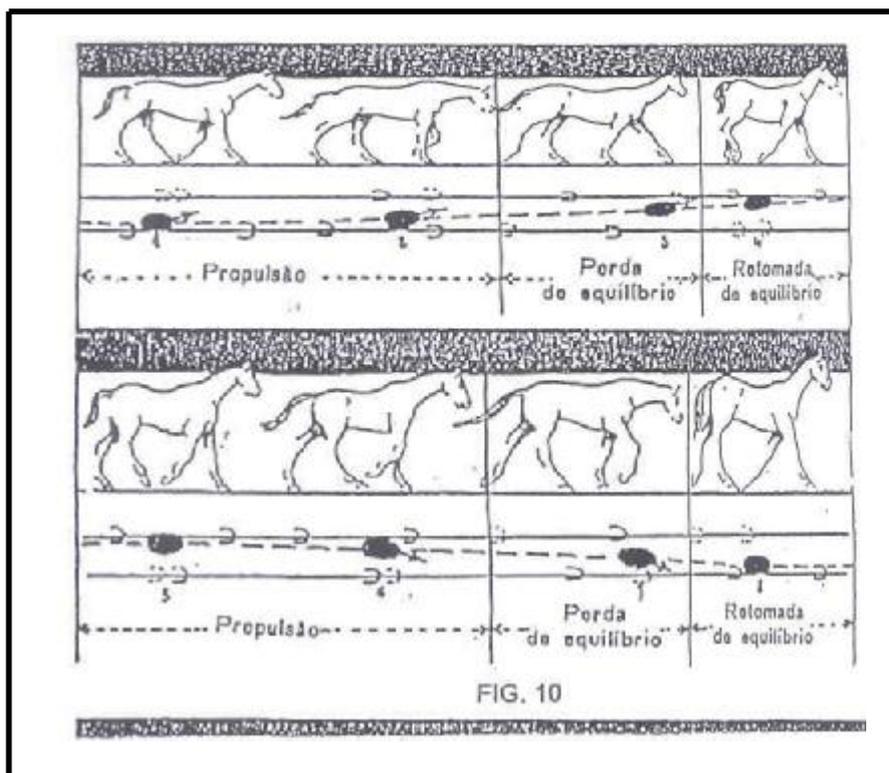


Figura 4: Movimento Ântero-Posterior (Fonte:Equitação Racional, 1989).

2.5.4.2. Movimento no Plano Vertical

Neste movimento percebe-se a ocorrência da elevação e rebaixamento do corpo do cavalo. Com a movimentação do animal, quando este abaixa o pescoço, a coluna vertebral será elevada, e quando o pescoço é elevado à coluna vertebral é rebaixada. Dessa forma, a movimentação longitudinal deverá ser acompanhada pelo praticante.

Assim, enquanto um membro posterior está se estendendo para impulsionar o animal para frente, o outro está se deslocando para frente afim de sustentá-lo. Quando os membros posteriores estão nesta posição, o vértice do ângulo por eles formado, com a garupa do animal está em seu ponto mais baixo. Com a continuidade do movimento, o posterior que está a frente se estende e, com isso, eleva a garupa ao transpô-la sobre o seu ponto de apoio, depositando-a novamente à frente numa posição mais baixa. Este deslocamento se produz durante o movimento de cada um dos posteriores. Quanto mais para baixo do corpo o cavalo coloca o seu membro posterior, maior é o abaixamento da garupa, aumentando e acentuando o movimento vertical (comparação a uma roda denteada) (ANDE-BRASIL, 2000).

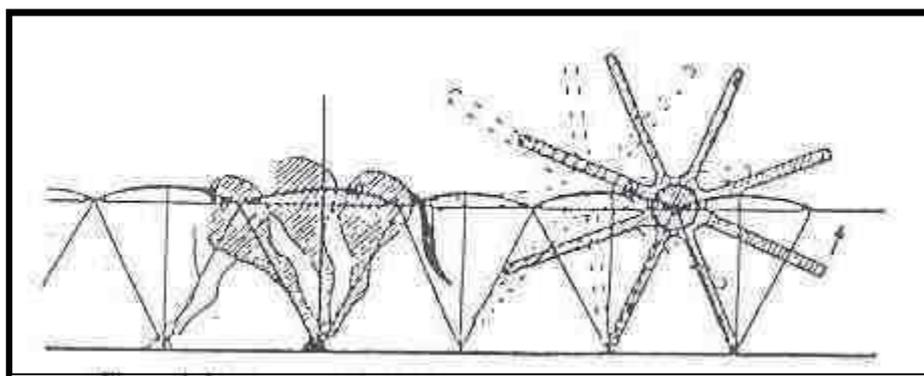


Figura 5: Movimentos Verticais da garupa (Fonte: Equitação Racional, 1989).

2.5.5. *Semelhança do Movimento Realizado pelo Ser Humano com a Marcha Executada pelo Cavalo*

O homem inicia seu movimento por meio de perdas e retomadas de equilíbrio e dá seqüência ao seu deslocamento pela força muscular de seus membros inferiores.

Quando o homem está parado, provoca uma perda de equilíbrio para frente e seu corpo desloca-se impulsionado por uma perna, enquanto a outra avança, indo pousar à frente para apoiar o corpo, evitando sua queda. Assim, o homem com suas pernas posicionadas uma a frente e outra atrás, encontra-se em posição semelhante ao movimento longitudinal do plano vertical. O corpo humano em cada passo do seu deslocamento produz um movimento para cima e para baixo.

Devido a dissimetria de apoio do homem, uma perna impulsiona além do movimento para frente, ocorrendo um movimento lateral, para o lado oposto ao desta impulsão. Esta fase de oscilação da marcha humana se assemelha com o movimento látero-lateral do cavalo, pois quando este coloca o pé direito à frente, ocorrerá o deslocamento da coluna vertebral para o lado esquerdo, permitindo que o homem retome seu equilíbrio, e ocorrerá o oposto quando a mudança for com o pé esquerdo.

Quando um pé está à frente e o outro atrás, a cintura pélvica sofre uma torção no plano horizontal para o lado do pé que está recuado.

O movimento humano executado em seu deslocamento ao passo é idêntico ao produzido pelo cavalo ao passo. Este movimento gera impulsos que acionam o sistema nervoso para produzir as respostas que vão dar continuidade ao movimento e permitir o deslocamento. Através destas respostas o organismo terá maiores ou menores condições de movimentar-se em função da capacidade dos

músculos entrarem em atividade. Por isso, é de fundamental importância o trabalho conjunto com todos os profissionais que compõe a equipe para analisar os resultados obtidos e programar a continuidade e intensidade dos exercícios a serem executados pelo praticante.

Segundo QUELMALZ⁴ (1740 apud Prado, 2001), cada passo completo do cavalo apresenta padrões semelhantes aos do caminhar humano, impondo deslocamentos da cintura pélvica do homem da ordem de cinco centímetros nos planos vertical, horizontal e sagital e uma rotação de oito graus para um lado e para outro; ao deslocar-se, o cavalo exige do cavaleiro ajustes tônicos para adaptar seu equilíbrio a cada movimento. Cada passo produz um a um e vinte e cinco movimentos por segundo. Portanto, em trinta minutos de trabalho, o cavaleiro executa um mil e oitocentos (1800) a dois mil duzentos e cinquenta (2250) ajustes tônicos; os deslocamentos da cintura pélvica produzem vibrações nas regiões ósteo-articulares que são transmitidas ao cérebro, via medula, com frequência de cento e oitenta (180) oscilações por minuto, o que já é apontado como sendo a mais adequada à boa saúde.

