



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Faculdade de Formação de Professores

DANIELE BORGES ALVES

**REFLEXÕES SOBRE A PRÁTICA DA EQUOTERAPIA E O
DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS COM PARALISIA
CEREBRAL**

São Gonçalo

2014

DANIELE BORGES ALVES

**REFLEXÕES SOBRE A PRÁTICA DA EQUOTERAPIA E O
DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS COM PARALISIA
CEREBRAL**

Monografia apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Graduação de Licenciatura em Pedagogia Plena, ao Departamento de Educação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, curso ministrado na Faculdade de Formação de Professores.

Orientadora: Prof^a. Vanessa Christina Breia

São Gonçalo

2014

DANIELE BORGES ALVES

**REFLEXÕES SOBRE A PRÁTICA DA EQUOTERAPIA E O
DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS COM PARALISIA
CEREBRAL**

Monografia apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Graduação de Licenciatura em Pedagogia Plena, ao Departamento de Educação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, curso ministrado na Faculdade de Formação de Professores.

Aprovado em: _____

Prof^a. Vanessa Christina Breia (Orientadora)
Faculdade de Formação de Professores - UERJ

Prof^a. Dr^a. Regina de Fatima de Jesus (Parecerista)
Faculdade de Formação de Professores - UERJ

São Gonçalo

2014

AGRADECIMENTOS

A Deus que me permitiu chegar até aqui mesmo em meio a tantas adversidades. Sei que sem Ele eu nada seria e é com Ele que sigo em frente.

Ao meu pai Odir que sempre me incentivou a estudar para conquistar minha independência e a minha mãe Sueli que sempre me mandava ir ler um livro, quando eu era criança. São eles, que mesmo com tão pouco estudo, transmitiram para mim o valor da educação na vida de uma pessoa.

A meus filhos Matheus Henrique e Catharina que sempre foram meus professores, despertando em mim a educadora que sou hoje. Por terem sido compreensíveis com minhas faltas, ausências e cansaços.

A todos que me ajudaram em minha caminhada educacional, seja me incentivando, apoiando minhas decisões, possibilitando minha ausência de casa, cuidando de meus filhos e até mesmo facilitando minha rotina cansativa.

À minha Orientadora a Prof^a Vanessa Christina Breia por me acolher e apoiar no seu projeto de pesquisa compartilhando suas experiências.

Às amigas que foram companheiras de caminhada. Obrigada pelo desafio de percorrer todo processo formativo ao meu lado. O que aprendi com vocês levarei para sempre. Tudo valeu a pena.

A única maneira para uma pessoa, uma família, uma sociedade crescer, a única maneira para fazer avançar a vida dos povos é a cultura do encontro; uma cultura segundo a qual todos têm algo de bom para dar, e todos podem receber em troca algo de bom. O outro tem sempre algo para nos dar, desde que saibamos nos aproximar dele com uma atitude aberta e disponível, sem preconceitos.

Papa Francisco

RESUMO

Esse trabalho tem como objetivo geral verificar os possíveis benefícios decorrentes da prática da Equoterapia para crianças com Encefalopatia Crônica da Infância. O mesmo se constituiu enquanto temática a partir de minha participação no Projeto de Pesquisa “*ATENDIMENTO PRECOCE EM EQUOTERAPIA PARA CRIANÇAS COM ENCEFALOPATIA CRÔNICA DA INFÂNCIA.*” Sendo assim, o propósito desta monografia é refletir acerca do desenvolvimento motor e sociocognitivo das crianças atendidas no projeto. O presente trabalho se constitui em um estudo de caso, de natureza qualitativa, que teve três crianças como sujeitos da investigação. No presente trabalho abordarei o que é a Paralisia Cerebral, suas características, etiologias e doenças associadas, a fim de promover uma compreensão das dificuldades enfrentadas pelas crianças envolvidas na pesquisa. Também apresento Equoterapia enquanto um recurso na reabilitação, sua história, técnicas e contribuições para o desenvolvimento de crianças com necessidades especiais. Por fim, apresento minha pesquisa de campo, as crianças do estudo e reflexões sobre como se deram os atendimentos no Projeto.

Palavras-chave: Equoterapia; Paralisia Cerebral; Desenvolvimento Infantil; Aprendizagem.

ABSTRACT

This coursework have as main objective check the possible benefits of the practice of the Hippotherapy for children with Non-progressive Chronic Encephalopathy. Theme that was built while my participation on the research project “*ATENDIMENTO PRECOCE EM EQUOTERAPIA PARA CRIANÇAS COM ENCEFALOPATIA CRÔNICA DA INFÂNCIA*”. So, the meaning of this monograph is reflect about the motor and social-cognitive evolution from the kids supported on the project. My report is based on the study of a qualitative case, who works with three kids as research subjects. Here I will approach what is cerebral palsy, your characteristics, etiologies and associated diseases, to promote a understanding of the difficulties faced by the children involved in the research. Also introducing Hippotherapy as a resource in rehab, its history, techniques and contributions to the evolution of children with special needs. Finally, I present my field research the children of the study and reflections on how to have the sessions in the Project.

Key-words: Hippotherapy; Cerebral Palsy; Child Development; Learning.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Demonstração do paralelismo entre passo do homem e do cavalo.

Figura 2- Pai do Victor conhecendo a égua Turquesa.

Figura 3- Aproximação da mãe do Victor com a égua Turquesa.

Figura 4- Área de acolhimento, ao fundo, vista a partir do picadeiro

Figura 5- Acolhimento de Victor Hugo e sua família

Figura 6- Daniela brincando com estímulos sonoros

Figura 7- Égua Turquesa com presilhas coloridas

Figura 8- Daniela conhecendo a égua Turquesa.

Figura 9- Daniela fazendo carinho na Turquesa - estimulação tátil.

Figura 10- Victor sentindo prazer em tocar a égua Turquesa.

Figura 11- Victor em atividade de montaria.

Figura 12- Victor, no colo da mãe, fazendo estimulação tátil, com os olhos fechados.

Figura 13- Atividade de aproximação da família, explorando o ambiente.

Figura 14- Felipe realizando aproximação com a égua Turquesa

Figura 15- Felipe em atividade de estimulação tátil com bolas.

Figura 16- Felipe em posição de “príncipe”.

Figura 17- Felipe em posição de “indiozinho”.

Figura 18- Felipe montando na posição de “prono”.

Figura 19- Daniela brincando com cavalinho de madeira na área de acolhimento.

Figura 20- Daniela com brinquedo sonoro em tatame.

Figura 21- Daniela tocando Turquesa com os pés.

Figura 22- Daniela sentada no cavalo em abdução.

Figura 23- Daniela deitando sobre a égua Turquesa.

Figura 24: Daniela montando na posição “puppy”.

Figura 25- Daniela montada em prono.

LISTA DE ABREVIATURAS

AFR	Associação Fluminense de Reabilitação
AACD	Associação de Apoio a Criança Deficiente
AETERJ	Associação de Equoterapia do Estado do Rio de Janeiro
ANDE/BRASIL	Associação Nacional de Equoterapia – Brasil
CFM	Conselho Federal de Medicina
ECNPI	Encefalopatia Crônica não Progressiva da Infância
OMS	Organização Mundial de Saúde
PC	Paralisia Cerebral
PEDI	Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
1 PARALISIA CEREBRAL: CONHECENDO E ME APROXIMANDO DAS CRIANÇAS.....	16
1.1 Classificações da Paralisia Cerebral.....	20
1.1.1 <u>Espástica</u>	20
1.1.2 <u>Atetose/Distonia</u>	21
1.1.3 <u>Ataxia</u>	21
1.2 Etiologias da Paralisia Cerebral.....	22
1.3 Diagnóstico da Paralisa Cerebral.....	24
1.4 Desordens associadas à Paralisia Cerebral.....	24
1.4.1 <u>Retardo mental</u>	25
1.4.2 <u>Alterações Visuais</u>	25
1.4.3 <u>Deficiência Auditiva</u>	26
1.4.4 <u>Epilepsia</u>	26
1.4.5 <u>Distúrbios Alimentares</u>	27
1.4.6 <u>Constipação Intestinal</u>	27
1.4.7 <u>Deformidades Ortopédicas</u>	28
2 DESCOBRINDO A EQUOTERAPIA.....	29
2.1 Histórico da Equoterapia.....	29
2.2 AS Andaduras do Cavalo.....	32
2.3 Programas de Equoterapia.....	35
2.4 As Contribuições da Equoterapia para o Aprendizado e Desenvolvimento de Crianças com Paralisia Cerebral.....	36
3 PESQUISA DE CAMPO.....	39
3.1 O Projeto Atendimento Precoce em Equoterapia para Crianças Portadoras de Encefalopatia Crônica da Infância.....	39
3.1.2 <u>Procedimentos</u>	41
3.1.3 <u>Instrumento</u>	41
3.1.4 <u>Os atendimentos em Equoterapia</u>	42
3.1.5 <u>A Organização das Atividades Desenvolvidas</u>	45
3.2 Estudo de Caso: O Olhar de uma Pedagoga para cada Praticante.....	50

3.2.1	<u>Praticante Victor Hugo de Souza</u>	50
3.2.2	<u>Praticante Felipe Tavares C. L. Filho</u>	55
3.2.3	<u>Praticante Daniela Chafim</u>	60
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
	ANEXO A - Página 1 da Anamnese.....	73
	ANEXO B - Página 2 da Anamnese.....	74
	ANEXO C - Ficha de Evolução.....	75
	ANEXO D - Página 1 da Avaliação do Desenvolvimento Neuropsicomotor...76	
	ANEXO E - Página 2 da Avaliação do Desenvolvimento Neuropsicomotor....77	
	ANEXO F - Página 3 da Avaliação do Desenvolvimento Neuropsicomotor....78	
	ANEXO G - Página 1 do Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade.....	79
	ANEXO H - Página 2 do Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade.....	80
	ANEXO I - Página 3 do Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade.....	81
	ANEXO J - Página 4 do Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade.....	82
	ANEXO K - Página 5 do Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade.....	83
	ANEXO L - Página 6 do Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade.....	84

INTRODUÇÃO

A Equoterapia é um método terapêutico que utiliza o cavalo numa abordagem interdisciplinar integrando os campos da saúde, educação e equitação. O valor terapêutico mais reconhecido da prática da Equoterapia associa-se ao estímulo ao sistema nervoso central e ajustes tônicos em decorrência da busca pelo equilíbrio durante a montaria sobre o cavalo. No entanto, os efeitos da Equoterapia não se restringem ao campo físico, ela também favorece novas formas de socialização, colabora para a autoestima e amplia a independência do praticante. ANDE/ BRASIL, (1999).

Esse trabalho tem como objetivo geral estudar os benefícios das atividades desenvolvidas em equoterapia com crianças encefalopatas, através da minha participação no Projeto de Pesquisa “ATENDIMENTO PRECOCE EM EQUOTERAPIA PARA CRIANÇAS COM ENCEFALOPATIA CRÔNICA DA INFÂNCIA.” Mais especificamente, refletir acerca do desenvolvimento motor e sociocognitivo das crianças atendidas no referido projeto.

A fim de alcançar os objetivos propostos, realizei um estudo de caso, de natureza qualitativa, para isso recorri a Chizzotti e Yin como interlocutores privilegiados.

O estudo de caso é uma caracterização abrangente para designar uma diversidade de pesquisas que coletam e registram dados de um caso particular ou de vários casos a fim de organizar um relatório ordenado e crítico de uma experiência, ou avaliá-la analiticamente, objetivando tomar decisões a seu respeito ou propor uma ação transformadora (...). É considerado também como um marco de referencia de complexas condições socioculturais que envolvem uma situação e tanto retrata uma realidade quanto revela a multiplicidade de aspectos globais, presentes em uma dada situação. (CHIZZOTTI 2001, p. 102).

Ao longo deste processo também consideramos importante a observação das etapas do desenvolvimento do estudo de caso que consistem na: seleção e delimitação do caso, o trabalho de campo, a organização e redação do relatório. De acordo com Yin (2005), a observação participante, é uma modalidade em que o observador assume uma postura ativa e participa dos eventos que estão sendo estudados.

O presente trabalho apresenta três capítulos, no primeiro abordarei o que é a Paralisia Cerebral (PC), suas características, etiologias e doenças associadas, para melhor compreensão dos desafios enfrentados pelas crianças e familiares envolvidos na pesquisa. O capítulo dois explica o que é Equoterapia, sua história, técnicas e contribuições para o desenvolvimento de crianças com Paralisia Cerebral. E por último apresento minha pesquisa de campo, as crianças do estudo e problematizo os atendimentos realizados no Projeto.

Para esse estudo foram selecionadas três crianças participantes do projeto mencionado acima, o qual contava ao todo, com a participação de quatorze crianças com idade inicial entre 13 e 39 meses, divididas em dois (2) grupos de sete (7) crianças. Um grupo realizava terapias básicas de fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e psicologia na Associação Fluminense de Reabilitação e o outro grupo, com mais sete crianças, além das terapias realizadas na AFR praticavam Equoterapia.

Considerando-se meu objetivo específico neste trabalho não vou me deter sobre o processo de desenvolvimento das crianças do grupo controle.

As três crianças participantes deste trabalho foram escolhidas porque eu era a bolsista que os acompanhava ao longo do projeto. Assim, para este estudo utilizei minhas observações pessoais, anotações nas fichas de evolução, e a comparação de resultados obtidos nas avaliações do desenvolvimento neuropsicomotor que são avaliações físicas, aplicado pela fisioterapeuta da equipe, para testar o estado de consciência, resposta visual, auditiva, interação com o meio, movimentação, tônus muscular, posturas, reflexos, comunicação e linguagem. Também trabalhei com os resultados do Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI) que é uma escala norte-americana traduzida para o português e adaptada para as especificidades socioculturais do Brasil que abrange aspectos de autocuidado, mobilidade e função social de crianças na faixa etária entre seis meses e sete anos e meio de idade, que foi um dos principais instrumentos de avaliação e acompanhamento da evolução das crianças durante o projeto.

A Encefalopatia Crônica não Progressiva da Infância (ECNPI) também chamada de Paralisia Cerebral é definida como resultado de uma lesão ou mau desenvolvimento do cérebro, de caráter não progressivo, ocorrendo pré, peri ou pós

parto. A lesão é estacionária e se caracteriza pela falta de controle sobre os movimentos em função da distribuição anormal do tônus postural e do desequilíbrio da atividade muscular, ocasionando inabilidades de postura, e, portanto, alterações no desenvolvimento sensório-motor da criança. Assim sendo, a ECNPI limita tanto a exploração que a criança faz de si mesma, quanto do ambiente, tornando difíceis as atividades ligadas à execução de movimentos funcionais, e conseqüentemente, originando uma privação sensório-motora, com desdobramentos no campo cognitivo, afetivo, e cultural. Lima (2004)

Wallon nos auxilia ao nos lembrar que não é possível estudar separadamente um único aspecto do ser humano, mas que é fundamental problematizar o desenvolvimento nos vários campos funcionais: afetivo, motor e cognitivo.

Segundo Costa (2006), Wallon considera que o atendimento da infância é dever da educação e aponta que a preocupação pedagógica é um ponto importante da psicologia Walloniana.

Assim, ao estudar os benefícios da Equoterapia para crianças com Paralisia Cerebral, em tão tenra idade, pretendo discutir a contribuição de formas de intervenção que entendem o ser humano como um ser completo, único e que se desenvolve de acordo com os estímulos que lhe são proporcionados. Acredito que os benefícios tanto educacionais quanto para saúde dessas crianças, serão mais eficientes se não deixarmos a afetividade de lado, restringindo o trabalho a uma abordagem mecânica.

Ao estudar como a criança se desenvolve, quais atividades são mais estimulantes para seu aprendizado e de que forma podemos contribuir para isso, estaremos dando um passo importante para pensar melhor a educação. Uma educação mais potencializadora, que parte do pressuposto de que toda criança é capaz de aprender e se desenvolver e que não usa as dificuldades de aprendizado para culpabilizar a criança, mas busca meios que vão ao encontro das necessidades educacionais de cada um. O quanto e até onde a criança vai, depende de múltiplos fatores e é papel dos educadores favorecer esse processo.

A Equoterapia é uma modalidade de terapia em expansão. A regulamentação da Equoterapia enquanto profissão e prática terapêutica está em transito no Congresso Federal aguardando a aprovação.

Apesar destes avanços, inclusive no campo legislativo, a Equoterapia ainda carece de mais estudos de cunho científico em diversas áreas, inclusive nas que abordem o sua prática com crianças que tem Paralisia Cerebral e baixa faixa etária. Conforme sugere Severo e Severo (2010, p. 140), “o início precoce de terapia é indicado para essas crianças, visando ao desenvolvimento de todas as suas potencialidades, com auxílio de todos os membros da família, principalmente a mãe.”

É no primeiro ano de vida da criança que há uma rápida evolução motora, de acordo com a maturação do sistema nervoso central, à medida que o meio sócio cultural da criança vai se ampliando e conseqüentemente a chegada de novos estímulos. Segundo Santos e Ravanini, (2006) estudos mostram que a criança que se desenvolve em ambientes restritos tendem a ter um baixo desempenho motor. Portanto, os estímulos de ambientes variados podem resultar em grandes ganhos para as crianças em geral, e com especial ênfase para as com Paralisia Cerebral.

“Essas diferenças no ambiente ao redor da criança não são triviais e podem influenciar o desenvolvimento. Por isso, devem ser estudadas e entendidas, antes de se estabelecerem estratégias e técnicas para estimular o desenvolvimento.” (SANTOS; RAVANINI, 2006, P. 261).

CAPÍTULO I

PARALISIA CEREBRAL: CONHECENDO E ME APROXIMANDO DAS CRIANÇAS

Felipe, Daniela e Victor Hugo, três crianças com paralisia cerebral, no entanto históricos de vida únicos, atravessados por particularidades que só cada um deles viveu. São estruturas familiares diferentes, níveis sociais diversos, pais com formações culturais diferenciadas e locais de moradia distintos. Cada uma teve o processo de desenvolvimento atravessado por vários fatores, não somente a paralisia cerebral interferiu para esse ser um processo mais ou menos lento, mas também o como e onde foi atingido esse cérebro, quais foram as formas de tratamento e em que tempo o mesmo se iniciou, quais os estímulos a que essas crianças foram expostas desde recém-nascidas, entre tantas outras questões que os tornam indivíduos absolutamente singulares, apesar da paralisia cerebral em comum.

É importante saber que cada criança é única e por isso nunca apresentará a paralisia da mesma forma. Conhecer a disfunção é de extremo valor, mas a aproximação com cada criança é que vai nos possibilitar saber suas histórias, dificuldades, potencialidades e interesses, para podermos ter noção dos cuidados que devemos ter com as mesmas, saber quais atitudes tomar diante de situações adversas, pensar possibilidades de interação e planejar as atividades respeitando a condição de cada uma delas.

Com a finalidade de compreender melhor as crianças, características e as peculiaridades com as quais iria trabalhar, foi necessário o estudo sobre a paralisia cerebral em geral, como ela se apresenta e quais as dificuldades ela impõe para os sujeitos afetados por ela.

Em função de tantas diversidades, no início da pesquisa fui surpreendida por uma série de inquietações: Como me comunicar com estas crianças? Como segurar no colo sem machucar e favorecendo posturas que colaborassem para o seu desenvolvimento neuropsicomotor? Será que vou conseguir interagir com crianças tão frágeis? O que posso fazer para contribuir para seu desenvolvimento? A única resposta que obtive até o momento foi estudo e a disponibilidade de aproximação

para conhecer. E assim, nossos encontros a cada dia foram se tornando mais proveitosos e prazerosos.

Para iniciar um diálogo com este novo campo trabalhei com autores como Mancini et. al., (2002) que definem a paralisia cerebral como consequência de uma lesão estática, ou seja, não progressiva, ocorrida no período pré, peri ou pós-natal que afeta o sistema nervoso central em fase de maturação estrutural e funcional. A Encefalopatia Crônica da Infância é uma disfunção predominantemente sensório-motora, envolvendo distúrbios no tônus muscular, postura e movimentação voluntária. Assim como cada área do cérebro é responsável por uma determinada função, as alterações físicas se apresentarão segundo o local da área lesada e sua gravidade vai depender da extensão dessa lesão. Porém de acordo com Ostenjo et. al apud Forti-Bellani e Castilho-Weinert (2011), crianças com mesma classificação clínica de distúrbio podem apresentar alterações motoras distintas, devido à assimetria da lesão e à resposta individual dos organismos que recebem influência dos aspectos neuromaturacionais e plásticos do sistema nervoso central, genéticos, do meio ambiente e dos aspectos sensoriais, perceptivos e cognitivos desses sujeitos.

Plasticidade sináptica refere-se às respostas adaptativas do sistema nervoso em relação aos estímulos captados. A maioria dos sistemas no cérebro são plásticos, ou seja, são modificados com a experiência, sendo assim, as sinapses envolvidas são alteradas por estímulos ambientais identificados por algum receptor sensorial.

A experiência permite a aquisição de conhecimentos e de informações pelo SN provocando alterações anatômicas em diversos locais do encéfalo e essas alterações modificam a intensidade das conexões entre as células. (OLIVA, DIAS, REIS, 2009, p. 130).

Com isso, podemos ver crianças com paralisia cerebral que não andam, não falam e não tem controle sobre seus movimentos; outras que apresentam um atraso no desenvolvimento motor e deficiência visual; ou um pequeno distúrbio motor nos membros superiores, que apesar de dificultarem não a impedem de desempenhar ações manuais; ou ainda crianças que tem dificuldades na transição de posturas. Enfim, a paralisia cerebral é um distúrbio de características tão distintas que não é possível planejar um trabalho terapêutico sem levar em conta as especificidades de

cada sujeito, o que ele já atingiu e como atuar para que ele tenha suas potencialidades alcançadas. É isso se apresenta de forma individual.

Por essa lesão ocorrer na fase em que a criança apresenta um desenvolvimento acelerado, o processo de aquisição de habilidades pode ser comprometido, dificultando o desempenho de atividades comuns às crianças que tem desenvolvimento típico. Assim, crianças com Paralisia Cerebral podem ter dificuldades para engatinhar, andar, correr, brincar, manusear objetos, inclusive comprometendo a interação social.

Apolônio et al. (2000) afirma que é de suma importância a intervenção se iniciar o mais cedo possível, a fim de otimizar o potencial evolutivo da criança e a favorecer o seu desenvolvimento global, já que os padrões iniciais de aprendizagem e comportamento, determinantes do processo de desenvolvimento, se estabelecem nos primeiros anos de vida.

Conforme os conceitos de Vigotsky, a criança não pode ser encarada como um ser isolado do seu meio. Ela é parte integrante de sua família e da sociedade, portanto qualquer intervenção que vise o seu pleno desenvolvimento deve envolver ativamente os pais, no intuito de favorecer a conscientização das suas competências e capacidades e ajudá-los a lidar com a deficiência e limitação do filho.

A criança com Encefalopatia necessita estabelecer contato com outros seres humanos para incrementar e construir seu processo de desenvolvimento. A presença do “outro” se torna altamente significativa para as crianças que estão no auge do seu desenvolvimento, visto que assume o papel de meio de verificação das diferenças entre as suas competências e as dos demais, para, a partir deste processo, formular hipóteses e sintetizar ideias acerca desses laços constituídos.

É fundamental que a criança, ao estabelecer esta comunicação, já se sinta parte do mundo e que dele participe ativamente. Agindo sobre o ambiente e sofrendo a ação dele, ela vai ampliando a sua capacidade de conhecer, ou seja, de vivenciar processos de aprendizagem, comunicação, desenvolvendo-se cultural e socialmente, constituindo-se como indivíduo ativo.

São inúmeros os fatores, tanto biológicos, quanto sociais ou históricos que influenciam na formação do sujeito, mas que isoladamente não determinam a sua

constituição. Como afirma Vigotsky, (2001, p.63) "o comportamento do homem é formado por peculiaridades e condições biológicas e sociais do seu crescimento".

De acordo com Apolônio et al. (2000) a intervenção precoce é capaz de evitar a influência negativa dos fatores de risco, reduzir os efeitos secundários de deficiências funcionais permanentes (como paralisia cerebral) e evitar o agravamento de desvios no desenvolvimento, procurando uma recuperação o mais completa possível.

Um sistema nervoso em desenvolvimento tem maiores chances de se adaptar plasticamente e buscar estratégias de reorganização após uma lesão. [...] quanto mais precoce se iniciar a intervenção, mais plástico será o sistema nervoso e haverá melhor potencial de recuperação. (FORTI-BELLANI e CASTILHO-WEINERT, 2011, p. 19).

As crianças com Paralisia Cerebral, além de sua deficiência física, quando ainda não frequentam a escola, tem uma infância muito carente de experiências sociais e exploração motora comum a sua faixa etária, o que gera um empobrecimento do seu desenvolvimento cognitivo. Pois, as poucas experiências fora do ambiente doméstico são vivenciadas em hospitais, consultas médicas e as visitas rotineiras às sessões de fisioterapias e outras terapias necessárias.

Segundo Galvão (1995) para Wallon o movimento se manifesta primeiramente em uma dimensão afetiva, ainda ressalta que seu desenvolvimento depende do meio em que está inserido, sendo expresso através da motricidade. Em um caráter representativo o movimento é uma expressão da cognição. Por exemplo, o bebê com fome, cólicas, fraldas sujas por não ter ainda desenvolvido a linguagem oral, se expressa através de contorções, chute e expressões faciais. Tudo no intuito de comunicar sua sensação a seu cuidador. Conforme os pais vão aprendendo a compreender esses sinais a comunicação vai ficando mais clara para ambos, pais conseguem identificar e sanar o incômodo, ao mesmo tempo em que o bebê aprende que ao sinalizar através de determinada ação suas necessidades são supridas.

Considerando-se que o domínio motor é fundamental para que a criança possa expressar suas atividades intelectuais, não é difícil deduzir que para algumas crianças com Paralisia Cerebral severa é difícil saber se há ou não um

comprometimento cognitivo. Uma vez que muitas delas não conseguem se comunicar verbalmente, não tem movimentos conexos que possam ser reconhecidos como intencionais ou até mesmo não são capazes de atender a comandos de atividades motoras simples, como por exemplo, imitação e repetição. Isso não quer dizer que elas têm algum tipo de comprometimento intelectual, muitas vezes apenas não tem o controle motor para tal. Já em casos menos graves, essas crianças conseguem desenvolver a fala e habilidades motoras, como sentar, ficar de pé, andar, correr, motricidade grossa e ou fina. Ainda que com atraso, no que se relaciona às expectativas para a faixa etária.

1.1 Classificações da Paralisia Cerebral

Como para cada criança a paralisia se apresente com características diferentes, faz-se necessário compreender cada caso e como se dão esses comprometimentos.

Durante a pesquisa presenciei crianças com variados graus de comprometimento e de distintas etiologias. Apesar de ter uma apresentação tão fria e descritiva, na prática essas características são atravessadas por diversos fatores individuais dos sujeitos e suas conjunturas, o que as torna únicas.

De acordo com a Rede Sarah (s.d), a paralisia cerebral é classificada de acordo com comprometimento do movimento que predomina, podendo ser: Espástica, atetose/distonia ou Ataxia.

1.1.1. Espástica

Caracteriza-se pelo aumento do tônus muscular e limitação da capacidade de relaxamento da região afetada. Sendo classificada conforme a parte do corpo envolvida: Hemiplegia, diplegia e tetraparesia.

- Hemiparesia, quando afeta o membro superior e inferior ao mesmo tempo e do mesmo lado do corpo (hemiparesia direita ou esquerda).

As crianças com este tipo de envolvimento apresentam bom prognóstico motor e adquirem marcha independente. Algumas apresentam um tipo de distúrbio sensorial que impede ou dificulta o reconhecimento de formas e texturas com a mão do lado da hemiplegia. Estas crianças têm muito mais dificuldade para usar a mão; Rede Sarah (s/d.).

- Diplegia, quando afeta predominantemente os membros inferiores.

A diplegia espástica é quase sempre relacionada com prematuridade. Esta forma é menos grave do que a tetraplegia, a grande maioria das crianças adquire marcha independente antes dos oito anos de idade. Rede Sarah (s/d.).

- Tetraparesia quando os quatro membros são atingidos e o tronco.

Nesse caso as crianças são mais dependentes da ajuda de outras pessoas para a alimentação, higiene e locomoção.

1.1.2 Atetose/Distonia

Caracterizada pela presença de movimentos e posturas involuntários. Tais movimentos podem ser leves ou acentuados e são raramente observados durante o primeiro ano de vida. Nas formas graves, antes desta idade a criança apresenta hipotonia (tônus muscular diminuído) e o desenvolvimento motor é bastante atrasado. Muitas crianças não são capazes de falar, andar ou realizar movimentos voluntários funcionais. Rede Sarah (s.d.)

1.1.3 Ataxia

Caracteriza-se quando o quadro clínico é dominado pela perturbação da coordenação e do equilíbrio. A criança apresenta marcha cambaleante por causa da deficiência de equilíbrio, e apresentam, ainda, incoordenação dos movimentos com

incapacidade para realizar movimentos alternados rápidos e dificuldade para atingir um alvo. Quando a lesão é muito extensa, o atraso do desenvolvimento motor é importante e é possível que a criança nunca seja capaz de andar sem apoio.

Raramente o PC apresenta ataxia pura. Rede Sarah (s.d.)

1.2 Etiologias da Paralisia Cerebral

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a paralisia cerebral ocorre na primeira infância, onde o cérebro está em plena maturação.

Tabith (1995) afirma que qualquer agente capaz de lesar o encéfalo, da concepção à primeira infância, deve ser considerado como fator causal de Paralisia Cerebral, isto é a lesão pode ocorrer no período pré, peri ou pós-natal.

As crianças envolvidas no Projeto de Pesquisa “Atendimento Precoce em Equoterapia para Crianças com Encefalopatia Crônica da Infância” são oriundas dos municípios de Niterói, São Gonçalo, Magé e Itaboraí e são de classe socioeconômica baixa. Portanto, suas famílias não têm muitos recursos financeiros para obter um serviço de saúde de ponta, lhes restando muitas vezes como única opção o Sistema Único de Saúde (SUS). Esta situação restringe bastante as modalidades terapêuticas a que estas crianças têm acesso, bem como a frequência e duração dos atendimentos.

Outro aspecto que convém ser mencionado é que observamos, em função da precariedade dos atendimentos prestados na Rede Pública de Saúde, muitos casos de ECNPI ocorrem em decorrência de “erros durante” o parto ou ausência e precariedade dos atendimentos de pré natal. Ou seja, com a melhoria dos serviços públicos de saúde e saneamento a maioria dos casos de Encefalopatia Crônica da Infância poderia ser significativamente reduzida.

Segundo o Dr. Ivan Ferrareto, diretor clínico da Associação de Assistência à Criança Defeituosa (AACD), cerca de 60% dos casos de Paralisia Cerebral seriam evitáveis, ou diagnosticados mais rapidamente permitindo melhor tratamento, se houvesse a presença de um pediatra na sala de parto, além do acompanhamento pré, peri e pós-natal. Satow (1995)

- Fator Pré-Natal

Os fatores que podem ocorrer durante a gestação e causar a Paralisia Cerebral são: o uso de drogas, álcool, medicamentos, ameaça de aborto, exposição a raios-x, doença infecciosas (Toxoplasmose, Rubéola, Sífilis); mãe diabética ou hipertensa.

Os fatores pré natais são os mais passíveis de serem prevenidos, no entanto, requerem investimentos na saúde pública. É necessário o desenvolvimento de programas de prevenção que alcancem de modo mais efetivo a população, a fim de evitar doenças infectocontagiosas.

Muitas gestantes não se preparam para engravidar e muitas vezes nem mesmo fazem o acompanhamento pré natal, acarretando a falta de um diagnóstico que previna as sequelas para o bebê. Outro agravante são as moradias em regiões que não possuem saneamento básico favorecendo a contaminação da população.

- Fator Perinatal

Braga (1995) cita como fatores perinatais responsáveis pela paralisia cerebral as complicações durante o parto como traumatismo cerebral, anóxia cerebral¹ em trabalho difícil; prematuridade, nascimento com baixo peso, hiperbilirrubinemia² e infecções perinatais.

A assistência à mãe e os cuidados no período neonatal são importantes recursos para se reduzir essa grande quantidade de crianças com Encefalopatia.

- Fator Pós-natal

¹ **Anoxia cerebral:** é caracterizada pela falta de oxigênio no cérebro, que pode ter diversas causas, como uma hemorragia ou a parada respiratória, por exemplo. **Fonte:** <http://www.tuasaude.com/anoxia-cerebral/>, acesso: 09/01/14

² **Hiperbilirrubinemia ou querníctero:** é uma doença causada pelo excesso de bilirrubina na corrente sanguínea que se acumula no cérebro podendo causar danos cerebrais. Esta doença atinge em maior número os bebês recém-nascidos prematuros ou os que estão muito doentes e é caracterizado pela coloração amarelada da pele, olhos e fezes do bebê. **Fonte:** <http://www.tuasaude.com/hiperbilirrubinemia/>, acesso: 09/01/14

Após o nascimento a Paralisia cerebral pode ser causada por infecções no cérebro através de Meningites e Encefalites, traumatismo craniano, acidente cerebrovascular, asfixia, ingestão de veneno, insuficiência/parada respiratória, inflamações ou abscessos no cérebro. Rede Sarah (s.d.)

Vale ressaltar que entre as crianças do projeto essa é a causa de menor incidência.