2.6. PRINCÍPIOS E NORMAS FUNDAMENTAIS PARA A PRÁTICA DA EQUOTERAPIA

Segundo a Associação Nacional de Equoterapia (ANDE – BRASIL), toda

⁴ QUELMALZ, S. T. *A Saúde Atraves da Equitação*. Leipzig, 1970.

a atividade equoterápica de se basear em conhecimentos técnicos-científicos e ser desenvolvidas por uma equipe interdisciplinar, formada por vários profissionais da saúde, educação e equitação, no qual o atendimento só poderá ser efetuado mediante o parecer favorável em avaliação médica, fisioterápica e psicológica.

A sessões de equoterapia podem ser realizadas em grupo, porém cada profissional deve realizar seu próprio planejamento e acompanhamento de acordo com sua área específica, realizando registros periódicos e sistemáticos da evolução e dos resultados alcançados em cada praticante. Devendo sempre haver ética profissional e preservação da imagem do praticante, além da preocupação constante da sua segurança física, por isso é necessário atenção constante ao comportamento, as atitudes habituais do cavalo e das circunstâncias externas que possam ocorrer, por isso é necessário escolher um local adequado para a prática equoterápica, além de observar a vestimenta apropriada do praticante.

2.7. INDICAÇÕES, CONTRA-INDICAÇÕES E PRECAUÇÕES DA EQUOTERAPIA

2.7.1. *Indicações*

Segundo a American Hippotherapy ASSOCIATION (AHA, 1999), as indicações para equoterapia são:

➤ Alteração do tônus muscular;

➤ Assimetria postural;

- ~ Comunicação inadequada;
- ~ Controle postural insuficiente;
- ~ Coordenação diminuída;
- ~ Crianças e adultos com disfunções neuromusculoesquelética de leves a severas ;
- ~ Diminuição da atenção;
- ~ Diminuição da mobilidade corporal;
- ~ Distúrbios do equilíbrio;
- ~ Função sócio-motora alterada;

2.7.2. *Contra - Indicações*

Segundo a Associação Norte-Americana de Montaria para Deficientes Físicos (NARHA, 1996), antes do praticante ingressar no programa deve contatar um médico ou terapeuta, além de realizar consultas eventuais no decorrer do tratamento. São consideradas contra-indicações para a prática equoterápica:

- ~ Cirurgia de união de vértebras;
- ~ Mal de Sheuermann;
- ~ Instabilidade atlanto-axial;

- ♫ Escoliose em evolução, acima de 30 graus;

- ♫ Lordose estrutural, quando a mobilidade da espinha lombar é insuficiente para acomodar o balanço do cavalo ou quando provoca dor;

- ♫ Sub-luxação e deslocamento da rótula femural, quando há dor ou falta de mobilidade;

- ♫ Osteoporose moderada ou severa;

- ♫ Fraturas patológicas recorrentes;

- ♫ Artrose;

- ♫ Ossificação heterotópica, resultante da perda da mobilidade;

- ♫ Osteogênese imperfecta;

- ♫ Defeitos cranianos, quando o capacete não oferece uma proteção completa;

- ♫ Ortose espinhal;

- ♫ Hidrocefalia, quando nenhum capacete adequado for encontrado, ou quando há pouco controle de cabeça;

- ♫ Espinha bífida, quando há dificuldade de se manter em uma posição adequada e confortável sem uma excessiva cifose ou lordose;

- ♫ Corda espinhal estirada;

- ♫ Paralisia devido ao rompimento da corda espinhal abaixo da 6ª vértebra torácica produzindo um grau de instabilidade do tronco;

- ♮ Fadiga excessiva;
- ♮ Diabete não controlada;
- ♮ Hemofilia;
- ♮ Varizes, quando a extensão das feridas é muito grande e atinge a pele, ou apresenta coágulos ou edema;
- ♮ Hipertensão não controlada;
- ♮ Condição cardiovascular aguda;
- ♮ Distúrbio de ligação, aneurisma ou angioma no cérebro que não tenha sido ainda cirurgicamente removido, ou coágulos móveis no cérebro;

2.7.3. *Precauções*

Segundo a Associação Norte-Americana de Montaria para Deficientes Físicos (NARHA, 1996), as precauções para a prática equoterápica são:

- ♮ Sifose estrutural, quando o indivíduo não consegue alcançar uma postura correta no cavalo;
- ♮ Lordose funcional resultante de uma tensão muscular, deve-se melhorar o alinhamento do quadril e das costas, ao invés da posição das pernas;
- ♮ Defeitos cranianos, através do uso de capacete que proteja e que não exerça pressão na área afetada, além da equipe estar cautelosa quanto possível desordem convulsiva;
- ♮ Desequilíbrio atlanto axial;

- ☞ Diabetes;
- ☞ Doenças de vascularidade periférica como arteriosclerose, arteriosclerose das extremidades, tromboangite e fenômeno de Raynaud (observar se a irritação de pele permanece após quinze minutos de sessão, se há diminuição do tato, extremidade com muito suor e perda de cor);
- ☞ Escoliose funcional e estrutural, em casos em que não há mobilidade suficiente da coluna vertebral para que a pessoa possa andar a cavalo, abaixo de 30 graus;
- ☞ Subluxação da rótula deve-se conhecer técnicas diretas de manuseio para normalizar a tensão muscular e corrigir o alinhamento da coxa e as pélvis;
- ☞ Espinha bífida (escolha um cavalo calmo para que não movimente demais a coluna, ficar atendo a dores nas costas do praticante e observar manchas e irritações na pele devido a possível perda de tato);
- ☞ Hidrocefalia (desde que a válvula encefálica funcione adequadamente, com controle médico e do profissional do centro equoterápico e que o capacete não pressione, e que a pessoa tenha um controle de cabeça e pescoço mesmo com o capacete);
- ☞ Vértebras unidas, pois o movimento excessivo pode contribuir para a degeneração da coluna vertebral.
- ☞ Ossificação heterotópica (utilizar equipamentos adaptados – estribos bem ajustados para o conforto do praticante);

- ☞ Baixa resistência;
- ☞ Hipertensão controlada;

Todo indivíduo, antes de realizar qualquer atividade equoterápica, deve passar por uma avaliação médica, fisioterápica e psicológica e estes profissionais devem indicar se o praticante está apto ou não para a prática da equoterapia.

É de fundamental importância conhecer as limitações, o estado e a atual fase de cada praticante para a indicação da atividade equoterápica. O tratamento deve proporcionar segurança e produtividade e não sofrer qualquer tipo de risco e prejuízo para sua saúde e bem-estar. Por isso, toda a equipe responsável deve discutir caso a caso, pois as patologias específicas não impedem para a realização da prática equoterápica.

3. CONSIDERAÇÕES PSICOLÓGICAS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

3.1. O ATENDIMENTO PSICOLÓGICO DE INDIVÍDUOS COM DEFICIÊNCIA

Para AMIRALIAN (1997), é fator primordial do psicólogo entender o significado que o indivíduo e as pessoas com quem se relaciona dão a essa deficiência. Além do mais, a condição da deficiência interfere no próprio sujeito em seu desenvolvimento, aprendizagem, na constituição de sua personalidade, como também no profissional que o atende, em sua percepção, no conhecimento, nas emoções, afetos e em suas fantasias inconscientes.

FEDIDÁ (1984) acredita que a percepção da deficiência leva à vivência dos próprios limites e das próprias deficiências. E desperta insuportáveis angústias de castração, destruição e desmoronamento, além de remetermos ao que passou, podendo acontecer com qualquer um.

Por isso, o psicólogo tem que ter um olhar crítico para seu interior, saber o que pessoalmente significa sua deficiência, seus medos, angústia do fracasso, suas capacidades, incapacidades, limitações, apreender suas negações, para que possa identificar e compreender o deficiente, compartilhando e propiciando um ambiente acolhedor que facilite a aceitação de sua condição, a elaboração e a experimentação de suas dificuldades, auxiliando também no encontro do caminho para a solução dos seus problemas, a fim de possibilitar desenvolvimento de seu verdadeiro self. Contudo, precisa conhecer as implicações dessa deficiência que

afeta no desenvolvimento e ajustamento do indivíduo desde a sua concepção, e também, a perda orgânica para a dinâmica da personalidade e ajustamento pessoal e social (condição afetivo-emocional e limitações funcionais) daqueles que adquiriam uma deficiência. (AMIRALIAN, 1997).