1.3 Diagnóstico da Paralisa Cerebral

A PC deve ser diagnosticada por uma equipe multidisciplinar o mais precocemente possível. O entendimento entre os elementos da equipe é decisivo para boa evolução. A dificuldade de sucção, tônus muscular diminuído, alterações motoras, reflexos e padrões de movimentos, são os primeiros sinais da necessidade de uma avaliação neurológica.

A avaliação neurológica é feita primeiramente através do histórico clínico, exame neurológico, a fim de afastar a possibilidade de outras doenças que causam atraso no desenvolvimento. Caso não seja encontrada uma causa são solicitados exames de imagem (ressonância magnética, tomografia computadorizada) e laboratoriais (sangue e urina), pois estes são os mais indicados para diagnosticar a paralisia cerebral. Rede Sarah (s.d.)

1.4 Desordens associadas à Paralisa Cerebral

Além do comprometimento motor outros tipos de desordem podem se apresentar na pessoa com paralisia cerebral, tais como: retardo mental, alterações visuais, deficiência auditiva, epilepsia, distúrbios alimentares, deformidades ortopédicas e constipação Intestinal.

Tais desordens além de agravarem ainda mais o quadro clínico, dificultam o desenvolvimento das crianças com Paralisia Cerebral, pois interferem na sua

relação com o ambiente e com outro. Grande parte das crianças atendidas pelo projeto apresentavam algumas dessas desordens associadas.

1.4.1 Retardo mental

É uma deficiência caracterizada por limitações significativas no funcionamento intelectual e no comportamento adaptativo, como expresso nas habilidades práticas, sociais e conceituais, originando-se antes dos dezoito anos de idade. Luckasson e Cols apud Carvalho, Maciel (2003).

Cândido (2004) em seu estudo afirma que um número significativo de crianças com PC tem algum grau de retardo mental, no entanto podemos encontrar crianças com inteligência normal. O grau do retardo está diretamente relacionado à gravidade da paralisia cerebral, entretanto, existem muitas variações e esta é mais uma desordem que se apresenta de forma muito individual.

1.4.2 Alterações Visuais

No caso das crianças com alterações visuais, é comum encontrarmos manifestações de estrabismo, catarata (opacidade do cristalino), coriorretinite (inflamação da coróide e da retina) e glaucoma (aumento da pressão ocular). Estas desordens são frequentemente encontradas em pacientes que tiveram infecções congênitas.

Os prematuros, com peso abaixo de 1250g estão sujeitos a desenvolver algum grau de retinopatia associada à prematuridade. Aqueles em que o oxigênio foi usado para tratar a síndrome de esforço respiratório podem apresentar alterações no crescimento dos vasos sanguíneos da retina, predispondo à miopia, estrabismo e glaucoma. Em alguns casos mais graves, uma cicatriz fibrosa descola a retina do fundo do olho determinando perda da visão. Rede Sarah (s.d.)

1.4.3 Deficiência Auditiva

A deficiência auditiva, de acordo com Cândido (2004), não é muito frequente, mas apresenta maior prevalência nas crianças com PC, que na população em geral. Está presente em crianças com coreoatetose³ e algumas espásticas. Também observa-se comorbidade com a deficiência auditiva nos casos em que etiologia da PC é a toxoplasmose congênita, incompatibilidade Rh ou rubéola congênita.

Alguns estudos em crianças com deficiência auditiva demonstraram que, mais do que o grau da deficiência, o diagnóstico e a intervenção precoce, até os seis meses de idade, foram o melhor fator para o prognóstico de aquisição da linguagem. Rede Sarah (s/d.)

1.4.4 Epilepsia

Segundo a rede de hospitais de reabilitação Sarah, a epilepsia é a atividade excessiva e hipersincrônica de certos grupos de neurônios, acarretando um distúrbio do funcionamento do sistema nervoso central. Estes episódios de descarga elétrica anormal podem evoluir com hiperextensão e contrações musculares.

Considerando-se que as crises convulsivas também são um sintoma que pode se manifestar nestas crianças com PC se faz necessário ter maior atenção, e cuidado na escolha de estímulos que serão oferecidos a estas crianças. Especialmente durante a prática da Equoterapia se faz fundamental observar as reações das crianças, uma vez que os múltiplos estímulos provocados pelo cavalo podem desencadear crises convulsivas.

O tratamento para controlar as convulsões é feito através do uso de anticonvulsivantes, algumas crianças apresentam sonolência, mas esta reação tende a desaparecer ao final de um período.

1.4.5 Distúrbios Alimentares

³ **Coreoatetose:** Desordem nervosa caracterizada pelos movimentos involuntários e incontroláveis coréicos e atetósicos. Fonte: <http://www.dicio.com.br/coreoatetose/>, acesso: 06/01/14

Muitas crianças com ECNPI não conseguem se alimentar da forma tradicional devido a comprometimentos para manter o controle oral-motor como: hipotonia, fraco reflexo para sugar, lábios frequentemente entreabertos e empuxar a língua frequentemente, maturação neurológica anormal (mecanismo de engolir não coordenado, morder tônico, reflexo hiperativo) e má postura durante a refeição por não poderem sustentar o tronco. Fung et al; Reilly et al apud Borges e Mello (2004).

Considerando-se o exposto a desnutrição é problema comum nestas crianças, devido à ingestão insuficiente de calorias seja pelos distúrbios mastigatórios e de deglutição, recusa alimentar, vômitos e refluxo gastroesofágico, além do excessivo gasto energético no caso da espasticidade. Cândido (2004)

Com isso, muitas vezes faz-se necessário que o aleitamento dos bebês seja feito através de sonda. Quando maiores a alimentação sólida também pode ser substituída pela pastosa e em casos mais graves é feita através de uma sonda alimentar fixada através de uma gastrostomia⁴.

Apesar de não ter participado desses atendimentos, duas crianças do projeto de pesquisa tem gastrostomia e a equipe tinha uma serie de restrições no que se refere a posicionamento das mesmas, a fim de evitar transtornos como o deslocamento do botom da gastrostomia.

1.4.6 Constipação Intestinal

A constipação intestinal nesses casos se dá pela falta de atividade física que leva a diminuição dos movimentos intestinais, o que reduz muito o reflexo da evacuação. A baixa ingestão de fibras, líquidos e o uso de alguns medicamentos como antiepiléticos também tem influência sobre a constipação intestinal. Tal desordem causa muitos incômodos nas crianças, o que algumas vezes as torna irritadiças e desconfortáveis em determinadas posições, o que se tornava mais um aspecto a ser trabalhado durante os atendimentos em equoterapia.

⁴ **Gastrostomia** ou **jejunostomia**: é um procedimento cirúrgico que estabelece o acesso à luz do estômago através da parede abdominal. Podendo ser temporário ou permanente. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2011/vol44n1/Simp4_Gastrostomia_e_jejunostomia%20atual.pdf>, acessado em: 07/01/14.

1.4.7 Deformidades Ortopédicas

As crianças com espasticidade podem desenvolver deformidades articulares, além de flexão e rotação interna dos quadris, flexão dos joelhos e equinismo. Já as com tetraplegia espástica podem apresentar, luxação paralítica dos quadris e escoliose. Cândido (2004)

CAPÍTULO II

DESCOBRINDO A EQUOTERAPIA

A Associação Nacional de Equoterapia – Brasil (ANDE/BRASIL), (2004) descreve a equoterapia como um método terapêutico e educacional que utiliza o cavalo como agente cinesioterapêutico, pedagógico e de inserção social, ou seja, afirma que a Equoterapia promove estímulos sensório-motores ao sistema nervoso central e o desenvolvimento de novas formas de socialização. Também oportuniza o desenvolvimento do esquema e da imagem corporal.

A prática da Equoterapia deve ser desenvolvida por uma equipe multiprofissional com atuação interdisciplinar. É necessário que haja o acompanhamento de profissionais de saúde, educação e equitação. Assim, os profissionais contribuem com conhecimentos que colaborem para o desenvolvimento global do sujeito.

2.1 Histórico da Equoterapia

De acordo com a ANDE/BRASIL (1999), tem-se registro do uso de cavalos com fins terapêuticos desde 478-370 a.C. com Hipócrates que prescrevia a equitação com o intuito de tratar e conservar a saúde humana.

Segundo Associação de Equoterapia do Estado do Rio de Janeiro (AETERJ) (S/D), mais tarde outros escritos também citaram a equitação como forma de tratar doenças e preveni-las, como o Dr. Asclepiades, da Prússia, em 124 a. C. e o pesquisador Joseph C. Tissot, em 1782. Este além de verificar os benefícios da equitação para as funções orgânicas, também a descreve com funções terapêuticas. Foi Tisso quem desenhou os efeitos das andaduras do cavalo e o primeiro a considerar a andadura passo como a mais eficaz para terapias.

O primeiro grupo de Equitação Terapêutica foi fundado no Hospital Universitário de Oxford no ano de 1917, com o fim de promover o lazer e descontração dos feridos da Primeira Guerra Mundial. Severo (2010)

No entanto, quem conseguiu dar maior visibilidade para equitação terapêutica foi a jovem Elizabeth Haertel, dinamarquesa que desde 8 anos praticava equitação e apesar de ter tido poliomielite aos 16 anos, não deixou de praticá-la, e após passar do uso da cadeira de rodas para as muletas participou das Olimpíadas de 1952 e 1956, sendo premiada em ambas as competições com a medalha de prata. Severo (2010)

No Brasil a equoterapia começou a ter seu reconhecimento com a Associação Nacional de Equoterapia, ANDE/Brasil, situada na Granja do Torto, em Brasília, com o apoio dos profissionais do Hospital do Aparelho Locomotor – Rede SARAH.

Foi na década de 90 que a equitação com fins terapêuticos ganhou mais força no Brasil. Em 1991, teve início no Rio de Janeiro a equipe da Escola de Equitação do Exército, sendo quatro anos depois realizados cursos de equitação terapêutica/equoterapia.

Em 1997, o conselho federal de medicina reconheceu os benefícios da equoterapia através do parecer de nº 06/97. Segundo o parecer são inquestionáveis os efeitos benéficos da equitação terapêutica adequada a portadores de deficiências neurológicas.

A prática da equoterapia no Brasil foi reconhecida como método terapêutico pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), através do parecer número 6/97-ANDE-BRASIL, aprovado em sessão plenária de 9 de abril de 1997. A Equoterapia, no Brasil, tem sido formalizada e é organizada pela Associação Nacional de Equoterapia (ANDE-Brasil), instituição fundada em 1989 e localizada, hoje, em Brasília-DF.

Atualmente tramita na câmara dos Deputados, o Projeto de lei Nº 264 de 2010, do Senado Federal, de autoria do Senador Flavio Arns, que dispõe sobre a Equoterapia e a regulamentação da sua prática.

“Art. 1º Esta Lei regula a prática da Equoterapia, como todo o método terapêutico e educacional que utiliza o cavalo dentro de uma abordagem interdisciplinar, nas áreas da saúde, educação e equitação, buscando o desenvolvimento biopsicossocial da pessoa com deficiência.” (SENADO FEDERAL, 2010).

Em seu parágrafo único a lei estabelece que a equoterapia é empregada para o tratamento de lesões neuromotoras de origem encefálica ou medular; patologias ortopédicas congênitas ou adquiridas; disfunções sensório-motoras; distúrbios evolutivos, comportamentais, de aprendizagem e emocionais.

Ainda, em seus artigos apresenta os conceitos de equoterapia, fundamentando-se em suas bases científicas, apresenta os programas básicos, estabelece as condições e o que um centro de equoterapia deve ter e como deve ser o animal utilizado na terapia. Também autoriza o poder público a reconhecer a equoterapia como método terapêutico de habilitação, ou reabilitação, física e/ou mental, de pessoa com deficiência e método educacional que favorece a alfabetização, a socialização e o desenvolvimento global de alunos com necessidades educativas diferenciadas.

Já tendo sido aprovada pelas Comissões de Educação, Cultura e Esporte, Comissão de Reforma Agrária, de assuntos Econômicos, de assuntos sociais e atualmente aguarda aprovação da Câmara dos Deputados.

Segundo a Comissão de Assuntos Econômicos, no parecer de 24/04/2012, que dispõe sobre a regulamentação da prática da Equoterapia, são indiscutíveis os benefícios da Equoterapia na socialização, aprendizado e reaprendizado das pessoas portadoras de necessidades especiais.

“Um exemplo de instituição que pugna pela equoterapia é a Divisão de ensino Especial, da Secretária de Educação do Distrito Federal, que reconhece a prática da Equoterapia como método educacional que favorece a alfabetização, a socialização e o desenvolvimento global de alunos portadores de necessidades educativas especiais.” (Senado Federal, Comissão de Educação, Cultura e Esporte, Parecer Nº 1371 de 2012, que dispõe sobre a Equoterapia, Relator Mozarildo Cavalcanti. p.3).

Além do projeto 264 de 2010, aguarda aprovação da Câmara dos Deputados desde o ano de 2005, o Projeto de Lei do Senado nº 456, de 2003, que acrescenta dispositivo à legislação vigente, a fim de tornar disponível a equoterapia no Sistema Único de Saúde.

“Art. 18 Parágrafo único. Os serviços especializados de que trata a alínea “c” do inciso II do parágrafo único do art. 2º desta Lei, que integram o Sistema Único de Saúde, da rede própria, contratada ou conveniada, observadas suas especificidades, colocarão à disposição, entre outras terapias, o recurso terapêutico de equoterapia para habilitação e reabilitação de pessoas portadoras de deficiência.” (Senado Federal, parágrafo único ao art. 18 da Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, que dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, para tornar disponível a equoterapia no âmbito do Sistema Único de Saúde).

Estas conquistas são de suma importância não só para a regulamentação da Equoterapia como instrumento na reabilitação, mas principalmente, para garantir a presença deste recurso na rede pública de saúde.

2.2 AS Andaduras do Cavalo

O cavalo possui três andaduras naturais – passo, trote e galope – sendo que as demais são adquiridas com o adestramento. Na equoterapia, as sessões são desenvolvidas com o cavalo ao passo. ANDE/BRASIL (2004).

O trote e o galope são andaduras saltadas, ou seja, entre um lance e outro, o cavalo executa um salto, existe um tempo de suspensão, em que ele não toca seus membros no solo. Em consequência, seu esforço é maior, e seus movimentos mais rápidos e bruscos exigem do cavaleiro mais força para poder acompanhar o animal. Por isso, estas andaduras só podem ser usadas em pacientes na fase pré-esportiva, por apresentarem boas condições motoras.

Segundo Wickert (2001), a andadura ao passo é simétrica, porque as variações da coluna vertebral em relação ao eixo longitudinal do cavalo são simétricas; é rolada, porque não existe tempo de suspensão, ou seja, sempre existem membros em apoio; e é a quatro tempos, porque ouvem-se quatro batidas distintas entre o elevar até o pousar de um determinado membro. “O passo é a andadura mais lenta, resultando em menores e mais duradouras reações sobre o praticante, permitindo uma melhor observação e análise por parte da equipe que o acompanha.” (WICKERT, 2001).

Na equoterapia, o cavalo surge como instrumento cinesioterapêutico⁵, agente pedagógico e de inserção social, ANDE/BRASIL (2004).

O movimento do cavalo deve ser ao passo, regular e ritmado, a fim de promover o ajuste tônico desejado, assim a cada movimento haverá necessidade da busca pelo equilíbrio.

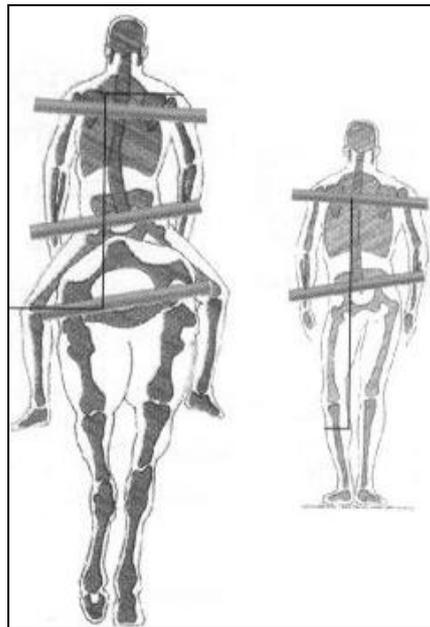


Figura 1: Demonstração do paralelismo entre passo do homem e do cavalo.
Fonte: Adaptado de Bernardes e Thomaz (2003).

O passo é a andadura básica da equitação e a mais utilizada na equoterapia. O cavalo produz uma série de movimentos simétricos, simultâneos e sequenciados que resulta no movimento tridimensional da coluna vertebral do praticante, cujos três eixos são: vertical, para cima e para baixo; frontal, para direita e para esquerda; e sagital, para frente e para trás. Tal movimento é transmitido ao

⁵ A cinesioterapia é definida etimologicamente como a arte de curar, utilizando todas as técnicas do movimento. Licht (1965) definiu exercício terapêutico como “movimento do corpo ou das partes corporais para alívio de sintomas ou melhorar a função”. Fonte: <http://www.cinesioterapia.com/>. Acesso em: 02/03/2014

cavaleiro pelo contato de seu corpo com o do animal, gerando movimentos mais complexos de rotação e translação. Wickert (2001)

O andar do homem é semelhante ao do cavalo ao passo. O peso corporal desloca-se durante a marcha para frente pelo deslocamento de centro de gravidade e, para não tomarmos, ocorre o passo, retomando o equilíbrio. O tronco gira em seu eixo vertical, a cintura escapular e a pelve se contrapõem dissociando-se. Durante o ciclo da marcha ocorre um deslocamento de peso alternado os lados.

O cavalo realiza ciclos de movimentos análogos ao ciclo do homem durante o passo. Este subdividi-se em quatro fases: levantar, sustar, e apoiar as pernas.

Ainda segundo Wickert (2001), a ação tridimensional de seu dorso e a repetição desses movimentos de 1 a 1,5 por segundo, proporciona entre 1.800 a 2.250 ajustes tônicos em meia hora, que é o tempo médio de duração de uma sessão de equoterapia. Esse ajuste tônico ritmado resulta em uma mobilização osteoarticular que determina um número impressionante de informações proprioceptivas. Esse sistema promove as percepções (propriocepção), consciente e inconsciente das diferentes partes do corpo.

A tridimensionalidade dos movimentos gerados pela montaria é o aspecto mais importante na equoterapia, pois promove ganhos físicos e psíquicos. ANDE/BRASIL (2009).

Considerando-se o exposto acima a movimentação produzida pelo deslocamento do cavalo ao passo é um estímulo fundamental ao sistema nervoso central das pessoas que apresentam comprometimentos no campo do equilíbrio, coordenação motora e regulação do tônus muscular.

Segundo Wickert (2001), é por meio da ligação existente entre o assento do cavaleiro e o dorso do animal, que os movimentos tridimensionais são transmitidos ao cérebro, através de seu sistema nervoso, gerando respostas que irão ativar seu organismo, uma vez que o mesmo é incapaz de gerar os movimentos por si só.

Os movimentos do cavalo produzem no tronco e pelve do cavaleiro: rotação anterior da pelve, deslocamento para frente e flexão lateral, quando os membros do cavalo agem diretamente sobre ele ao se deslocarem. Até hoje, nenhum aparelho foi inventado ou construído para replicar, com perfeição, os movimentos tridimensionais e multidirecionais do cavalo sobre o cavaleiro. (SEVERO, 2002, p. 27)

Se considerarmos os comprometimentos das crianças com paralisia cerebral, que tem graves dificuldades motoras, atrasos para rolar, sustentar a cabeça e sentar; e que em sua maioria, nunca tiveram a oportunidade de caminhar com autonomia, não é difícil imaginar que o cavalo oferece uma série de estímulos fundamentais para novas aquisições de pessoas com paralisia cerebral, bem como oportuniza a vivência de experiências completamente novas. Durante a montaria lhes é dada a oportunidade de experimentar posturas ainda não alcançadas, movimentos de membros e sensações novas retardadas pela falta de condição motora. É muito gratificante ver a transformação no semblante dessas crianças durante a montaria. Colocar a criança sentada sobre o animal e vê-la sustentar a cabeça por alguns instantes ou ainda colocá-la de bruços e perceber a sua procura pelo estímulo que lhe é fornecido mostra que a falta de controle sobre o corpo pode ser aos poucos trabalhada.

2.3 Programas de Equoterapia

De acordo com a ANDE-BRASIL (2004), a equoterapia dispõe de quatro programas básicos, estes são classificados segundo os propósitos a serem alcançados e com as capacidades física e mental do praticante. São eles:

- **Hipoterapia:** O cavalo é instrumento cinesioterapêutico. O paciente não tem condições físicas e/ou mentais para se manter sozinho sobre o animal ou seja, há necessidade de um equipe especializada para execução dos exercícios. Este é o programa no qual se enquadram as crianças atendidas no projeto.
- **Educação/reeducação:** O cavalo é facilitador do processo ensino-aprendizagem. Neste caso o praticante tem condições de exercer alguma atuação sobre o cavalo e conduzi-lo, dependendo em menor grau do auxiliar guia e do auxiliar lateral.
- **Pré-esportivo:** O cavalo é utilizado como promotor da inserção social. O praticante possui condições de domínio sobre o animal, no entanto não pratica equitação. A ação do profissional de equitação é mais efetiva, porém

a orientação e o acompanhamento de profissionais da área da saúde continuam necessários. ANDE-BRASIL (2004),

- Esportivo: Este programa visa preparar o praticante com deficiência para competições paraesportivas, com os objetivos de melhorar a autoestima, autoconfiança e a qualidade de vida; busca de prazer pelo esporte enquanto estimulador de efeitos terapêuticos, promover a inserção social e preparar atletas de alta performance. ANDE-BRASIL (2004),

2.4 As Contribuições da Equoterapia para o Aprendizado e Desenvolvimento de Crianças com Paralisia Cerebral

O aprendizado é um aspecto universal do processo de desenvolvimento das funções psicológicas culturalmente organizadas. O aprendizado humano pressupõe uma natureza social, constituído em um processo pelo qual as crianças penetram na vida intelectual da sociedade e da cultura em que estão inseridas. Cândido, (2004, P. 24).

De acordo com Vygotsky, a aprendizagem ocorre através da interação entre o indivíduo e seu ambiente, no entanto para que se desenvolvam as capacidades de manter a atenção, desenvolver linguagem, estabelecer vínculos afetivos e a autoconfiança é de suma importância que haja qualidade nesse processo.

Cada experiência sensorial proporciona um novo estímulo cognitivo valioso, pois estimulam a formação das chamadas sinapses, conexões que favorecem a comunicação entre os neurônios. Quanto mais sinapses se formarem, melhores serão as capacidades cognitivas e maior será o aprendizado ao longo da vida. Conforme Oliva et. al. (2009), visto que as crianças com Paralisia Cerebral têm suas relações sociais atravessadas por suas necessidades terapêuticas e limitações físico-cognitivas, faz-se necessário potencializar o desenvolvimento global desses indivíduos, através de novas possibilidades.

Segundo Severo et. al. (2010), a equoterapia possibilita trabalhar o equilíbrio, lateralidade, esquema corporal, atividades viso espaciais, a psicomotricidade fina e grossa, disciplina e outras habilidades relacionadas à aprendizagem.

Quando a criança desenvolve o equilíbrio torna-se apta a ver o mundo em posição vertical, a sustentação da cabeça é de suma importância para que a criança possa visualizar os diversos estímulos e tudo aquilo que lhe é ensinado. Portanto, não é incorreto dizer que a criança que ainda não alcançou o controle da cabeça está sujeita a ter atrasos no seu desenvolvimento cognitivo, psicossocial, afetivo, além do desenvolvimento propriamente motor.

O equilíbrio postural tem fundamental importância no relacionamento espacial do organismo com o ambiente. Os sistemas que colaboram para a manutenção do equilíbrio são: visão, a sensibilidade proprioceptiva e o aparelho vestibular. Com a perfeita integração desses sistemas, em nível cerebral, juntamente com memórias de experiências prévias, a correta postura do indivíduo é determinada e, portanto, qualquer disfunção nestes sistemas pode desencadear sintomas de falta de equilíbrio. (LIMA et. al. apud LEMOS, 2010, P. 4-5).

Filho et. al., (2003) mostra em seu estudo que equilíbrio e as demais habilidades motoras são determinadas pela maturação nervosa primeiramente, e posteriormente, sua evolução depende da influência do meio. Por isso faz-se necessário iniciar a prática em equoterapia para as crianças com paralisia cerebral desde cedo. Estimular as áreas afetadas e lhes proporcionar experiências ricas e variadas, pois é necessário que a criança durante seu processo de desenvolvimento aprenda a controlar seu equilíbrio, a fim de conquistar a estabilidade postural e, conseqüentemente, a possibilidade de executar movimentos os mais bem sucedidos possíveis. Para Silva et al., (2000) o movimento humano é uma interação da maturação dos sistemas corporais somado com a experiência no seu ambiente.

De acordo com Severo e Candiata (2010), o uso do cavalo deve ser o mais ativo possível, com jogos e exercícios de destreza e equilíbrio. Os autores também descrevem os quatro níveis de ação terapêutica exercidos pelo cavalo: neuromotor, neuropsicológicos, funções cerebrais superiores e reabilitação social, as duas últimas em níveis mais avançados de montaria. Nota-se que em todas há uma relação com o aprendizado, seja ele no que diz respeito a um desenvolvimento global do sujeito ou num âmbito mais restrito, focado em habilidades escolares, por exemplo. No aspecto neuromotor a ação terapêutica se dá pela ação natural que o ato de montar o cavalo ao passo imprime ao corpo do praticante quando ele relaxa e

busca alcançar o equilíbrio, bem como as correções posturais que são feitas durante a montaria.

Já no campo neuropsicológico os autores destacam que as ações que o cavalo e o cavaleiro exercem um sobre o outro provoca reações orgânicas no cavaleiro. Ao longo da prática equoterápica o cavaleiro vai relaxando e seu corpo vai sendo impulsionado para frente e para trás, de um lado para o outro, levando o praticante a buscar o ajuste corporal, a fim de se equilibrar, também ao promover movimentos no intuito de direcionar o animal, ações e reações que aos poucos vão sendo internalizadas pelo cavaleiro e se desenvolvem de forma natural e lúdica.

Lima (2010) explica que a Equoterapia ao utilizar o cavalo como forma de estímulo sensório-motor oportuniza o conhecimento e reestruturação corporal. A aquisição da consciência dos limites do próprio corpo é um aspecto importante do processo de diferenciação do eu e do outro e da construção da identidade. A troca entre cavalo e cavaleiro, citada pela autora, colabora nessa construção do processo de individuação e identidade, visto que leva a interação e desenvolve a capacidade de pensar o outro.

No que se referem às funções cerebrais superiores, Severo e Candida (2010) descrevem que nesse nível o praticante melhora a concentração, pode ter melhora do controle da agressividade, da expressão e extroversão e a serenidade. Possibilita ao cavaleiro uma visão diferenciada e um maior domínio nas ações da montaria, pois as informações sensoriais que chegam dos centros neurais superiores de integração são trabalhados constantemente.

Ao estimular o desenvolvimento sensório motor da criança com necessidades especiais a equoterapia contribui para o desenvolvimento global, pois em uma perspectiva interdisciplinar de intervenção são planejadas atividades que englobam o aspecto físico, cognitivo, emocional e educacional.

E por último a Reabilitação Social é a pratica exercida no programa pré-esportivo e esportivo. Que visa à inserção social do praticante.

CAPÍTULO III

PESQUISA DE CAMPO

A pesquisa foi realizada no Centro de Equoterapia Conviver⁶ a partir de minha participação no projeto de pesquisa: Atendimento Precoce em Equoterapia para Crianças com Encefalopatia Crônica da Infância, coordenado pela professora Vanessa Christina Breia, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, o qual atende crianças com Encefalopatia Crônica não progressiva da Infância, também conhecida como Paralisia Cerebral.

Durante 18 meses tive a oportunidade de atuar junto à equipe no atendimento em equoterapia de três crianças, uma menina e dois meninos. Cada um com características diferenciadas, apresentando comprometimentos distintos, no entanto, todos diagnosticados com Paralisia Cerebral.

Antes de iniciar os atendimentos das crianças toda equipe já havia passado por um período de estudo, em que foram estudados artigos sobre: equoterapia, paralisia cerebral, desenvolvimento infantil, educação Infantil, entre outros que colaboraram para o enriquecimento teórico da pesquisa.

Também foi necessário trabalhar a nossa aproximação, e o manejo da égua e a seguir tivemos algumas aulas de montaria, o que me possibilitou a perda do medo do cavalo, estabelecer uma intimidade com o animal, o reconhecimento de situações de estresse para o animal e como lidar com ela, além de um olhar mais experiente em relação à vivência no picadeiro.

3.1 O Projeto Atendimento Precoce em Equoterapia para Crianças Portadoras de Encefalopatia Crônica da Infância

⁶ **Centro de Equoterapia Conviver:** Na época, atendia na Hípica Pedra Branca, localizada na Rua Suécia, sem número, no bairro Várzea das Moças, em Niterói- RJ.

O projeto de pesquisa é desenvolvido pela UERJ em parceria com a Associação Fluminense de Reabilitação (AFR) e o Centro de Equoterapia Conviver (CEC). E tem por objetivo atender gratuitamente crianças portadoras de Encefalopatia Crônica da Infância a fim de verificar as possíveis contribuições da referida terapia, quando iniciada precocemente, para o desenvolvimento global dessas crianças. Digo precocemente, por não haver bibliografia acerca da utilização da equoterapia com indivíduos em tão baixa faixa etária.

Foram selecionadas na AFR para participar do projeto quatorze crianças com idade inicial entre 13 e 39 meses, através do estudo dos prontuários dos pacientes da Associação, sendo respeitados critérios de contra-indicação para a prática em equoterapia. Portanto, crianças que além de Paralisia cerebral apresentam ECI do tipo Hipotônica, Instabilidade Atlantoaxial⁷, Luxação de quadril, Crises convulsivas fora de controle, cardiopatias graves, nefropatias graves, escoliose estrutural acima de 40° e insuficiência respiratória não puderam participar do projeto.

Todas as crianças que participam do projeto são atendidas na AFR nos setores de fonoaudiologia, psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional. Através do estudo detalhado dos prontuários foram selecionadas quatorze (14) crianças com Encefalopatia Crônica não Progressiva, divididas por sorteio em dois (2) grupos de sete (7) crianças, um que praticou a equoterapia, além das terapias fornecidas pela AFR e outro com mais sete (7), que foi chamado de grupo controle, pois não praticaram a equoterapia, no entanto tiveram sua evolução acompanhada e avaliada pelos mesmos instrumentos.

Foi muito difícil para a equipe encontrar crianças que estivessem aptas a integrar a pesquisa, pois as restrições de idade, condições clínicas e o alto índice de internações desses bebês faziam com que os possíveis candidatos tivessem que deixar o grupo. Com isso a coordenação da pesquisa decidiu diminuir um pouco a faixa etária do grupo, tentando não se distanciar muito da idade de conclusão do calendário de vacinas, a fim de que elas estivessem o máximo possível imunizadas.

Selecionadas as crianças, foi dado início às primeiras avaliações.

⁷ **Instabilidade Atlantoaxial:** alteração que consiste em um aumento do espaço intervertebral entre a primeira e segunda vértebra da coluna cervical.
Disponível em: <http://www.spr.org.br/files/public/magazine/public_89/171.pdf>. Acesso em: 06/01/2014

3.1.2 Procedimentos

Os pais responderam uma anamnese composta de questões relevantes sobre o histórico geral dos participantes desde a gestação até seu estado atual de saúde e desenvolvimento. Depois foi aplicado o Inventário da Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI). O planejamento das atividades equoterápicas considerou as respostas da anamnese, bem como do PEDI de forma a garantir a adequação do atendimento individual.

Uma série de testes psicomotores foi realizado antes do início das atividades e consistia de avaliações do estado de consciência, resposta visual, auditiva, interação com o meio, movimentação, tônus muscular, posturas, reflexos, comunicação e linguagem.

3.1.3 Instrumento

O Inventário da Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI) é uma escala norte-americana traduzida para o português por Mancini e adaptada para as especificidades socioculturais do Brasil. É um teste padronizado baseado em julgamento, realizado por meio de entrevista estruturada com os pais ou o principal cuidador da criança que possam informar sobre o desempenho funcional em atividades da rotina diária da mesma. Visa caracterizar aspectos de habilidades funcionais na área de autocuidado, mobilidade e função social na faixa etária entre seis meses e sete anos e meio de idade.

Segundo Mancini (2005), o teste PEDI foi desenvolvido com os seguintes propósitos: fornecer uma descrição detalhada do desempenho funcional da criança, prever seu desempenho futuro e documentar mudanças longitudinais no seu desempenho funcional.

Toda a equipe interdisciplinar pode participar de sua aplicação, visto que abrange aspectos de autocuidado, mobilidade e função social. Foi muito interessante perceber o quanto é complexo, para os responsáveis, detalhar as capacidades motoras e cognitivas de seus filhos, através das relações do cotidiano familiar. Assim como a postura e o olhar que esses responsáveis têm no trato

cotidiano, através da aplicação do PEDI e o que elas revelam do processo de desenvolvimento.