A mesma autora acredita que na ausência destes conhecimentos pode ocorrer um risco de considerar certas dificuldades, apresentadas por pessoas com deficiência, sejam decorrentes da deficiência em si e na realidade são decorrentes de condições ambientais insatisfatórias ou perturbações em suas interações precoces, considerando suas dificuldades pessoais como situações de sua própria deficiência, ou considerar que em virtude de seu problema orgânico o indivíduo não seja capaz de ser mais independente ou produtivo. Assim, o psicólogo deve saber discriminar se as dificuldades apresentadas pelo indivíduo são decorrentes de sua deficiência ou são devidos a outros fatores que dificultam a sua atuação, a busca de sua independência e de seu próprio eu.

Segundo VASH (1988) o psicólogo ao avaliar uma pessoa com deficiência deve adquirir informação adequadas para, se necessário, tomar decisões mais críticas. Além disso, os pacientes devem ter conhecimento de todos os dados levantados na avaliação a respeito deles mesmos, e assim, poder questionar sobre os aspectos não claros e conflitantes.

A autora cita a entrevista como técnica de avaliação importante para o conhecimento das pessoas com deficiências, já que muitos testes e inventários padronizados possuem fidedignidade e validades relativas quando aplicados nessas pessoas. Assim, é de fundamental importância à postura do psicólogo na avaliação desses, principalmente ter um bom vínculo com o entrevistado e

sensibilidade aos aspectos particulares relacionados à deficiência. Em relação aos testes psicológicos, muitas pessoas com deficiência são testadas com instrumentos padronizados para indivíduos da população em geral, nas quais elas não são representadas de maneira adequada.

3.2. A CRIANÇA COM DEFICIÊNCIA

Quando uma criança nasce com algum tipo de deficiência ou apresenta alguma complicação na infância, passa por inúmeros profissionais da saúde sendo submetidas a exames, atendimentos e intervenções vistos como invasivos e traumáticos, quando seu aparato intra-psíquico ainda se encontra em formação, com poucas condições de elaboração de suas vivências.

AJURIAGUERRA (s. d.) acredita que o problema da criança enferma está relacionado a variantes psicológicas ligados à evolução da doença, às condições particulares de sua educação e às dificuldades profissionais que poderá encontrar no futuro. Todavia, algumas considerações são necessárias pelas suas conseqüências no trabalho de atendimento a esta população.

Segundo VASH (1988) a pessoa portadora de deficiência experimenta uma sensação de perda das habilidades funcionais, quando esta é adquirida. KOVÁCS (1997) acrescenta que na deficiência adquirida estão associadas às vivências de morte em vida, mudanças corporais, desfiguramento, alterações na potencialidade de realização do sujeito na vida pessoal e profissional podendo implicar situações semelhantes ao processo de perda por morte, citadas por KUBLER-ROSS (1969) como choque, negação, raiva, barganha, depressão

(compreensão da dimensão da perda) e aceitação (possibilidade de convivência com a deficiência).

Segundo HOLLAND⁵ (1990 apud KOVÁCS, 1997) o grau de sofrimento infligido pela doença/deficiência está relacionado com o estágio de desenvolvimento do sujeito e sua tarefa frente à sociedade, relações alteradas, grau de dependência, perturbações no desempenho, imagem corporal, integridade física e questões existenciais.

Para AMIRALIAN (2000), a deficiência torna-se um elemento constitutivo dos aspectos estruturais do indivíduo como um todo, refletindo na sua organização egóica, no estabelecimento de relações com objetos e nos mecanismos de defesa adotados, o que é relevante na deficiência infantil, pois a percepção de sua condição ocorre ao mesmo tempo do desenvolvimento psicológico, afetivo e cognitivo. Por isso, torna-se importante conhecer o tipo de deficiência, a intensidade, extensão, época de incidência, e, principalmente as oportunidades de desenvolvimento e ajustamento que foram oferecidas ou negadas aos indivíduos com deficiência. A deficiência afeta o desenvolvimento, a aprendizagem, as relações familiares e a organização dinâmica da personalidade.

Para KASSAR (2000) é grande o estigma referente às pessoas portadoras de deficiência, independente das potencialidades individuais, pois há idéia de incapacidade e invalidez, comprometendo a possibilidade de realização profissional, afetiva, educacional e política.

⁵ HOLLAND, J. C.; HOWLAND, J. (Ed.) *Handbook of Psychooncology*. Nova York, Oxford University Press, 1990.

Segundo AJURIAGUERRA (s.d.), o desenvolvimento afetivo de crianças portadoras de paralisia cerebral está alterado devido as dificuldades pessoais em adquirir conhecimentos, dificuldades para se relacionar, necessidades afetivas de sentir a confiança da família e do meio, ser considerado pelas pessoas, receber e dar afeto, sentir-se segura em um ambiente estável.

Quando a criança é vítima de preconceito há alteração na relação consigo mesma, com os outros, na escola, criando expectativas quanto às capacidades ou exigindo desempenho fora de suas potencialidades, ficando limitada e assim, não pode conhecer e explorar o mundo.

3.3. A FAMÍLIA E O FILHO COM DEFICIÊNCIA

Os pais quando decidem formar uma família trazem expectativas, projetos, fantasias (conscientes e inconscientes) e imagens quanto ao filho que irá nascer. O nascimento é um acontecimento muito especial e traz esperança e prazer (SINASSON, 1993).

Segundo MANNONI (1999), o nascimento de um filho significa para a mãe a recompensa ou a repetição de sua própria infância, ocupando um lugar do que ficou vazio no seu próprio passado, uma imagem fantasmática que vai além do seu filho “real”. E este filho tem por missão restabelecer, reparar o que na vida da mãe ficou deficiente, sentido como falta ou prolongamento daquilo que teve de renunciar. E quando nasce um filho *doente* produz um choque reforçando os traumas, insatisfações anteriores e impedindo, no plano simbólico, a resolução do seu próprio problema de castração.

AMARAL (1995) acredita que o impacto da deficiência na família despertam sentimentos que oscilam entre polaridades muito fortes: amor e ódio, alegria e sofrimento, além de reações como aceitação e rejeição, euforia e depressão. É uma situação crítica que despertam sentimentos, fantasioso ou real, como angústia, medo, culpa e vergonha, apresentando um estado psíquico de perda e “morte” do filho desejado e idealizado. E para receber o filho real torna-se necessário viver o processo de luto.

A mesma autora explicita a discussão de muitos autores a respeito do “ciclo de adaptação” dos pais após constatarem a deficiência (p. 78):

- § choque e/ou despersonalização (pensamento ‘irracional’, confusão de identidade, desejo de fugir...);
- § expressão contraditória de sentimentos (dor, raiva, pena, frustração, tristeza ...);
- § negação da realidade (minimização, busca de ‘cura’...);
- § raiva (ódio de si mesmos, do cônjuge, da criança, dos médicos);
- § tristeza (choro, inapetência, depressão ...);
- § reequilíbrio (crescente confiança na própria capacidade de cuidar da criança, estabelecimento de vínculo, desenvolvimento da maternagem ...);
- § reorganização psíquica (assumir a problemática, ‘livrando-se’ da culpabilização ...).

Para VASH (1988), o nascimento de uma criança deficiente atinge todos os membros onde todos experienciam a perda, gerando desapontamento, frustração e raiva, à medida que desaparecem a liberdade e o tempo para o lazer. Todos vivenciam o choque e o medo em relação ao evento ou ao

reconhecimento da deficiência, assim como a dor e a ansiedade. Ao imaginarem as implicações futuras podem alterar os estilos de vida.