Muitos dos responsáveis não sabiam dizer se a criança era capaz de realizar determinada ação sem auxílio de terceiros, questionados sobre o porquê disso, constatamos que os pais simplesmente nunca haviam dado a oportunidade dessa criança tentar fazer determinada atividade sozinha. Neste sentido, o PEDI além de nos informar sobre as habilidades/dificuldades presentes foi um instrumento potente de trabalho com os pais no sentido de estimulá-los a oportunizar novas experiências para essas crianças, a fim de que suas potencialidades não sejam ignoradas e que haja uma maior contribuição para o seu desenvolvimento.

Quantas possibilidades podem ser trabalhadas desde muito cedo?

Cabe lembrar também que grande parte dos pais sofre uma sobrecarga de atividades, pois além de cuidar do filho, da casa e trabalhar para seu sustento, há uma necessidade de atenção especial, muitas internações hospitalares, visitas semanais a clínicas de reabilitação, e no caso das crianças do projeto, seus pais não contam com um profissional em casa para auxiliar nas atividades do lar. A necessidade de muitas vezes fazer tudo pelas crianças, seja por que é mais ágil e acaba se tornando uma ação já internalizada, não possibilita aos pais perceberem que podem estar retirando um estímulo valioso da criança. Por isso, nossa equipe sempre conversava com os responsáveis dando orientações que pudessem contribuir com o novo olhar desses pais para seus filhos.

Para nós que estávamos aplicando o PEDI também foi um aprendizado no que diz respeito à sensibilidade no trato com os pais, à maneira de fazer as perguntas, quais perguntas poderiam ser evitadas mediante a anterior, pois já indicava a resposta da próxima.

3.1.4 Os Atendimentos em Equoterapia

Os atendimentos em equoterapia acontecem no Centro de Equoterapia Conviver, uma vez por semana, em sessões individuais.

Cada sessão conta com a participação da égua (nesse caso em específico, no entanto cavalos também são usados com esse mesmo fim) chamada Turquesa, um profissional para guiar o animal, uma psicóloga, que coordena o projeto, uma fisioterapeuta e uma estudante de pedagogia, que é aluna da FFP.

Os profissionais planejam as atividades a serem desenvolvidas durante o atendimento e realizam o mesmo em equipe. As atividades são pensadas individualmente para cada criança e de acordo com suas necessidades e possibilidades.

Como cada criança apresenta um tipo diferente de comprometimento, e estão em fases diferentes do desenvolvimento neuropsicomotor. Assim, o enfoque é em promover o desenvolvimento de habilidades ainda não conquistadas ou ainda criar estratégias adaptativas para um desempenho funcional favorável à criança. A equipe pensa em posições que durante a montaria vão estimular a sustentação do tronco e o direcionamento da cabeça e mãos para posição desejada. Planejando estratégias que tornem essa atividade o mais prazerosa possível, além de incluir um repertório de novas habilidades necessárias que estejam a favor do desenvolvimento global da criança. Tudo através de atividades lúdicas e focadas na criança.

Seguindo a linha de trabalho do Projeto de pesquisa, no que se refere à utilização das cantigas como forma de marcação do tempo, ritmo e expressão Fregtman apud Santos (2003 P. 14) conceitua três níveis de manifestação expressiva: A linguagem sonora que estimula a emoção e está relacionada às expressões corporais como gestos, posturas, movimentos, voz. A linguagem corporal responde ao chamado verbal ou musical, os quais soam determinados significados simbólicos, apreendidos nas relações sócio-afetivas. E a linguagem verbal é inserida para nomear as ações sejam elas musicais ou corporais. Através dos gestos as cantigas vão tomando sentido concreto para as crianças, é uma relação que expressa como “eu sacudi, sacudi, sacudi mas a formiguinha não parava de subir” com a movimentação a terapeuta mostra fisicamente a música, trabalhando ainda com a imaginação da criança, pois não há uma formiga real presente naquele momento, mas que no contexto do imaginário leva ao movimento.

Na terapia os atendimentos se valiam dessa relação música-afetividade para marcar perante as crianças os seus momentos. Uma organização temporal que aos poucos as crianças vão internalizando e construindo para si uma rotina que lhes possibilita saber quais serão os próximos momentos da terapia.

Num estágio inicial o animal é apresentado à criança e a seus acompanhantes que em geral são os pais. A seguir tentamos uma aproximação, onde é possível segurar uma das mãos dela e passar no pelo da égua.

No primeiro atendimento houve um investimento no acolhimento das famílias e crianças e sua aproximação com a equipe e a égua. Uma de nossas terapeutas sugeriu que primeiramente fizéssemos a aproximação dos pais com a égua, a fim que eles perdessem um pouco do medo do animal e se sentissem mais seguros com o mesmo, evitando assim futuros problemas, como se assustarem com movimentos ou reações do cavalo e acabarem transmitindo seu medo para as crianças, pois isso iria atrapalhar todo o trabalho.

Assim foi feito, aos poucos na primeira sessão os responsáveis conseguiram ficar bem próximos e acariciar o pelo da égua, com as crianças no colo mantiveram-se relaxados por um período de tempo. Além de termos conversado para explicar como se dá o manejo do animal, no picadeiro, posturas de segurança e também aproveitamos para tirar todas as dúvidas que eles tinham em relação à prática da terapia. Na realidade esta disponibilidade para acolher as dúvidas dos pais se manteve durante toda a execução do projeto e acreditamos que foi fundamental para o desenvolvimento do projeto.



Figura 2: Pai do Victor conhecendo a Turquesa.
Fotografo: Daniele Alves em 28/07/10.



Figura3: Aproximação da mãe do Victor com a égua.
Fotografo: Daniele Alves em 28/07/10

Algumas vezes a criança chegava dormindo e era necessário um tempo para acordá-la e iniciar a sessão, ou então a criança chegava cansada e irritada por algum motivo anterior à terapia, e chorava muito antes mesmo de iniciar a sessão. Com isso nem sempre elas estavam bem dispostas para participar dessa primeira fase do atendimento, então a equipe optava por colocá-la direto no cavalo e

começar a andar, na maioria das vezes bastava isso para a criança se acalmar e participar da atividade.

3.1.5 A Organização das Atividades Desenvolvidas

Foi estabelecido que os atendimentos respeitassem uma rotina, a fim de proporcionar uma segurança maior para as crianças. Essa rotina se dava da seguinte forma: Acolhimento da criança e da família, aproximação do animal, montaria e despedida.

Devido à montaria ser uma atividade de grande exigência física algumas crianças iniciaram os atendimentos com 7 minutos de duração sobre o cavalo e ao longo do tratamento conseguiram aumentar esse tempo para até 30 minutos, tempo esse que foi sendo conquistado pela própria criança, através de suas reações às atividades e como ela estava disposta naquele dia. Tudo isso foi necessário para evitar uma sobrecarga de estímulos para a criança e também fadigas desnecessárias que não iriam contribuir em nada para a terapia.

O espaço de acolhimento das famílias foi preparado pela equipe para que os responsáveis pudessem ficar sentados num espaço onde tivessem uma ampla visão do picadeiro. Toda área da hípica é muito arborizada, proporcionando um ambiente agradável e relaxante. Foram colocados tatames no chão, pois o mesmo é de terra e uma tenda sobre eles, a fim de proteger do sol e da chuva. Alguns brinquedos foram selecionados (sonoros, coloridos, com texturas variadas, etc.) para serem usados de acordo com as necessidades e interesse das crianças.



Figura 4: Área de acolhimento, ao fundo, vista a partir do picadeiro.
Fotografo: Daniele Alves em 06/10/10

Durante o acolhimento a equipe investia na aproximação com a criança e os pais, aproveitavam para conversar e verificar como foi a semana da criança, como estava seu estado de saúde e seus avanços. Neste momento, a fisioterapeuta colocava a criança no tatame, ali ela realizava alguns exercícios de alongamento, massagem, verificava as condições da criança apresentava naquele dia como: se estava desperta e bem disposta.



Figura 5: Acolhimento do Victor Hugo e sua família.
Fotografa: Daniele Alves, em: 28/07/10 .



Figura 6: Acolhimento Daniela, brincando com estímulos sonoros.
Fotografa: Daniele Alves, em 18/08/10

Depois uma das terapeutas pegava a criança no colo e direcionava para o picadeiro, onde a égua já aguardava para iniciar a sessão.

Uma preocupação da equipe era estabelecer uma comunicação participativa com as crianças. Tudo que iria ser feito antes era comunicado a elas, de forma a prepará-las e deixá-las seguras diante de tantas novidades. Estabelecer uma relação de afeto, respeito e confiança foi muito importante para a aceitação da equipe por parte das crianças.

A aproximação com a égua foi um importante momento para que, respeitando o tempo da criança, pudéssemos promover a interação entre eles e dessa forma desconstruir qualquer possível receio que a criança pudesse ter em relação ao animal e construir uma relação afetuosa. Também era nessa fase que trabalhávamos o estímulo sensorial através do tato, cheiro, visão e audição quando a criança ia sendo estimulada a conhecer aquela que seria sua companheira durante o atendimento, utilizando o próprio corpo para isso.



Figura 7: Turquesa com presilhas coloridas
Fotografa: Daniele Alves em: 28/07/10.



Figura 8: Daniela conhecendo a égua.
Fotografa: Daniele Alves em: 08/04/10

A sessão sobre o cavalo se iniciava com a aproximação da criança em relação ao animal. As crianças eram levadas a acariciar o pelo da égua com as mãos e os pés, a fim de proporcionar o estímulo sensório-motor e relaxamento. Este relaxamento é condição para abrir as mãos, um passo muito importante para aquisição de novas habilidades motoras e cognitivas, como manipular objetos, acariciar, apoiar com as mãos, escrever, alimentar-se sozinho, vestir-se e todas estão diretamente relacionadas com a conquista de uma maior independência.

Essa atividade também foi importante para trabalhar o vínculo afetivo e a socialização das crianças através do toque. O tato possibilita a construção de vínculo, a expressão de sentimentos, o reconhecimento do outro, abrindo um canal de comunicação poderoso.

As sensações táteis são experiências afetivas que contribuem para o desenvolvimento infantil. Desde a gestação o bebê recebe as informações emocionais da mãe, mais tarde no colo o toque promovido pelos cuidados e carinhos são fundamentais para que registros de sensações agradáveis sejam internalizados pelo bebê.



Figura 9: Daniela fazendo carinho na Turquesa, estimulação tátil.
Fotografia: Vanessa Breia em: 18/08/2010

Algumas culturas usam o toque através da massagem como forma de proporcionar um desenvolvimento mais pleno, aliviar sintomas de desordem orgânica e promover carinho a seus bebês. O toque é prazeroso não somente para quem o recebe, mas também para quem o faz, pois é um momento de troca onde ambos estabelecem uma conexão afetiva.

A partir dessa atividade, o toque ganha um novo significado, além da segurança transmitida, passa a estar associado ao afeto e à troca de prazer, tão fundamental em corpos que vivenciam situações extremas de privação por um lado e de excessiva manipulação por outro.

Vale resaltar que o animal correspondia a cada prática de carícia, entusiasmo ou insatisfação dos praticantes. A equipe pode perceber que a égua quando estava próxima ao praticante Victor Hugo solicitava contato com o mesmo, seu olhar se voltava para ele, tentando cheirá-lo e tocá-lo com a cabeça buscava estabelecer uma relação o que para a criança é um estímulo extraordinariamente rico. Ao mesmo tempo em que ela se mostrava agitada quando a criança estava excessivamente chorando e não participativa. Contudo, coube à equipe usar tais fatos a favor da criança e desenvolver atividades que potencializassem o que era benéfico e contornar as situações que não eram desejáveis para a terapia.

A montaria é a parte do atendimento onde há um maior investimento no que se refere às atividades, pois toda a equipe se organizava de maneira a contribuir com o bom andamento das atividades propostas para aquele dia. O tempo em que cada criança permanecia sobre o animal era individual e foi sendo estabelecido ao

longo das sessões, de acordo com a resposta de cada praticante, mas nunca ultrapassando 30 minutos. Era durante a montaria que a terapeutas realizavam brincadeiras, jogos, posições diferenciadas, exploração do ambiente, tudo com a utilização de cantigas que visavam contribuir com a atividade proposta. Conforme SANTOS, (2003) nos brinquedos cantados encontra-se o canto, a poesia, a dança, a brincadeira, o compartilhar, os quais resumem a interação entre: Música, brincadeira e movimento; aprender, criar e acalantar; viver, imaginar e sonhar; crescer, reestabelecer e curar.

A relação entre a função motora e cognitiva nos mostra que as experiências motoras vivenciadas desde a tenra infância têm papel fundamental no desenvolvimento das funções cognitivas, visto que é no plano material que acontece a troca de informações entre corpo e ambiente, pela manipulação de objetos, pelo contato físico, pela imitação de ações e etc. E é através do sistema sensório-motor que nosso cérebro capta essas informações e as traduz em forma de novos conhecimentos, segundo as cotribuições de Villobor e Vaz (2010).

As autoras afirmam que crianças com quadros motores mais graves podem ter funções cognitivas, como percepção auditiva, somatossensorial e de raciocínio dentro do padrão de normalidade se forem expostas a um ambiente enriquecido e à interação social intensa. Dessa forma, vejo as atividades desenvolvidas na equoterapia precoce, como uma grande aliada para possibilitar a essas crianças o desenvolvimento de suas potencialidades e facilitar o seu acesso à escola.

É nessa etapa que o movimento do cavalo fornecia o estímulo neuropsicomotor que a criança não tem, por ainda não ter alcançado a marcha independente. Assim, as terapeutas se valiam desse fator para trabalhar movimentos e posturas que essas crianças ainda não conseguiam realizar sozinhas, além de explorar o corpo como forma de promover a construção do esquema corporal.

O esquema corporal não é um conceito aprendido, que se possa ensinar, pois não depende de treinamento. Ele se organiza pela experiencição do corpo da criança. É uma construção mental que a criança realiza gradualmente, de acordo com o uso que faz de seu corpo. É um resumo e uma síntese de sua experiência corporal (OLIVEIRA, 1997, 51-52).

A despedida é a etapa que inicia quando as terapeutas percebem que a criança já atingiu o seu limite sobre o cavalo, através de pequenas alterações nas

respostas aos estímulos. Assim, iniciava-se uma cantiga mais calma com intuito de promover o relaxamento e informar que acabou a sessão. Após o término da montaria, a criança era levada para acariciar e se despedir da égua e em seguida conduzida para área de acolhimento, onde era entregue a seu acompanhante.

3.2 Estudo de Caso: O Olhar de uma Pedagoga para cada Praticante

3.2.1 Praticante Victor Hugo de Souza

O Victor Hugo foi para mim o praticante mais difícil para trabalhar, visto que ele era a criança que apresentava maior comprometimento motor. Pegá-lo no colo foi um desafio, por causa dos músculos hipertônicos, dos espasmos e seu peso corporal. As posições ideais para segurá-lo foram sendo adquiridas ao longo dos encontros.

Seu histórico é uma confirmação do que a literatura por mim estudada informava sobre a possibilidade da Paralisia cerebral ser evitada. Fica claro, com o relato da mãe, que os problemas no sistema de saúde brasileiro são o principal causador do sofrimento de muitas famílias.

O menino mora com seus pais e o irmão mais velho no bairro Mutondo, no município de São Gonçalo- RJ. Nasceu no mesmo município, com 42 semanas de idade gestacional, de parto cesariano, tendo como causa da Paralisia Cerebral Incompatibilidade Sanguínea do fator Rh, sendo que sua mãe afirma ter sido vacinada, conforme indicação médica, uma vez que a incompatibilidade sanguínea já havia sido constatada na primeira gravidez.

Victor ficou 15 dias internado na UTI neonatal, período no qual recebeu o diagnóstico. Inicialmente foi amamentado por sonda, passando posteriormente para mamadeira.

Nas incompatibilidades sanguíneas ou outras desordens hemolíticas em recém-nascidos, a bilirrubina indireta pode alcançar níveis críticos, levando ao risco de deposição nos gânglios da base e à encefalopatia por kernicterus. Quanto mais imaturo o RN, maior sua susceptibilidade. A coreoatetose está diretamente relacionada à hiperbilirrubinemia, bem como a deficiência auditiva. (CÂNDIDO, 2004, p. 14)

O Victor interagia com o meio e com as terapeutas, atrás de expressões faciais, ele tinha um sorriso muito espontâneo quando brincávamos com ele ou falávamos algo que ele gostava. Ele fixa o olhar e acompanha objetos, mas tem dificuldade motora de acompanhar movimentos látero-lateral, apresenta movimentação involuntária, movimentos vermiformes dos dedos, espasmos, torção de língua, tônus muscular hipertônico dos quatro membros, tanto em repouso quanto em movimento. Mantêm as mãos fechadas a maior parte do tempo, não sustenta o tronco e nem a cabeça e só é capaz de se manter sentado somente com apoio. Faz uso de medicamento para controlar convulsão.