LUCA (s.d.), acredita que os sentimentos despertados pela família com filho deficiente como negação, superproteção, busca de um milagre, medo da discriminação social, levam a formação de uma dinâmica familiar marcada pela necessidade de que este filho seja dependente, afastamento do convívio familiar buscando internação definitiva como justificativa de que este provoca desentendimentos, supervalorização de qualquer problema apresentado pelo filho deficiente, alta expectativa de desempenho em atividades e, em contrapartida sentimentos de incapacidade de produção, dificuldade dos pais e irmãos em colocar limites e repreendê-lo por medos de suas reações ou por piedade.

Os pais devem ter um espaço emocional necessário para entender seu bebê e seu desenvolvimento, porém, primeiramente têm de entender o impacto da deficiência neles mesmos (SINASON, 1993). E também compreender que estes sentimentos existem e precisam ser gerenciados, falados e aceitos, além de saber diferenciar os problemas diretamente conseqüentes ou decorrentes da deficiência em si daqueles problemas “normais” que qualquer criança pode apresentar, já que a família possui um papel decisivo na integração ou não da criança com deficiência no âmbito social (GLAT, 1996).

Segundo AMARILIAN (1986) a atitude familiar é de fundamental importância na formação do autoconceito na criança, pois nos primeiros anos de vida todas as experiências da criança, como por exemplo, seus movimentos, observação de suas mãos e pés, tentativas de agarrar objetos e engatinhar contribuem para o conhecimento de si mesma e de suas possibilidades. Por isso,

os pais com filhos deficientes devem estimulá-los e incentivá-los a deixar explorar o mundo.

Apesar das críticas que a família sofre, continua a servir de referência e modelo desempenhando um papel fundamental no desenvolvimento da criança. Por isso, é de grande importância conhecer a dinâmica familiar, o lugar que a criança ocupa na família e conhecer quais são as motivações e implicações de optarem ter um filho (provar fertilidade, afirmar maturidade, união do casal, sair de uma depressão, substituir um filho perdido) e saber as disposições pré-conscientes e inconscientes envolvidas na situação de serem pais (MARCELLI, 1998).

Segundo REGEN (s.d.), ao trabalharmos com famílias é importante valorizá-las, pois são responsáveis pela formação da identidade social básica da criança e pela formação da cidadania. Para isso, é preciso ter em mente que cada família constitui de um universo e um sistema de relações próprio e assim, respeitar a diversidade humana, evitando os paradigmas entre família regular-correta e família irregular-desorganizada para não produzirmos atitudes inadequadas em relações às famílias de crianças com deficiência.

4. MATERIAL E MÉTODO

4.1. SUJEITOS

Participaram deste estudo 10 (dez) psicólogos que trabalham em Centros de Equoterapia nas cidades de São Paulo, São Bernardo do Campo e Itajubá (MG).

4.2. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados através da aplicação de um questionário com questões abertas e fechadas (Anexo C), visando o conhecimento da forma como cada psicólogo atua no respectivo centro de equoterapia.

4.3. PROCEDIMENTO

Fase 1 – Foi realizado um contato inicial com algumas instituições das cidades de São Paulo, São Bernardo do Campo e Itajubá (MG) com a explicação do trabalho a ser efetuado, além da informação sobre a questão do sigilo absoluto quanto às questões respondidas, assim como o nome do entrevistado e a identificação do local onde o mesmo atua.

Fase 2 – Após os psicólogos contatados concordarem em participar da pesquisa, foram enviados, por e-mail, o questionário, marcando uma data para a devolução do mesmo.

Fase 3 – A aluna foi até o local onde cada psicólogo atuava, recolhendo o questionário e esclarecendo possíveis dúvidas. Entregou a Carta de Informação e Livre Consentimento (Anexo B), pedindo para assinarem duas cópias (uma para a aluna e a outra para o próprio sujeito da pesquisa).

Fase 4 – Os dados foram analisados de acordo com os seguintes critérios estipulados:

- a) Levantamentos dos itens respondidos;
- b) Comparação das respostas;
- c) Utilização de gráficos para melhor visualização;

5. RESULTADOS

Participaram da pesquisa 10 (dez) psicólogos das cidades de São Paulo, São Bernardo do Campo e Itajubá (MG), sendo 8 (oito) mulheres e 2 (dois) homens. A maioria destes está formado há mais de sete anos (70%), atuando na equoterapia há mais de três anos (80%) e apenas 2 (dois) psicólogos trabalham com equoterapia há menos de um ano, como mostram os gráficos 1 e 2:

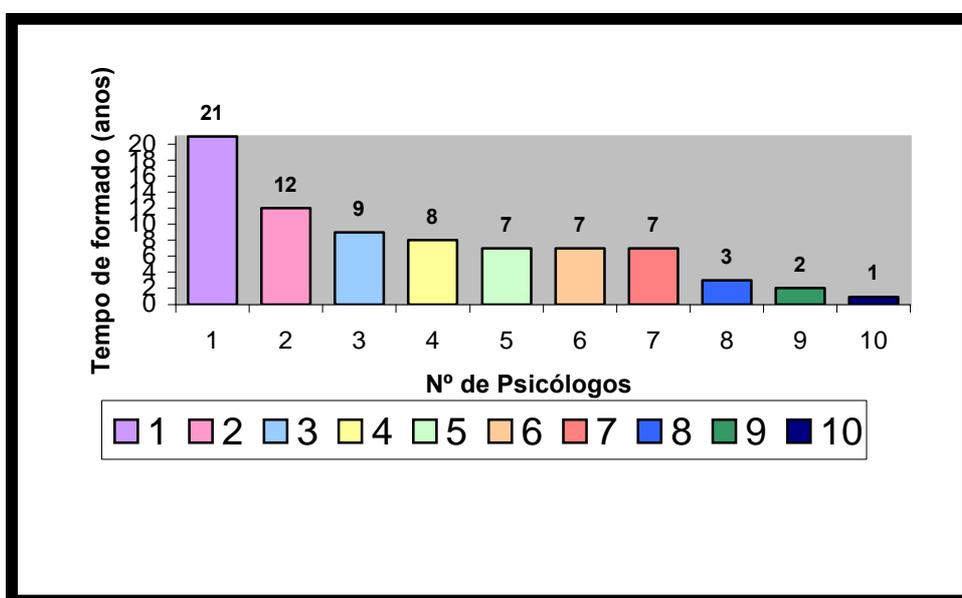


Gráfico 1: Tempo de Formação em Psicologia

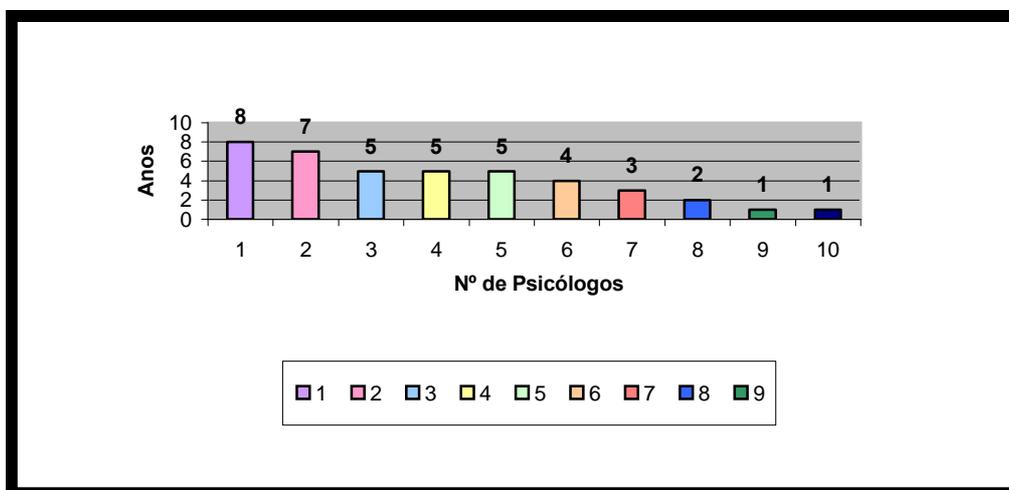


Gráfico 2: Tempo de Atuação na Equipe

Todos os psicólogos entrevistados realizaram, no mínimo, um curso de Equoterapia pela ANDE-BRASIL e trabalham diretamente com criança, família e equipe, dando suporte aos demais profissionais, sendo que a maioria (7) trabalha na avaliação dos praticantes.