Ele iniciou a equoterapia com 29 meses de idade. Em seu primeiro atendimento Victor Hugo foi acompanhado pelo pai e pela mãe. Houve um primeiro momento no qual a equipe investiu na aproximação dos pais do praticante com a égua, para eles perderem o medo do animal e assim evitar futuros transtornos por causa dessa insegurança. Acreditamos que a participação da família é fundamental para o processo de reabilitação, assim quanto mais familiarizados eles estiverem maiores serão as possibilidades de interação com o tratamento de seu filho.

Através de estimulação tátil, Victor demonstrou expressão de prazer no contato com a égua. Ao aproximar-se da égua e tocá-la expressava satisfação e o animal correspondia movimentando a cabeça em sua direção na busca do contato. A terapeuta segurava sua mão e alisava o pelo do animal de maneira que estimulasse a sua abertura, e muitas vezes esse objetivo foi alcançado. Também deixávamos o menino descalço para que alisasse o pelo com os pés para que ele pudesse sentir a textura através de diversas áreas do corpo.



Figura 10: Victor sentindo prazer em tocar a égua.
Fotógrafa: Daniele Alves, em 28/07/10.



Figura 11: Victor em atividade de montaria.
Fotógrafa: Daniele Alves, em 06/10/10.

Durante a montaria ia uma terapeuta de cada lado para apoiá-lo, mas procurávamos dar o mínimo de apoio possível para estimular a criança a tentar se manter erguida e não se apoiar nas nossas mãos. Ele conseguia sustentar a cabeça por um pequeno tempo.

Observamos que Victor tinha o hábito de fechar os olhos sempre que lhe era apresentada alguma novidade. Por isso toda mudança com ele era feita aos poucos e sempre com prévio aviso. Conforme a atividade ou ação ia se tornando rotineira o fechar de olhos ia cessando.



Figura 12: Victor, no colo da mãe, fazendo estimulação tátil, com os olhos fechados.
Fotógrafa: Daniele Alves, em 28/07/10.

Também foram realizadas atividades como brincadeiras cantadas, a fim de estimular o sua noção do esquema corporal, identificação das partes do corpo e sua movimentação, utilizando músicas como “Fui ao Mercado”, de autor desconhecido.

Exemplo: Fui ao mercado comprar café veio a formiguinha e picou o meu pé, eu sacudi, sacudi, sacudi, mas a formiguinha não parava de subir. Fui ao mercado comprar batata-roxa veio a formiguinha e picou a minha coxa, eu sacudi, sacudi, sacudi, mas a formiguinha não parava de subir. Fui ao mercado comprar mamão, veio a formiguinha e picou a minha mão, eu sacudi, sacudi, sacudi, mas a formiguinha não parava de subir. Fui ao mercado comprar jerimum veio a formiguinha e picou o meu bumbum, eu sacudi, sacudi, sacudi, mas a formiguinha não parava de subir.

A citada música era cantada ao mesmo tempo em que uma das terapeutas colocava a mão e movimentava a parte do corpo expressa na cantiga. Tudo isso durante o percurso do cavalo no picadeiro.

Ainda utilizávamos de músicas para dar ritmo e alegrar a atividade relacionando com a posição que o praticante estava. Os brinquedos cantados contribuem como instrumento de trabalho no cantar, dançar, brincar, interagir, expressar, criar, vivenciar e integrar pelo prazer. SANTOS (2003). Como a música “Indiozinho”, de domínio público, era muito utilizada enquanto o Victor estava nessa postura, às terapeutas gesticulavam, de acordo com a cantiga, mantendo contato visual com o menino.

Apesar de ele ter respondido bem algumas vezes, a equipe teve dificuldade para conseguir que ele virasse a cabeça para o lado esquerdo, mesmo com estímulos músicas, brinquedos sonoros e brincadeiras de chamar pelo nome da criança e se esconder atrás da égua. No entanto, quando era colocado de bruços, Victor em muitos momentos conseguia relaxar a ponto de levar a cabeça e as mãos à linha média, elevar a cabeça, por as mãos na boca e quando em posição de indiozinho conseguia até mesmo buscar o apoio do cilhão espontaneamente.

Devido à grande dificuldade motora, ele não consegue se expressar de forma inteligível, mas através de suas expressões faciais e movimentos, ainda que

descoordenados, fomos aprendendo a reconhecer suas insatisfações, e satisfações, assim podíamos dar um resposta aos anseios do menino.

Na hípica tem muitos outros animais como cachorros, gatos e cabras. Em certa ocasião um dos cachorros entrou na área de acolhimento durante o horário do Victor, o garoto demonstrou interesse pelo animal, se contorcia todo para o lado que o cão estava, então colocamos o cão perto dele para que pudesse tocar. A expressão do menino era algo fascinante, ele se empolgou tanto que foi necessário tirar o animal para que ele pudesse relaxar um pouco. Tudo isso deixou a equipe muito feliz, saber que aquele ambiente poderia proporcionar tantas experiências para crianças que tem um contato com o mundo tão reduzido, devido à dificuldade motora e outras dificuldades que a paralisia acarreta para vida de uma criança.

A família do Victor foi bastante participativa e colaborou com a equipe da pesquisa. A grande dificuldade encontrada por eles foi o acesso à hípica, pois foi necessário solicitar transporte adaptado da prefeitura de São Gonçalo para levá-lo e houve grande dificuldade para que a solicitação fosse atendida. Com isso, o praticante perdeu muitos dias de atendimento.



Figura 13: Atividade de aproximação da família, explorando o ambiente.
Fotografa: Daniele Alves, em 28/07/10.

Também vale destacar que o Victor tomava medicamentos para evitar convulsões e isso por muitas vezes o deixava muito sonolento atrapalhando a sua participação na terapia. Muitas vezes ele chegava à hípica dormindo. Por isso a família foi orientada a seguir o horário correto do medicamento, a fim de minimizar esse transtorno.

Segundo a mãe da criança, nos dias em que ele pratica a equoterapia ele consegue evacuar mais vezes e passou a dormir melhor.

3.2.2 Praticante Felipe Tavares C. L. Filho

Morador do bairro Icaraí, no município de Niterói – RJ. Nasceu na cidade de Campos- RJ, de parto cesariano, com idade gestacional de 36 semanas. Tendo como causa da paralisia cerebral uma infecção generalizada com quadro de hipoglicemia, “a hipoglicemia grave e prolongada pode estar associada à sequelas neurológicas”, (CÂNDIDO, 2004, p. 14), cinco dias após o nascimento. A criança ficou 15 dias internada para tratamento e só recebeu o diagnóstico de Paralisia Cerebral com três meses de idade. Foi amamentada no seio até os cinco meses e depois passou para mamadeira. Atualmente se alimenta de comida pastosa.

Em seu primeiro exame físico, aos 20 meses, apresentou movimentação espontânea; atraso no desenvolvimento motor, sentou com apoio e não se sustenta de pé; tem sensibilidade ao toque, principalmente nos membros superiores; não apresentou interação com a equipe, nem com o ambiente; não fixa o olhar, nem acompanhou objetos; apresentou estereotípias com as mãos e se expressa com poucas palavras. No entanto, em sua segunda avaliação física, Filipe estava sentando sem apoio, teve uma pequena evolução na interação com a equipe e uma leve melhora na sensibilidade ao toque, além do seu vocabulário ter sido ampliado.

O Felipe apesar de não ter o diagnóstico de alteração no campo visual apresentou dificuldade de acompanhar objetos, tem um olhar perdido que vislumbra a luminosidade e sua movimentação. Foi solicitado que a família procurasse atendimento especializado para uma avaliação para verificar a suspeita e durante os atendimentos foram realizados testes que sempre tinham respostas indicativas de alteração no campo visual. Nesse caso tivemos que pensar atividades que explorassem mais as faculdades auditivas e táteis.

Iniciamos com a aproximação da equipe junto à família e da égua. Os pais foram convidados a entrar no picadeiro e tocar o animal. Nos primeiros atendimentos o menino ficava bastante retraído com a troca de colo da família para a terapeuta,

chegando até mesmo chorar em alguns momentos da sessão, mas com o tempo ele foi se acostumando com equipe ao ponto de beijar as terapeutas.

Durante as primeiras sessões ele não demonstrou muito interesse em tocar a égua, mas não reagiu mal as nossas tentativas de fazê-lo acariciar o pelo do animal. Buscávamos passar sua mão no pelo, movimentando nosso próprio corpo, evitando segurar as suas mãos e seus pés, já que ele apresentava repulsa a estes toques. Com o tempo ele foi aceitando o estímulo e passou ele mesmo a esticar as mãos para tocá-la espontaneamente e, algumas vezes, dava gargalhadas. Isso foi uma grande conquista dele. Apesar de não apresentar resposta aos estímulos visuais nem do ambiente, nem do animal, o que nos levou a suspeitar de uma possível deficiência visual, depois de algumas observações a coordenadora do projeto solicitou a família uma avaliação oftalmológica.

Ele também demonstrou gostar dos sons produzidos pela Turquesa, quando ela espirrava e mastigava os alimentos o menino dava muitas gargalhadas.



Figura 14: Felipe realizando aproximação com a Turquesa.
Fotografa: Daniele Alves em: 08/03/11.

O Felipe é uma criança que apresenta poucas limitações motoras, o que facilitava a sua manipulação e transporte durante a terapia, no entanto por ele ter apresentado tanta sensibilidade ao toque toda atividade devia ser planejada com o cuidado para não manipular seus membros demasiadamente. Muitas trocas de posição na mesma sessão, não eram possíveis com ele, tudo deveria ser feito aos poucos.

Com isso, optamos por trabalhar texturas durante montaria, para estimulação sensorial tátil. Colocávamos um cestinho com bolas com variações de texturas e desenhos para que ele brincasse. O Felipe deveria pegar com uma mão e passar com a outra. Ele gostava de pegar a bola, mas não realizava a troca de mão, nessa atividade podíamos ver sua dificuldade com o uso das mãos.



Figura 15: Felipe em atividade de estimulação tátil com bolas.
Fotografia: Daniele Alves em: 06/10/11

Também algumas vezes quando colocávamos o Felipe em cima do animal ele iniciava com uma postura totalmente inapropriada, na maioria das vezes jogava o tronco para trás forçando as terapeutas a fazer contenção em suas costas. No entanto, ao longo da montaria, as terapeutas passaram a não fazer mais a contenção, apenas posicionavam as mãos atrás do corpo com uma distância de segurança, de modo que ele não utilizasse como apoio. Assim ele foi adquirindo a consciência de que se não sustentasse o próprio tronco cairia para trás. Sua postura melhorou muito e ele diminuiu consideravelmente tal atitude.

Ele muitas vezes iniciava o atendimento chorando e conforme a Turquesa ia se movimentando ele parava de chorar. No entanto haviam dias em que nada o satisfazia, então optávamos por fazer o atendimento conversando com ele e cantando, mas sem muitas mudanças respeitando a condição emocional daquele dia. Já em outros dias ele falava algumas palavras como “mamãe”, “papai” e “epa”.

Seu atendimento era todo trabalhado com música. Ele demonstrou grande interesse pelas cantigas, se estivesse chorando e a terapeuta cantasse, ele se acalmava. Sua brincadeira preferida era com a música “Fui ao mercado”. Quando falava a parte do corpo nós tocávamos e sacudíamos para que ele percebesse que se tratava daquela área. Através dessa cantiga as terapeutas conseguiam acalmá-lo, interagir com ele e realizar todas as atividades equoterápicas planejadas para aquele dia.

O menino durante a montaria foi colocado em uma posição que chamávamos de “indiozinho”, com isso aproveitávamos para cantar uma cantiga de mesmo nome “Indiozinho” de autor desconhecido.

Exemplo: 1,2,3 indiozinhos, 4,5,6 indiozinhos, 7,8,9 indiozinhos, 10 num pequeno bote. Iam navegando pelo rio abaixo quando o jacaré se aproximou, e o pequeno bote dos indiozinhos quase vazio virou. 1,2,3 indiozinhos, 4,5,6 indiozinhos, 7,8,9 indiozinhos, 10 um pequeno bote. Iam navegando pelo rio abaixo, quando o jacaré se aproximou, e o pequeno bote dos indiozinhos quase vazio virou. Mas não virou.

Aos poucos o Felipe foi se adaptando a essa posição e conseguia manter um melhor controle de tronco. Outra posição que usávamos muito com ele era a eu chamávamos de “príncipe”, em que ele sentava virado de lado para a égua, algumas vezes conseguíamos que ele segurasse o cilhão.



Figura 16: Felipe em posição de “príncipe”.
Fotografa: Daniele Alves em: 08/03/11



Figura 17: Felipe em posição de
“indiozinho”.
Fotografa: Daniele Alves em: 08/03/11

Durante o atendimento do Felipe foi proposto uma brincadeira na qual ele deveria jogar beijos para a Égua Turquesa iniciar o movimento e para parar deveria falar “hou” “hou”. Quando o Felipe joga beijo para a Turquesa ele está aprendendo que ela vai obedecer ao seu comando na hora em que ele for executado. Aos poucos ele foi percebendo que ao jogar beijo ela andava e ela parava ao som de "hou" “hou”. Santos afirma que “O brincar se desenvolve junto com o amadurecimento do sujeito; as etapas iniciais vão perdendo o significado, para o acréscimo do novo modo de explorar cada vez mais elaborado.” (2003, p. 11) Ele demonstrou ter uma boa memória, durante a música “Pintinho amarelinho” de autor desconhecido ele abriu a mão e fez o gesto habitual utilizado para cantá-la. Como nunca havíamos feito, deduzimos que ele aprendeu em outro lugar, como na escola e lembrou-se ao cantarmos.

Exemplo: Meu pintinho amarelinho cabe aqui na minha mão. (Na minha mão!) Quando quer comer bichinhos com os seus pezinhos ele cisca o chão. Ele bate as asas, ele faz "piu-piu", mas tem muito medo é do gavião.



Figura 18: Felipe montando em Prono.
Fotografia: Daniele Alves em: 08/03/11

O Felipe foi uma criança que pudemos ao longo da equoterapia acompanhar significativos avanços para o seu desenvolvimento como ampliação do seu vocabulário, acesso à escola, melhora na interação social.

Aos poucos Felipe foi ficando mais relaxado com a presença das pessoas, com menos resistência ao toque e teve conquistas importantes no plano motor

conseguindo sentar sem apoio, se manter em pé e fazendo um uso mais funcional da mão.

Isso me deu muito mais alegria e estímulo para realizar esse trabalho, pois tive a oportunidade de ver ali expresso a minha pequena contribuição.

3.2.3 Praticante Daniela Chafim

Daniele nasceu aos nove meses de gestação, de parto normal, no município de Niterói. E sua família só recebeu o diagnóstico de paralisia cerebral quando ela estava com 16 meses de vida. A menina apresenta um quadro de diplegia espástica moderada. Sua dificuldade são as mãos, ela não abre e tem pouco controle motor. Ela também não senta, ainda e, portanto, não alcançou a marcha.

E Daniela mora com a mãe e o pai em uma comunidade no bairro de São Domingos, no município de Niterói.

Ela é uma menina muito alegre, comunicativa, com isso, era a criança que eu achava mais fácil de trabalhar. Contudo, sua família era a menos participativa nos atendimentos, além de terem grande dificuldade para levar a criança à híptica. A Daniela, inclusive, teve que ficar alguns meses sem ir à equoterapia, por questões familiares e falta de transporte de apoio gratuito, que é um direito de toda pessoa com necessidades especiais. Durante esse período a menina começou a frequentar a escola. Após inúmeras tentativas a mãe conseguiu o transporte e pode voltar a levá-la para o atendimento.



Figura 19: Daniela brincando com cavalinho madeira na área de acolhimento.
Fotografa: Daniele Alves, em: 08/04/10.



Figura 20: Daniela com brinquedo sonoro de em tatame.
Fotografa: Daniele Alves, em: 18/08/10.

Desde os primeiros atendimentos foi muito tranquila a aproximação da menina com a égua Turquesa. Também tentamos fazê-la com a mãe, mas ela se mostrou com medo e pouco interesse, mesmo com a insistência das terapeutas.

Durante a estimulação tátil Daniela evidenciou estar bem à vontade e curiosa. Acariciou a égua com as duas mãos e os pés e conseguiu abri-las durante esta atividade. Mexeu na crina do animal, no cilhão, nas rédeas e enquanto nomeávamos as partes do corpo do animal ele repetia os nomes.



Figura 21: Daniela tocando Turquesa com os pés.
Fotografa: Daniele Alves, em: 08/04/10.

Quando colocada sobre a Turquesa ela também era muito participativa em todas as atividades. As terapeutas colocavam presilhas coloridas na crina da égua, com o objetivo da menina retirá-las e trabalhar o movimento de pinça dos dedos, enquanto ela as retirava nomeávamos as cores. Essa atividade a divertia muito.