Setenta por cento dos psicólogos tem trabalho remunerado, os trinta por cento restantes são voluntários. Em média, atendem vinte (20) praticantes por semana e trabalham na equipe como terapeutas, além dessa função, três psicólogos atuam na coordenação do centro.

Em relação à equipe, todos os centros de equoterapia apresentam psicólogos e instrutores de equitação. Além destes profissionais, alguns centros apresentam fisioterapeuta, pedagogo, psicopedagoga, fonoaudiólogo, educador físico, veterinário, médico e voluntários das mais diversas áreas (**Gráfico 3**).

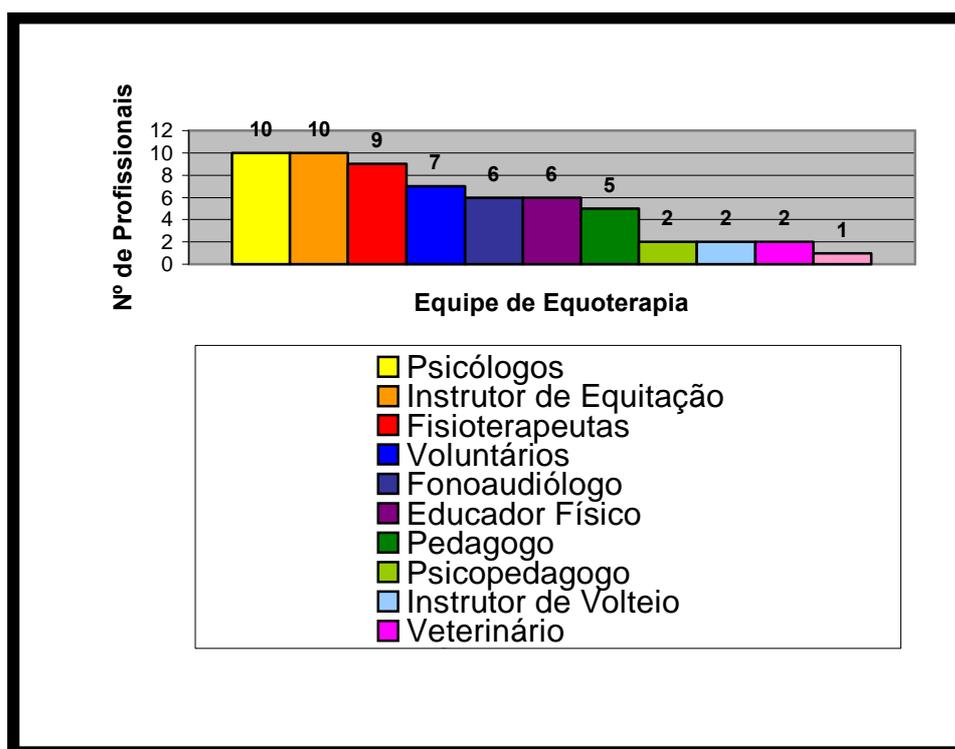


Gráfico 3: Profissionais que compõe a equipe

Quanto às atividades realizadas, percebemos que os psicólogos exercem uma grande diversidade de tarefas, como mostra o gráfico abaixo:

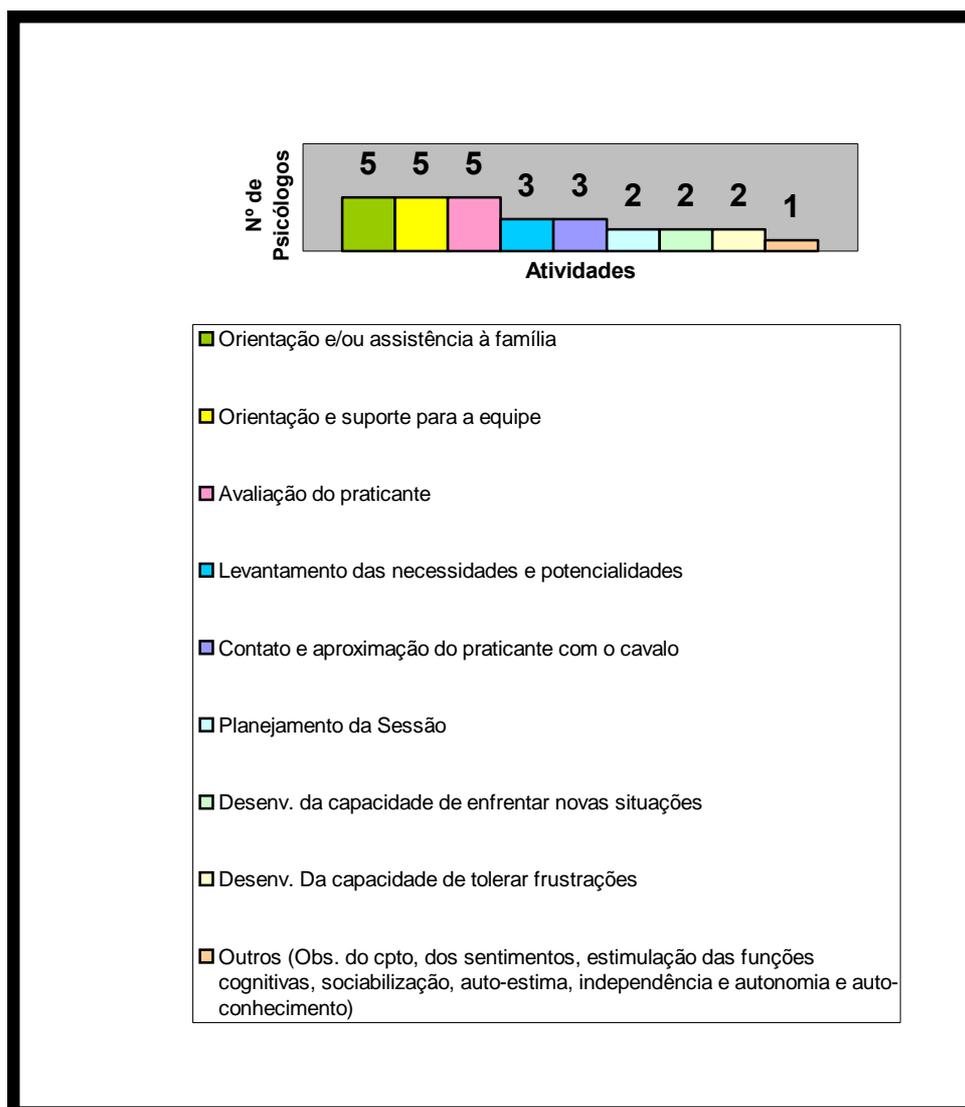


Gráfico 4: Atividades do Psicólogo na Equoterapia

Em relação a principal atuação do psicólogo na equoterapia, nota-se que suas opiniões são diferentes (**gráfico 5**).

Os benefícios psicológicos proporcionados pela equoterapia são inúmeros como mostra o **gráfico 6**.

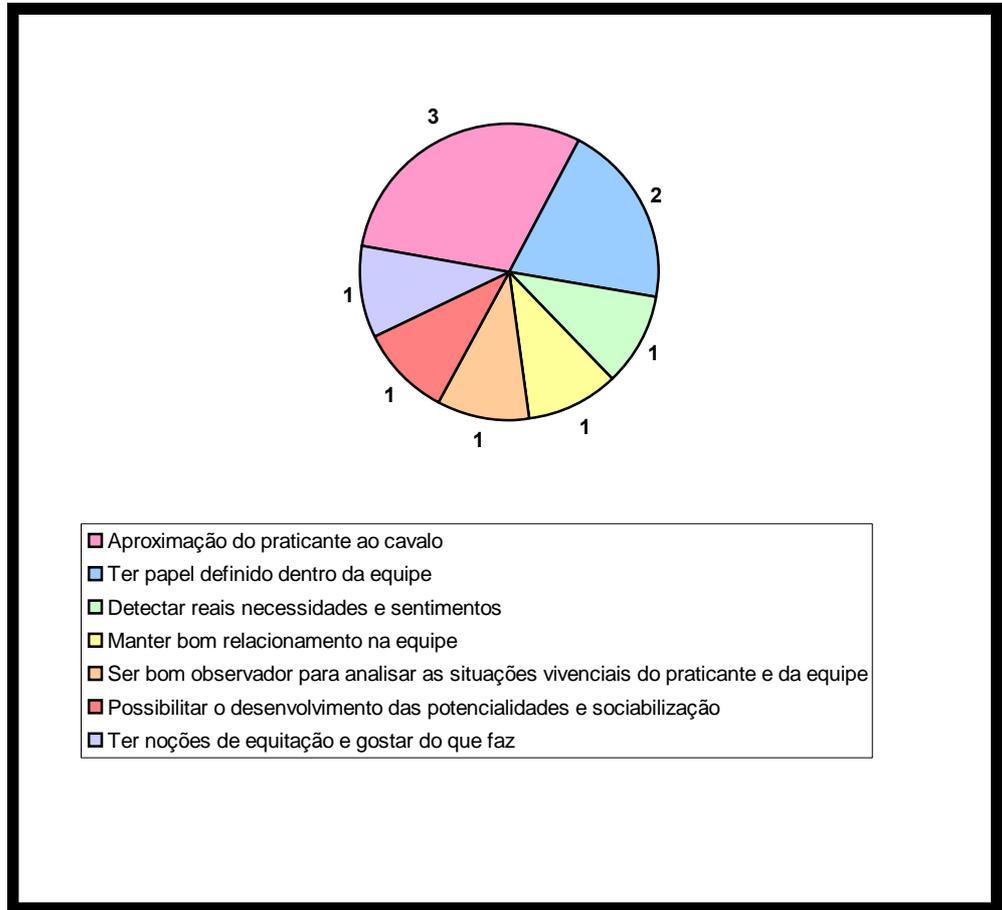


Gráfico 5: Principal Tarefa do Psicólogo na Equoterapia

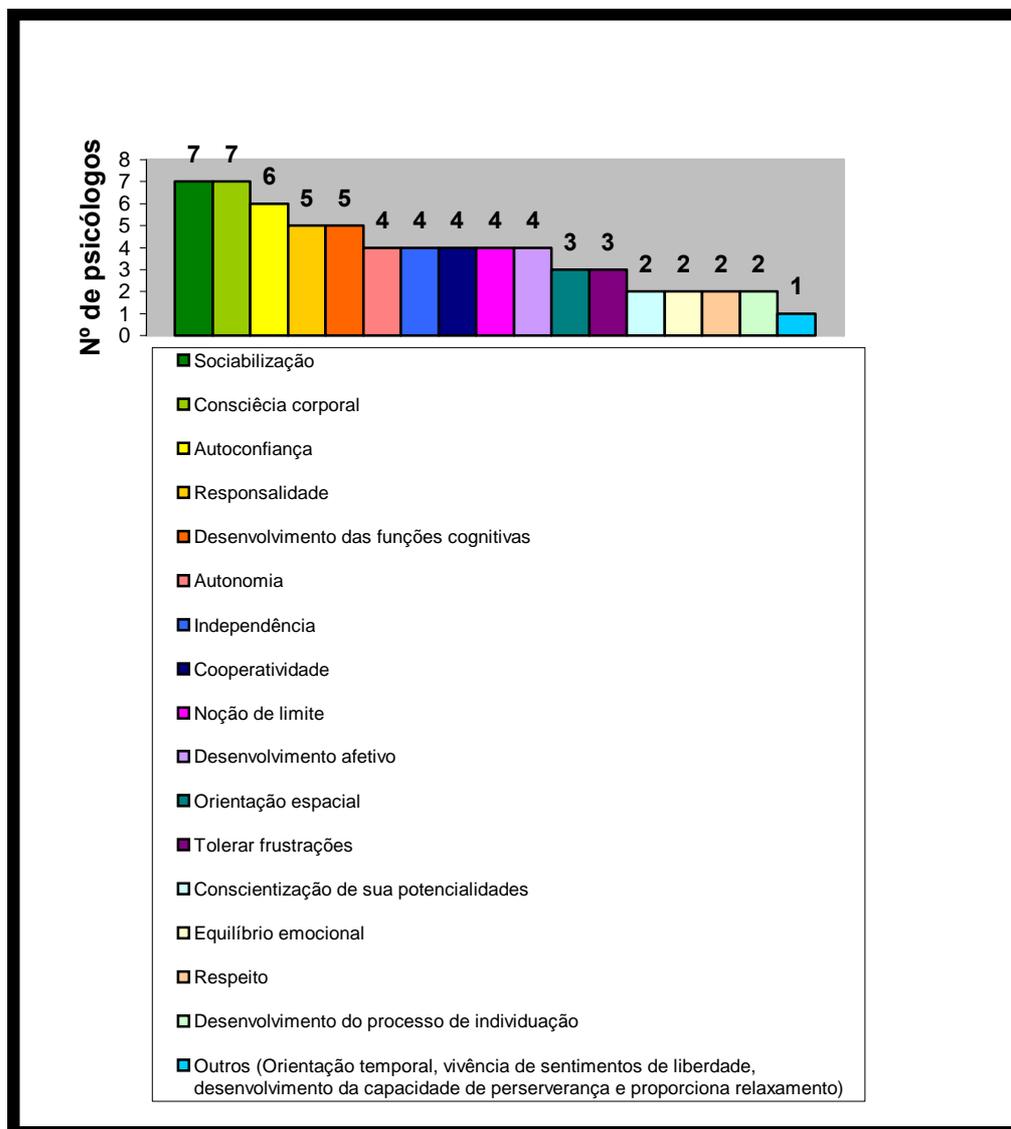


Gráfico 6: Benefícios Psicológicos na Equoterapia

A diversidade de respostas pode ser observada na questão referente à avaliação psicológica. No entanto, todos os psicólogos participantes da pesquisa utilizam a anamnese com os pais e/ou família a fim de conhecer melhor seus praticantes. Abaixo, estão numerados os principais procedimentos utilizados por cada psicólogo na avaliação do praticante:

(Observação: Um psicólogo não respondeu esse item por não participar diretamente desta atividade e a resposta de outro não foi considerada, uma vez que não participa diretamente da avaliação).

1

- A) Anamnese com os pais (dinâmica familiar)
- B) Avaliação com o praticante das funções cognitivas (aplicação de teste)
- C) Avaliação da dinâmica emocional da criança

No picadeiro:

- A) Avaliação do nível de segurança para contatar o animal e para montar
- B) Avaliação do nível de satisfação, compreensão e capacidade de ação
- C) Avaliação do comportamento afetivo com a equipe e com o animal

2

- A) Anamnese com os pais (dinâmica familiar)
- B) Entrevista com os praticantes
- C) Observação no decorrer dos atendimentos

3

- A) Anamnese com os pais
- B) Observação Lúdica e/ou entrevista com o praticante
- C) Avaliação e/ou reavaliação do praticante no picadeiro

4

- A) Anamnese com os pais
- B) Observação do praticante (aspecto neuropsicomotor e cognitivo)
- C) Se necessário, avaliação qualitativa e quantitativa do praticante através da aplicação de teste

5

- A) Anamnese com os pais ou com a família
- B) Observação do praticante no picadeiro

6

- A) Anamnese com a família
- B) Anamnese do praticante
- C) Observação do praticante no picadeiro
- D) Quando há encaminhamento, pede-se o relatório da instituição

7

- A) Anamnese com os pais
- B) Observação e encaminhamento do praticante em sala e no picadeiro

8

- A) Solicitação de diagnóstico clínico realizado por outro profissional
- B) Anamnese com os pais
- C) Observação do praticante nas primeiras sessões

6. DISCUSSÃO

Segundo a ANDE-BRASIL (2000), a equipe de equoterapia deve ser formada, no mínimo, por psicólogo, fisioterapeuta e instrutor de equitação. Na pesquisa realizada, todos os centros possuíam psicólogos e instrutores de equitação, e, noventa por cento (90%) constituía também de fisioterapeutas.