Também trabalhamos com ela a manipulação de bolas de texturas variadas. Ela as pegava do balde de um lado da égua e deveria colocar na cestinha que estava no outro lado do animal. Essa atividade era mais complexa para Daniela, pois exigia uma habilidade manual que ela ainda não havia alcançado, no entanto ela usava a sua inteligência para puxar a bola pra fora do balde e de sua esperteza para tentar nos ludibriar e não colocá-las na cesta. Esta experiência evidencia não só a inteligência de Daniela como a capacidade humana de criar novas estratégias para resolver problemas.



Figura 22: Daniela sentada em abdução.
Fotografa: Vanessa Breia em: 18/08/10



Figura 23: Daniela em deitando sobre a égua.
Fotografa: Daniele Alves em: 08/04/10

Ainda durante a montaria era colocada uma cesta de cada lado da Turquesa, em uma colocávamos bichinhos de plástico ou madeira, o objetivo era que ela nomeasse e colocasse na cestinha que havia do outro lado. Algumas vezes ela conseguia nomear os bichos e sempre repetia as cores que a terapeuta falava.

No que se refere às posições de montaria, nós a colocávamos ela em “indiozinho” e cantávamos a música de mesmo nome e enumerávamos com os dedos as quantidades para brincar com a letra da música. Ela demonstrava gostar muito. Quando não estava com a postura correta a terapeuta chamava sua atenção para isso e ela imediatamente a corrigia demonstrando ter compreendido.

O brinquedo cantado por inserir o indivíduo em sua cultura, estimula a socialização, oferece bases para a construção de um sujeito integral, dá suporte aos elementos da terapia, encaminha a aquisição do conhecimento, e propicia o desenvolvimento das estruturas psicomotoras. (SANTOS, 2003, p. 56)

Daniela também era colocada na posição de “princesa” e segurava no cilhão com independência. E gostava muito de ficar em decúbito ventral, sobre o animal, e quando virada para a garupa acariciava as suas ancas e nomeava suas partes do corpo como “bumbum”, “barriga”, “cabeça” entre outros.



Figura 24: Daniela montando de puppy.
Fotografa: Daniele Alves em: 18/08/10



Figura 25: Daniela em prono.
Fotografa: Daniele Alves em: 18/08/10

Daniela é uma menina que gosta de explorar o ambiente, apontando para seus elementos, solicitando objetos e nomeando elementos espontaneamente. As brincadeiras cantadas eram um momento que ela demonstrava muito prazer, principalmente quando inserimos a cantiga “Boneca de lata”, seguindo o que Santos, (2003) refere sobre as brincadeiras cantadas, essa música ajudou a trabalhar a consciência corporal. Uma pessoa da equipe fazia os gestos mostrando as partes do corpo, enquanto outra pessoa fazia o mesmo com a menina.

Exemplo: Minha boneca de lata bateu a cabeça no chão, levou quase uma hora pra fazer a arrumação, desamassa aqui, pra ficar boa. Minha boneca de lata bateu o ombro no chão, levou mais de duas horas pra fazer a arrumação, desamassa aqui, desamassa ali, desamassa aqui, desamassa ali pra ficar boa. Minha boneca de lata bateu o outro ombro no chão, levou mais de três horas pra fazer a arrumação, desamassa aqui, desamassa ali, desamassa aqui, desamassa ali, desamassa aqui, desamassa ali pra ficar boa.

Ela gostava também da música “Fui ao mercado”. Ambas ajudavam a dar ritmo ao atendimento e poderíamos trabalhar o esquema corporal, seqüencia e memória.

Sua alegria e espontaneidade contribuíram muito para os atendimentos, ela ficava atenta a tudo. O ambiente era uma grande fonte de estímulos para sua esperteza e curiosidade.

Daniela, por ser uma criança de condição financeira carente, sua família não teria condições de lhe oferecer outros tratamentos que vão além das fisioterapias clinica e no caso das crianças com paralisia cerebral, segundo Oliva et. al. (2009) oferecer estímulos variados para essa criança vai contribuir muito para potencializar seu desenvolvimento.

Ela tem algumas limitações físicas, no entanto consegue interagir bem com a equipe ficando bem visível a todos as suas evoluções e conquistas. Seguindo os pressupostos de Villobor e Vaz (2010) a criança com PC se exposta a um ambiente rico em estímulos e interação social pode ter seu desenvolvimento da inteligência dentro dos padrões de normalidade e nos casos onde o comprometimento motor é menos grave pode-se notar e ser avaliada, pois há uma comunicação mais expressiva com a criança. Nesse caso a menina é muito esperta e tenta superar suas dificuldades motoras e também tentava burlar a equipe não usando a mão debilitada nas atividades propostas.

A música de relaxamento era um momento importante para marcar o final da sessão com a Daniela, pois algumas vezes ela não queria sair da égua, e tínhamos que negociar essa saída conversando com ela. A rotina contribuiu, pois foi dando a ela essa noção de temporalidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo baseou-se na revisão bibliográfica e no estudo de caso, através de minha pesquisa de campo, com o intuito de analisar os possíveis benefícios das atividades desenvolvidas em equoterapia para crianças com paralisia cerebral.

Através de minha participação no projeto de pesquisa “Atendimento Precoce em Equoterapia para Crianças com Encefalopatia Crônica da Infância.” Pude descobrir um horizonte de possibilidades para se trabalhar com crianças com necessidades educacionais especiais. Foi um encontro muito enriquecedor para minha formação tanto acadêmica quanto humana. Aprender a olhar e sentir o outro, reconhecer suas capacidades e necessidades, e buscar meios para atender a suas demandas. Comprovou que o educador não pode ficar somente preso a conceitos e classificações prontas, como por exemplo, usar as características de um distúrbio para generalizar as dificuldades que ele causa. É necessário olhar o individual, cada um como ser único que é, por suas histórias, experiências e subjetividade.

Através da intervenção em equoterapia foi possível perceber como é possível pensar os processos de desenvolvimento e aprendizagem de outra maneira. Pude vivenciar como é na vida, no contato com o ambiente e outro que se dá o aprendizado efetivo, de forma natural, ainda que planejada, mas de forma alegre e descontraída. A equoterapia se apresentou como um recurso terapêutico que foge da monotonia e frieza das clínicas e consultórios, pois envolve o praticante em um ambiente diferenciado, com muitos recursos lúdicos e a disponibilidade de um animal que não apresenta julgamentos sobre as condições de quem quer que seja. Mas que interage com as crianças buscando olhar em sua direção, enriquecendo a terapia com o desenvolvimento da afetividade, elevando a autoestima, contribuindo para a socialização, além dos benefícios da estimulação sensório-motor que sem o animal não seriam tão prazerosos.

É importante deixar claro que a equoterapia não é única forma de tratar crianças com paralisia cerebral, mas sim um complemento no tratamento que visa trabalhar a melhora de postura, desenvolver as potencialidades neuropsicomotoras de seu praticante, estimular a socialização e sua afetividade. Talvez uma das grandes vantagens da Equoterapia seja trabalhar todos estes aspectos de maneira integrada.

Para algumas crianças desse estudo, devido à gravidade de sua lesão faz-se necessário um pouco mais de tempo que outras, para que os benefícios da equoterapia comecem a ser mais evidentes, no entanto quem se relaciona com elas no dia a dia já conseguiu notar pequenas mudanças. Para mim, enquanto educadora, pude perceber memória, afetividade, curiosidade, raciocínio lógico, linguagem e novas posturas sendo desenvolvidas, contudo é ao longo de um acompanhamento mais prolongado que poderemos ver esse desenvolvimento de forma mais expressiva. Isso que não significa que há um tempo para encerrar as sessões de equoterapia, cada avanço é uma vitória e a pratica não tem um tempo determinado, mas vai de acordo com as possibilidades de cada um, acredito que quanto maior for o tempo que a criança praticar maiores serão as suas possibilidades de novas conquistas.

Tocar, embalar, cavalgar, cheirar, sentir, ouvir, cantar, brincar, massagear, chorar, sorrir, montar, pegar etc. São tantas ações e estímulos ricos, no entanto, para crianças com desenvolvimento típico podemos achar que são corriqueiros, mas para aquelas que têm seu desenvolvimento atravessado por limitações, são ações que fazem toda diferença. Podem significar o caminho para conquista de uma vida mais independente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDE/BRASIL - ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EQUOTERAPIA. Curso básico de equoterapia. Brasília, DF, 2004.

Disponível em:
<<http://www.unisalesiano.edu.br/encontro2009/trabalho/aceitos/PO25531677847A.pdf>>. Acesso em: 12/06/2012.

ANDRADE, Ênio Roberto de. **Retardo Mental**. Disponível em:
<<http://www.neurociencias.org.br/pt/550/retardo-mental/>>. Acesso em: 06/01/2014

APOLÔNIO, Ana Maria et al. **A Intervenção Precoce no desenvolvimento de crianças com paralisia cerebral**. MACHADO, C. et al. (org.) (2000) Interfaces da Psicologia – Volume I. Actas do Congresso Internacional “Interfaces da Psicologia”, Évora, Departamento de Pedagogia e Educação da Universidade de Évora

BOËCHAT, Márcia Cristina Bastos; SILVA, Katia Silveira da, JUNIOR, Juan Clinton Llerena. **Instabilidade atlanto-axial na síndrome de Down: o que o radiologista precisa conhecer?** Rev Imagem 2006; 28(3):171–179

Disponível em: <http://www.spr.org.br/files/public/magazine/public_89/171.pdf>.
Acesso em: 06/01/2014

BORGES, P.P.; MELLO, E. D. de, **Alimentação em Crianças com Paralisia Cerebral**, in: revista Nutrição em Pauta, Ed. Mai/Jun/2004

Disponível em: <http://www.nutricaoempauta.com.br/lista_artigo.php?cod=144>.
Acesso em: 07/05/2013

BRAGA, Lúcia Willadino, **Cognição e Paralisia Cerebral: Piaget e Vigotsky em questão**. Salvador. Sarah letras, 1995.

BRASIL, Senado Federal, Comissão de Educação, Cultura e Esporte, **Parecer Nº 1371**, de 2012, que dispõe sobre a Equoterapia. Relator Mozarildo Cavalcanti. p.3

BRASIL. Senado Federal. **Lei nº 7.853**, de 24 de outubro de 1989, que dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, para tornar disponível a equoterapia no âmbito do Sistema Único de Saúde. Art. 18.

BRASIL. Senado Federal. **Projeto de lei Nº 264**, de 05 de novembro 2010. Autor Senador Flavio Arns, que dispõe sobre a Equoterapia e a regulamentação da sua prática. Art. 1, p. 1

CÂNDIDO, A. M. D. M. **PARALISIA CEREBRAL: ABORDAGEM PARA O PEDIATRA GERAL E MANEJO MULTIDISCIPLINAR**, Monografia (Residência Médica em Pediatria) Hospital Regional da Asa Sul, BRASÍLIA, 2004. Disponível em: <www.paulomargotto.com.br/documentos/paralisiacerebra.doc>. Acesso em: 08/01/2014

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 5ª ed. São Paulo: Cortez, Biblioteca da Educação. Série I - Escola; V. 16. 2001, p. 102-103.

DEUS, Adélia Meireles de; CUNHA, Djanira do Espírito Santo Lopes; MACIEL, Emanoela Moreira. **ESTUDO DE CASO NA PESQUISA QUALITATIVA EM EDUCAÇÃO: UMA METODOLOGIA**. Disponível em: <http://www.ufpi.br/subsiteFiles/ppged/arquivos/files/VI.encontro.2010/GT.1/GT_01_14.pdf>. Acesso em: 16/03/2012.

DICIONÁRIO ONLINE DE PORTUGUÊS. **Coreoatetose**. Consulta a definição. Disponível em:< <http://www.dicio.com.br/coreoatetose/>>. Acesso: 06/01/14

FILHO, E.; GIMENEZ, R.; JÚNIOR, C. E. **Feitos de restrições ambientais na habilidade rebater em crianças, adultos e idosos**. Ver. Port. Ciên. Desp. 3(3): 43-55, 2003

FEITOSA, E. A.; RINALDI, N. M.; GOBBI, L. T. B. **Controle postural dinâmico em crianças de dois a seis anos de idade**. Ver. Bras. Educ. fis. Esp. 22(4): 285-291, 2008

GALVÃO, Izabel. **Dimensões do Movimento** In: _____ Henri Wallon: uma concepção dialética do desenvolvimento infantil - Petrópolis, RJ: Vozes, 1995. P. 68-75. Cap. VI

LIMA, C.B. et. al. **Equilíbrio dinâmico**: Influência das restrições ambientais. Ver. Bras. Cineantropon Desempenho Hum 3(1): 83-94, 2001.

LIMA, Vandete Pereira. **Vivenciando a Pedagogia no Picadeiro**. In NUNES, Dr. Antônio (org.). Apostila do 2º Curso básico de Equoterapia. Teresópolis – RJ: Associação Nacional de Equoterapia ANDE- BRASIL. 2001, p. 112-114.

LORENZINI, M. V. **Brincando a brincadeira com a criança deficiente: novos rumos terapêuticos**. São Paulo: Manole, 2007.

MANCINI, Marisa Cotta et al. **Comparação do Desempenho de Atividades Funcionais em Crianças com Desenvolvimento Normal e Crianças Com Paralisia Cerebral**. In: Arq Neuropsiquiatr 2002; 60(2-B): 446-452.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v60n2b/10210.pdf>>. Acesso em: 12/10/2012.

MANCINI, Marisa Cotta. **Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI)**. Manual da Versão Adaptada. BH: UFMG, 2005

MEDEIROS, Mylena. **Histórico**. Texto elaborado para esclarecimento da origem da Equoterapia. Disponível em: <<http://www.equoterapia.com.br/artigos/artigo-07.php>>. Acesso em: 22/04/2011

MENDES, Águeda Marques. Os benefícios da Equoterapia para crianças com necessidades educativas especiais.

Disponível em: <<http://www.equoterapia.com.br/artigos/artigo-09.php>>. Acesso em: 22/04/2011

OLIVA, Ângela Donato; DIAS, Gisele P.; REIS, Ricardo A. M. **Plasticidade Sináptica: Natureza e Cultura Moldando o Self**

Universidade do Estado do Rio de Janeiro; Universidade Federal do Rio de Janeiro
Psicologia: Reflexão e Crítica, 2009, 22(1), 128-135. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/prc/v22n1/17.pdf>>. Acesso em: 10/06/2013

OLIVEIRA, Gislene de Campos. **Psicomotricidade: educação e reeducação num enfoque psicopedagógico**. 12 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

REDE DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO. **Paralisia Cerebral**. Texto publicado para orientação de familiares, amigos e pacientes. Disponível em <<http://www.sarah.br/>>, acesso em: 28/09/2010.

SANTOS, Denise Guerra dos, **BRINQUEDOS CANTADOS NA PSICOMOTRICIDADE**. Universidade Cândido Mendes, Rio de Janeiro, 2003,

SANTOS, Denise Castilho; Cabrera; RAVANINI; GAGHEGGI, Solange. **Aspectos do Diagnóstico do Desenvolvimento Motor**. In: MOURA, Maria Valeriana Leme Ribeiro; GONÇALVES, Vanda Maria. Neurologia do Desenvolvimento da Criança. Rio de Janeiro: Ed. Revinter, 2006 p. 258-269. Cap. 17

SANTOS, J.S. et al. **Gastrostomia e jejunostomia: aspectos da evolução técnica e da ampliação das indicações**. Revista Medicina, Ribeirão Preto 2011, vol. 44, nº 1, p. 39-50, Simpósio cap. IV. Disponível em:
<http://revista.fmrp.usp.br/2011/vol44n1/Simp4_Gastrostomia_e_jejunostomia%20atual.pdf>. Acesso: 07/01/14

SATOW, Suely Harumi, **Paralisado Cerebral: Construção da identidade na exclusão**. São Paulo, 1995, Cabral Editora, Robe Editorial, p. 22-23

SCHWARTZMAN, José Salomão, **Inclusão escolar de crianças e adolescentes com paralisia cerebral em escolas/classes regulares**.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v29n3/a01v29n3.pdf>>. Acesso em: 12/10/2012

SEM AUTOR. **Anoxia cerebral**. Consulta a definição. Disponível em: <<http://www.tuasaude.com/anoxia-cerebral/>>. Acesso: 09/01/14

SEM AUTOR. **Cognição**. Consulta a definição. Disponível em: <<http://cienciadocerebro.wordpress.com/2012/09/05/o-que-e-desenvolvimento-cognitivo/>>. Acesso em: 01/01/14

SEM AUTOR. **Hiperbilirrubinemia ou querníctero**. Consulta à definição. Disponível em:< <http://www.tuasaude.com/hiperbilirrubinemia/>>. Acesso: 09/01/14

SEVERO, José. Equoterapia: o Emprego do Cavalo Como Motivador Terapêutico. II Congresso Brasileiro de Equoterapia – Coletânea de trabalhos – Associação Nacional de Equoterapia (ANDE-BRASIL). Jaguariúna, p.27 ,nov., 2002.

Disponível em:< <http://www.equoterapia.com.br/artigos/artigo-07.php>>. Acesso em 02/07/2011.