Na pesquisa, setenta por cento dos psicólogos trabalham remuneradamente e trinta por cento (30%) são voluntários. Esse item mostra que a definição do papel torna-se ainda mais difícil quando o psicólogo da equipe é um voluntário, pois o compromisso com o trabalho é prejudicado em virtude da não obrigatoriedade desse, o que facilita para o não envolvimento e a desmotivação da sua prática na equipe.

Mediante os resultados da pesquisa, observa-se que o psicólogo apresenta uma variedade de funções dentro da equipe equoterápica: orientação e/ou assistência à família, orientação e suporte para a equipe, avaliação do praticante, levantamento das necessidades e potencialidades, contato e aproximação do praticante com o cavalo, planejamento da sessão, estimulação do desenvolvimento da capacidade de enfrentar novas situações e de tolerar frustrações. Acrescenta-se ainda, observação do comportamento e dos sentimentos, estimulação das funções cognitivas, sociabilização, auto-estima, independência, autonomia e autoconhecimento.

Dentre todas as tarefas do psicólogo na equoterapia, o atendimento aos pais, por meios de orientações e, se necessário, encaminhamento psicoterápico, é de grande importância para o progresso do praticante neste tratamento, pois os

pais são responsáveis em dar prosseguimento a tudo o que foi estimulado e aprendido. Além disso, os pais de um portador de deficiência e/ou de necessidades especiais, possui grandes expectativas, perspectivas diante do tratamento, apesar de sentimentos de culpa, insegurança, medo, ansiedade, incerteza, vergonha, angústia, etc. Por isso, a conscientização desta participação ativa do grupo familiar, não só beneficiará, como também acelerará os benefícios aos praticantes.

Soma-se ao papel do psicólogo a importância de orientar e dar suporte para toda a equipe, já que segundo ROCHA (1999, p. 14-15), os profissionais que trabalham na área da saúde têm:

... necessidade de sentir-se sadios pelo medo inconsciente, pela não aceitação, ou pela negação da deficiência, mesmo que seja de forma sutil e não intencional, ao fornecer informações inexatas sobre o potencial real, ou efetuar manifestações muito otimistas sobre as reais capacidades do deficiente. Este tipo de atitude só ilude os pais e familiares, não mostrando para eles o esforço que será necessário empreender tanto por eles mesmos, como pelo próprio deficiente, no que se refere à reabilitação.

Segundo KOVÁCS (1985) e REGEN (1994) o profissional deve ter bom preparo técnico e psicológico para lidar com este tipo de paciente e com seus familiares, sabendo transmitir informações sobre o desenvolvimento de seu filho, mantendo uma postura profissional com perspectivas humanistas. Portanto, a figura do psicólogo é indispensável para auxiliar e acolher a equipe com a qual trabalha.

Vale ressaltar que os benefícios psicológicos proporcionados pela equoterapia aos praticantes são inúmeros como: sociabilização, consciência corporal, autoconfiança, responsabilidade, desenvolvimento das funções cognitivas, autonomia, independência, cooperatividade, noção de limite, desenvolvimento afetivo, orientação espacial, tolerância à frustração, conscientização das suas potencialidades, equilíbrio emocional, respeito, desenvolvimento do processo de individuação, orientação temporal, vivência de sentimentos de liberdade e de capacidade de perseverança e relaxamento.

Em relação à avaliação psicológica dos praticantes, observa-se uma heterogeneidade entre os psicólogos da pesquisa quanto ao seu modo de avaliar. Todos consideraram a anamnese com os pais e/ou família do praticante como parte da avaliação. Para VASH (1988) avaliar a família é necessário, em determinadas situações, a fim de verificar se essa possui recursos para enfrentar a sua própria capacidade para que seja possível dar apoio emocional e prático à pessoa com deficiência; conhecer sua história de vida, ocupação e suas próprias necessidades de serviço; bem como os aspectos físicos do ambiente familiar (barreiras de locomoção e acesso aos meios de transporte).

Esse estudo mostrou que muitos psicólogos participantes da pesquisa acreditam que a anamnese com o praticante é importante, porém, poucos realizam a avaliação da dinâmica emocional, das funções cognitivas e neurológicas, o que é fundamental para conhecer melhor o indivíduo. VASH (1988) recomenda o levantamento de informações a respeito da inteligência, estabilidade emocional, resistência ao estresse e frustração; capacidade para lidar com a perda, o medo, a raiva; seus traços de personalidade; os fatores físicos e sensoriais envolvidos.

Ressalta ainda, a importância de conhecer os recursos espirituais desse indivíduo, pois pode ter grande influência na integração da deficiência na vida da pessoa.

Contudo, na maioria dos centros, a prática do psicólogo na equoterapia junto ao picadeiro e ao praticante durante a sessão não acontece de acordo com os dados coletados: dos dez (10) psicólogos que responderam ao questionário, apenas trinta por cento (30%) consideram como uma tarefa relevante, na área da psicologia, a fase de aproximação do praticante ao cavalo, enquanto setenta por cento (70%) apresentaram divergentes opiniões. Na experiência de conhecer cada centro em que os psicólogos da pesquisa atuam pode-se observar que, em muitos lugares, o psicólogo atende um grande número de praticantes por semana em curto período, o que acaba prejudicando a qualidade do atendimento com cada indivíduo. Dois fatores são responsáveis por este acontecimento: a própria cultura de cada instituição, que prioriza a quantidade de praticantes atendidos e a falta de materiais científicos voltados para a área da psicologia na equoterapia. Por isso, muitos psicólogos “perdem” seu papel, não sabendo reconhecer o que é primordial em sua atuação, impedindo, assim, de aproveitar suficientemente seu potencial e sua qualificação. Isto faz com que, muitas vezes, o psicólogo passe a trabalhar em outra especialidade pela carência de profissionais da área, já que a equoterapia constitui-se em um recurso de grande investimento.

7. CONCLUSÃO

A equoterapia é um método terapêutico para os portadores de deficiência e/ou necessidades especiais que vem crescendo nos últimos tempos. Ao trabalhar com o indivíduo dentro de uma visão global do desenvolvimento a atuação de uma equipe multidisciplinar é fundamental, já que cada profissional tem um papel importante para o tratamento do indivíduo.

Mediante essa pesquisa pode-se concluir que o psicólogo apresenta um papel muito importante para a equipe de equoterapia ao exercer diversificadas tarefas fundamentais para sua prática, desde a avaliação da dinâmica emocional e cognitiva de cada praticante, a fim de conhecê-lo melhor, até a orientação da família e da equipe multidisciplinar, oferecendo-lhes suporte e apoio.

Acrescenta-se ainda que os benefícios psicológicos proporcionados pela equoterapia aos praticantes são diversos: sociabilização, consciência corporal, autoconfiança, responsabilidade, cooperatividade, autonomia, independência, desenvolvimento das funções cognitivas, noção de limite, desenvolvimento afetivo, orientação espacial e temporal, entre outras.

Entretanto, a pesquisa mostrou que os psicólogos participantes deste estudo não apresentam papel definido dentro da equipe de equoterapia, pois acabam não exercendo sua função devido a fatores ligados à cultura da instituição na qual trabalham. Observou-se uma valorização no atendimento de muitos praticantes na semana, bem como a falta de comunicação entre os próprios psicólogos refletidos na falta de coerência das opiniões no modo como avaliam seus praticantes e até mesmo no que consideram primordial em sua atuação.

Conseqüentemente, o psicólogo não maximiza o seu potencial e sua qualificação, realizando atividades que não pertencem a sua especialidade.

8. REFERÊNCIAS

- AJURIAGUERRA, J. de. A Criança, a Doença e a Limitação Física. In: _____. *Manual de Psiquiatria Infantil*. São Paulo: Atheneu, 2 ed. (s.d.).
- American Hippotherapia Association – AHA. *Precauções e Contra-Indicações Absolutas para a Equoterapia*, 1999.
- AMARAL, L. A. *Conhecendo a Deficiência (em Companhia de Hércules)*. São Paulo: Robe Editora, 1995.
- AMIRALIAN, M. L. T. M. O Psicólogo e a Pessoa com Deficiência. In: MASINI, E. A. F. S. [et al]. *Deficiência: Alternativas de Intervenção*. 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 31-52, 1997.
- _____. A Dinâmica das Relações Familiares e Problemas da Excepcionalidade. In: _____. *Psicologia do Excepcional*. São Paulo: EPU, 1986.
- _____. *Conceituando Deficiência*. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 34, n. 1, fev. 2000.
- Associação Nacional de Desenvolvimento da Equoterapia (ANDE-BRASIL). *Apostila*. Brasília, DF, 2000.
- Associação Norte Americana de Montaria para Deficientes Físicos (NARHA). *Precauções e Contra-Indicações Absolutas para a Equoterapia*. EUA, 1996.
- BECK, S. L. *Eqüina Raça, Manejo e Equitação*. 2.ed. São Paulo: Macule, 1990.
- BRIGITTE, G. *Medo do Cavallo*. 04/08/2000. [Artigo]. Disponível em: <<http://www.cavallo.com.br/conteudo.asp?id=32&area=3>>. Acesso em: 23 jan. 2003

- CHEVALIER, J.; CHEERBRANT, A. *Dicionário dos Símbolos: (mitos, sonhos, costumes, gestos, formas, figuras, cores, números)*. 16.ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2001.
- CIRILLO, L. C. *Reeducação pela Equitação*. ANEq – Brasília: Associação Nacional de Equoterapia, 1992.
- FEDIDÁ, P. A Negação da Deficiência. In: D'ÁVILA NETO, M. I. (org.). *A Negação da Deficiência: a Instituição da Diversidade*. Rio de Janeiro: Achiamé/Socius, 1984.
- FONTANA, M. E; PEREIRA, C. S. *Terapia dos Resultados*. Revista Viver Psicologia. p.16-17, jan. 2003.
- FRIDLUND, C. E. *O Símbolo Animal e Os Sonhos*. 10/01/2002. [Artigo Científico]. Disponível em: <www.symbolon.com.br/html/artigo_O_Simbolo_Animal.htm>. Acesso em 26 mar. 2003.
- GLAT, R. *O Papel da Família na Integração do Portador de Deficiência*. Revista Brasileira de Educação Especial, vol. II, n. 4, 1996.
- HERZOG, L. *A Equitação Psicoterápica*. Trad. Luiza Guimarães Queiroz. Revista Cheval-Connexion. p. 15-20, out. 1989.
- JACQUELIN, I. *Os Aspectos Terapêuticos da Relação com o Cavalo e da Relação à Cavalo*. Revista Equoterapia. Ano II. N.º 2. Julho de 1999.
- JUNG, G. C. *O Homem e Seus Símbolos*. 6 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1987.
- KANN, A. *A Cura que vem pelo Cavalo*. Revista Hippius, 184 ed., v. 15, nº 12, p. 20-24, dez. 1994.

- KASSAR, M. de C. M. *Marcas da História Social no Discurso de um Sujeito: Uma Contribuição para a Discussão a Respeito da Constituição Social da Pessoa com Deficiência*. Cadernos CEDES, Campinas, v. 20, n. 50, abr. 2000.
- KOVÁCS, M.L. Deficiência Adquirida e Qualidade de Vida – Possibilidades de Intervenção Psicológica. In: MASINI, E. A. F. S. [et al]. *Deficiência: Alternativas de Intervenção*. 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 95-125, 1997.
- ____. *Um Estudo Sobre o Medo da Morte em Estudantes universitários das Áreas de Saúde, Humanas e Exatas*. 1985. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo, São Paulo, 1985.
- LANSEN, S. *Imaginação Mítica*. Rio de Janeiro: Campus, 1991.
- LICART, C. *Equitação Racional*. Tradução de José Canavó Filho. Força Pública do Estado de São Paulo, 1989.
- LUCA, M. *Dinâmica Familiar e Relacionamento entre Pais e Filhos*. Rede de Informação sobre Deficiência. São Paulo [s. d.]. Disponível em: <<http://www.entreamigos.com.br>>. Acesso em 24 mar. 2003.
- MANNONI, M. *A Criança Retardada e a Mãe*. 5 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- MARCELLI, D. Manual de Psicopatologia da Infância de Ajuriaguerra. In: _____. *A Criança em sua Família*. Tradução de Patrícia Chittoni Ramos. 5 ed. Porto Alegre: Art Méd, 1998.
- NASCIMENTO, Y. O. *O Papel do Psicólogo na Equoterapia*. In: _____. Apostila da Associação Nacional de Equoterapia, S/D.

PEREIRA, M. de C. *O Cavalo – Origem e Evolução*. 23/11/2000. [Artigo]. Disponível em: <<http://www.cavalo.com.br/conteudo.asp?id=60&area=3>>. Acesso em: 23 jan.2003.

REGEN, M. *Instituição Familiar*. Rede de Informação sobre Deficiência. São Paulo [s. d.]. Disponível em: <<http://www.entreamigos.com.br>>. Acesso em 24 mar. 2003.

____. *Mães e Filhos Especiais*. CORDE, Brasília, 1994.

ROCHA, C. R. da S. *Deficiência: As Reações Emocionais do Profissional da Saúde no Momento da Notícia*. 1999. Dissertação (Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento) – Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 1999.

SINASON, V. *Compreendendo seu Filho Deficiente*. Tradução de Sérgio Nunes Melo. Rio de Janeiro: Imago Ed, 1993.

SMYTHE, R. H. *A Psique do Cavalo*. 1. ed. São Paulo: Varela, 1990.

SPROVIERI, M. L. A Integração da Pessoa Deficiente. In: MANTOAN, M. T. E. *A Integração de Pessoas com Deficiência – Contribuições para uma Reflexão sobre o Tema*. São Paulo: Memnon, p. 104-108, 1997.

TELFORD, C. W. & SAWREY, J. M. *Problemas familiares e pessoais das pessoas excepcionais*. In: _____. *O Indivíduo Excepcional*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1984.

TÓTARO, P. *O Papel do Psicólogo na Equoterapia*. In: Apostila da Associação Nacional de Equoterapia, 2000.

_____. *Meu Amigo Cavalo*. Revista Coop, 10-12, Ano XX, nº 185, Jul 99.

VASH, C. L. *Enfrentando a Deficiência: a manifestação, a psicologia, a reabilitação*. Tradução de Geraldo J. de Paiva; Maria S. F. Aranha e Carmen L. R. Bueno. São Paulo: Pioneira, 1988.

WALTER, G. B.; VEDRAMINI, O. M. *Manual “Equoterapia – Terapia com o Uso do Cavalo”*. Minas Gerais: Ed. Viçosa, CPT, 2000.

WICKERT, H. *O Cavalo como Instrumento Cinesioterapêutico*. I Congresso Brasileiro de Equoterapia. Brasília, 18 a 20 novembro, 1999.