SEVERO, José Torquato; SEVERO, Carlos Marcelo Donazar. **Breve História do uso do cavalo para fins terapêuticos**. P.18 – 20. In: SEVERO, José Torquato (org.). Equoterapia: equitação, saúde e educação. São Paulo: Ed. SENAC São Paulo, 2010.

SEVERO, José Torquato; SEVERO, Carlos Marcelo Donazar. **O praticante com Paralisia Cerebral**. P.140 – 154. In: SEVERO, José Torquato (org.). Equoterapia: equitação, saúde e educação. São Paulo: Ed. SENAC São Paulo, 2010.

SILVA, G. C.; SILVA, I. F.; PEREIRA, V. R. **Esporte como meio de desenvolvimento psicomotor de pessoas com deficiência visual**. Arq. Ciênc. Saúde. Unipar 4(2): 134-140

TABAQUIM, M. D. L. M. **Paralisia Cerebral: Ensino de Leitura e Escrita**. São Paulo: EDUSC, 1996.

VILLIBOR, Renata H. H.; VAZ, Regiane H. **Correlação entre a função motora e cognitiva de pacientes com Paralisia Cerebral.** In: *Revista Neurociências*, 2010; p.380-385

VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente.** São Paulo: Martins Fontes, 1998.

VYGOTSKY, L.S. **Linguagem e Desenvolvimento Intelectual da Criança.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

VIGOTSKY, L. S. **Psicologia pedagógica.** São Paulo: Martins Fontes, 2001.

WICKER, Hugo, **O CAVALO COMO INSTRUMENTO CINESIOTERAPÊUTICO.** In NUNES, Dr. Antônio (org.). Apostila do 2º Curso básico de Equoterapia. Teresópolis – RJ: Associação Nacional de Equoterapia ANDE- BRASIL. 2001, p. 22-31

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ANEXO A - Página 1 da Anamnese

ANAMNESE:

- Data: ___/___/___
- IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Data de nascimento: ___/___/___ IG: _____

Idade Cronológica: _____ Idade Corrigida: _____

End: _____

Bairro: _____

Tel: _____

Mãe: _____

Ocupação: _____

Pai: _____

Ocupação: _____

 - GESTAÇÃO E PARTO

Gestações: _____ Abortos: _____

Pré-natal: () sim () não

Iniciou em que trimestre: () 1º trimestre () 2º trimestre () 3º trimestre

Local em que nasceu: () Hospital _____ () Casa () Casa de Parto

município: _____

Tipo de Parto: () Vaginal () Cesário () Fórceps

PN: _____ APGAR: _____ PC: _____ Comp.: _____

Intercorrências Neonatais: () Choro () Necessidade de O₂ () UTIN

Outras: _____

Observações: _____

 - DESENVOLVIMENTO:

Amamentação: () peito () mamadeira () ambos () sonda

Com que idade parou de mamar no peito: _____

Realizou o teste do pezinho () sim () não

Aonde? () hospital em que nasceu () Posto de Saúde () Particular

Alimentação atual: () líquida () pastosa () consistência normal () sonda

Controle da cabeça: _____

Rolar: _____

Sentar: _____

Arrastar: _____

Engatinhar: _____

Andar: _____

Comunicação/ Desenvolvimento da linguagem:

() Brinca com a voz

() Grita

() Imita sons

() Nomeia pessoas e objetos? Quais:

() Forma frases curtas? Ex:

ANEXO B - Página 2 da Anamnese**HPP:**

Diagnóstico: _____

Etiologia: _____

Qual a idade da criança quando foi feito o diagnóstico de ECI? _____

Fisiodiagnóstico: _____

• Atividades de Vida Diária e relacionamento familiar:

Quem são as pessoas que convivem com a criança na mesma casa?

Quem são os responsáveis pelos cuidados em relação à criança?

Quais são as atividades diárias que a criança faz?

Do que a criança gosta de brincar? Quem brinca com ela?

Do que a criança não gosta?

Como é o sono da criança? Aonde ela dorme?

Que atendimentos de reabilitação realiza e aonde?

Como é o meio de transporte utilizado para se deslocar para os tratamentos de reabilitação?

Principal dificuldade da família em relação à criança

Principal expectativa em relação ao processo de reabilitação da criança:

Encerramento:

O Sr/Srª gostaria de nos fazer alguma pergunta sobre o atendimento em Equoterapia para o seu filho ou filha? Tem alguma dúvida ou curiosidade?

ANEXO E - Página 2 da Avaliação do Desenvolvimento Neuropsicomotor

Mãos: () Fechadas () Polegar aduzido
 () Manipula objetos
 () Toca os joelhos () Toca os pés

Pelve: () Anteroversão
 () Retroversão
 () Alinhada

MMII: () Abdução de CF e Flexão de Joelhos
 () Extensão de CF e Joelhos
 () Rotação Interna de CF () Rotação Externa de CF
 () Pés tocam solo

- Prono:
 () Libera vias aéreas () Controla cabeça na linha média

Apoio de MMSS: () Flexão (com cotovelos atrás da linha dos ombros)
 () Puppy
 () Extensão

Peso corporal: () Tronco Superior
 () Tronco Inferior

Pivoteia: () Dois lados () Somente um lado _____

Alcance de objetos: () Lateral () Com transferência de peso
 () Frente () Sem transferência de peso

- Puxado para Sentar:
 () Não auxilia o movimento
 () Auxilia o movimento () com cabeça
 () com MMSS

() Ativação da musculatura abdominal
 () Fixação de cintura escapular

- Sentado:
 () Sem apoio
 () Com apoio _____
 () Controle de cabeça () Controle de tronco

- Quatro apoios:

Engatinha () Dissociado
 () Não dissociado

- De pé:
 () Sustenta peso em MMII
 () Antepé () Plantígrafo () Borda Lateral () Borda medial

() Sem apoio () Com apoio

ANEXO F - Página 3 da Avaliação do Desenvolvimento Neuropsicomotor

Base de apoio: Alargada
 Diminuída

- Trocas posturais:

Rola: Supino p/ Prono com dissociação
 sem dissociação
 Prono p/ Supino com dissociação
 sem dissociação

Passa para sentado
 Passa de sentado para gatas
 Passa de prono para gatas
 Passa para de pé com apoio
 sem apoio

Marcha com apoio
 independente

- Reflexos e Reações:

RTCA Fixado
 Não fixado

Preensão Palmar
 Preensão Plantar
 RTL
 Reação de Landau

Comunicação/ Desenvolvimento da linguagem:

Brinca com a voz
 Grita
 Imita sons
 Nomeia pessoas e objetos? Quais:

• OBSERVAÇÕES:

 Joyce Ferreira - Fisioterapeuta

ANEXO G – Página 1 do Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade

PEDIATRIC EVALUATION OF DISABILITY INVENTORY - PEDI

Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade

Tradução e adaptação cultural: Marisa C. Mancini, Sc.D., T.O.

Versão 1.0 Brasileira

Stephen M. Haley, Ph.D., P.T.; Wendy J. Coster, Ph.D., OTR/L; Larry H. Ludlow, Ph.D.; Jane T. Haltiwanger, M.A., Ed.M.; Peter J. Andrellos, Ph.D.
1992, New England Medical Center and PEDI Research Group.

FORMULÁRIO DE PONTUAÇÃO

Sobre a Criança

Nome: _____
Sexo: M F
Idade: _____ Ano _____ Mês _____ Dia _____
Entrevista _____
Nascimento _____
Id. Cronológica _____
Diagnóstico (se houver): _____
_____ primário _____ adicional

Situação atual da criança

hospitalizada mora em casa
 cuidado intensivo mora em instituição
 reabilitação
Outros (especificar): _____
Escola ou outras instalações: _____
Série escolar: _____

Sobre o entrevistado (pais ou responsável)

Nome: _____
Sexo: M F
Parentesco com a criança: _____
Profissão (especificar): _____
Escolaridade: _____

Sobre o examinador

Nome: _____
Profissão: _____
Instituição: _____

Sobre a avaliação

Recomendada por: _____
Razões da avaliação: _____
Notas: _____

Direções Gerais: Abaixo estão as orientações gerais para a pontuação. Todos os itens têm descrições específicas. Consulte o manual para critérios de pontuação individual.

Parte I - Habilidades Funcionais: 197 itens

Áreas: autocuidado, mobilidade, função social
Pontuação:
0 = incapaz ou limitado na capacidade de executar o item na maioria das situações.
1 = capaz de executar o item na maioria das situações, ou o item já foi previamente conquistado, e habilidades funcionais progrediram além deste nível.

Parte II - Assistência do adulto de referência: 20 atividades funcionais complexas

Áreas: autocuidado, mobilidade, função social
Pontuação:
5 = Independente
4 = Supervisão
3 = Assistência mínima
2 = Assistência moderada
1 = Assistência máxima
0 = Assistência total

Parte III - Modificações: 20 atividades funcionais complexas

Áreas: autocuidado, mobilidade, função social
Pontuação:
N = Nenhuma modificação
C = Modificação centrada na criança (não especializada)
R = Equipamento de reabilitação
E = Modificações extensivas

POR FAVOR, CERTIFIQUE-SE DE RESPONDER TODOS OS ITENS

ANEXO H - Página 2 do Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade

Parte I: Habilidades funcionais
Área de Autocuidado (Marque cada item correspondente: escores dos itens: 0 = incapaz; 1 = capaz)

<p>A: TEXTURA DOS ALIMENTOS</p> <p>1- Come alimento batido/amassado/coado</p> <p>2- Come alimento moído/granulado</p> <p>3- Come alimento picado/em pedaços</p> <p>4- Come comidas de texturas variadas</p>	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>	0	1								
0	1										
<p>B: UTILIZAÇÃO DE UTENSÍLIOS</p> <p>5- Alimenta-se com os dedos</p> <p>6- Pega comida com colher e leva até a boca</p> <p>7- Usa bem a colher</p> <p>8- Usa bem o garfo</p> <p>9- Usa faca para passar manteiga no pão, corta alimentos macios</p>	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>	0	1								
0	1										
<p>C: UTILIZAÇÃO DE RECIPIENTES DE BEBER</p> <p>10- Segura mamadeira ou copo com bico ou canudo</p> <p>11- Levanta copo para beber, mas pode derramar</p> <p>12- Levanta, c/ firmeza, copo sem tampa, usando as 2 mãos</p> <p>13- Levanta, c/ firmeza, copo sem tampa, usando 1 das mãos</p> <p>14- Serve-se de líquidos de uma jarra ou embalagem</p>	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>	0	1								
0	1										
<p>D: HIGIENE ORAL</p> <p>15- Abre a boca para a limpeza dos dentes</p> <p>16- Segura escova de dente</p> <p>17- Escova os dentes, porém sem escovação completa</p> <p>18- Escova os dentes completamente</p> <p>19- Coloca creme dental na escova</p>	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>	0	1								
0	1										
<p>E: CUIDADOS COM OS CABELOS</p> <p>20- Mantém a cabeça estável enquanto o cabelo é penteado</p> <p>21- Leva pente ou escova até o cabelo</p> <p>22- Escova ou penteia o cabelo</p> <p>23- É capaz de desembaraçar e partir o cabelo</p>	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>	0	1								
0	1										
<p>F: CUIDADOS COM O NARIZ</p> <p>24- Permite que o nariz seja limpo</p> <p>25- Assoa o nariz com lenço</p> <p>26- Limpa nariz usando lenço ou papel quando solicitado</p> <p>27- Limpa nariz usando lenço ou papel sem ser solicitado</p> <p>28- Limpa e assoa o nariz sem ser solicitado</p>	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>	0	1								
0	1										
<p>G: LAVAR AS MÃOS</p> <p>29- Mantém as mãos elevadas para que as mesmas sejam lavadas</p> <p>30- Esfrega as mãos uma na outra para limpá-las</p> <p>31- Abre e fecha torneira e utiliza sabão</p> <p>32- Lava as mãos completamente</p> <p>33- Seca as mãos completamente</p>	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>	0	1								
0	1										
<p>H: LAVAR O CORPO E A FACE</p> <p>34- Tenta lavar partes do corpo</p> <p>35- Lava o corpo completamente, não incluindo a face</p> <p>36- Utiliza sabonete (e esponja, se for costume)</p> <p>37- Seca o corpo completamente</p> <p>38- Lava e seca a face completamente</p>	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>	0	1								
0	1										
<p>I: AGASALHO / VESTIMENTAS ABERTAS NA FRENTE</p> <p>39- Auxilia empurrando os braços p/ vestir a manga da camisa</p> <p>40- Retira camisetas, vestido ou agasalho sem fecho</p> <p>41- Coloca camiseta, vestido ou agasalho sem fecho</p> <p>42- Coloca e retira camisas abertas na frente, porém s/ fechar</p> <p>43- Coloca e retira camisas abertas na frente, fechando-as</p>	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>	0	1								
0	1										

<p>J: FECHOS</p> <p>44- Tenta participar no fechamento de vestimentas</p> <p>45- Abre e fecha fecho de correr, sem separá-lo ou fechar o botão</p> <p>46- Abre e fecha colchete de pressão</p> <p>47- Abotoa e desabotoa</p> <p>48- Abre e fecha o fecho de correr (zíper), separando e fechando colchete/botão</p>	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>	0	1								
0	1										
<p>K: CALÇAS</p> <p>49- Auxilia colocando as pernas dentro da calça para vestir</p> <p>50- Retira calças com elástico na cintura</p> <p>51- Veste calças com elástico na cintura</p> <p>52- Retira calças, incluindo abrir fechos</p> <p>53- Veste calças, incluindo fechar fechos</p>	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>	0	1								
0	1										
<p>L: SAPATOS / MEIAS</p> <p>54- Retira meias e abre os sapatos</p> <p>55- Calça sapatos/sandálias</p> <p>56- Calça meias</p> <p>57- Coloca o sapato no pé correto; maneja fechos de velcro</p> <p>58- Amarra sapatos (prepara cadarço)</p>	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>	0	1								
0	1										
<p>M: TAREFAS DE TOALETE (roupas, uso do banheiro e limpeza)</p> <p>59- Auxilia no manejo de roupas</p> <p>60- Tenta limpar-se depois de utilizar o banheiro</p> <p>61- Utiliza vaso sanitário, papel higiênico e dá descarga</p> <p>62- Lida com roupas antes e depois de utilizar o banheiro</p> <p>63- Limpa-se completamente depois de evacuar</p>	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>	0	1								
0	1										
<p>N: CONTROLE URINÁRIO (escore = 1 se a criança já é capaz)</p> <p>64- Indica quando molhou fralda ou calça</p> <p>65- Ocasionalmente indica necessidade de urinar (durante o dia)</p> <p>66- Indica, consistentemente, necessidade de urinar e com tempo de utilizar o banheiro (durante o dia)</p> <p>67- Vai ao banheiro sozinho para urinar (durante o dia)</p> <p>68- Mantém-se constantemente seco durante o dia e à noite</p>	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>	0	1								
0	1										
<p>O: CONTROLE INTESTINAL (escore = 1 se a criança já é capaz)</p> <p>69- Indica necessidade de ser trocado</p> <p>70- Ocasionalmente manifesta vontade de ir ao banheiro (durante o dia)</p> <p>71- Indica, constantemente, necessidade de evacuar e com tempo de utilizar o banheiro (durante o dia)</p> <p>72- Faz distinção entre urinar e evacuar</p> <p>73- Vai ao banheiro sozinho para evacuar, não tem acidentes intestinais</p>	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>	0	1								
0	1										

Somatório da Área de Autocuidado:

Por favor, certifique-se de ter respondido a todos os itens

Comentários:

ANEXO I - Página 3 do Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade

a de Mobilidade (Marque o correspondente para cada item; escores dos itens: 0 = incapaz; 1 = capaz)

A: TRANSFERÊNCIAS NO BANHEIRO		incapaz 0	capaz 1
- Fica sentado se estiver apoiado em equipamento ou no adulto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Fica sentado sem apoio na privada ou troninho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Senta e levanta de privada baixa ou troninho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Senta e levanta de privada própria para adulto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Senta e levanta da privada sem usar seus próprios braços	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B: TRANSFERÊNCIAS DE CADEIRAS/ CADEIRAS DE RODAS		0	1
- Fica sentado se estiver apoiado em equipamento ou adulto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Fica sentado em cadeira ou banco sem apoio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Senta e levanta de cadeira, mobiliária baixa/infantis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Senta e levanta de cadeira/cadeira de rodas de tamanho adulto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0- Senta e levanta de cadeira sem usar seus próprios braços	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C-1: TRANSFERÊNCIAS NO CARRO		0	1
1a- Movimenta-se no carro: mexe-se e sobe/desce da cadeirinha de carro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2a- Entra e sai do carro com pouco auxílio ou instrução	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3a- Entra e sai do carro sem assistência ou instrução	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4a- Maneja cinto de segurança ou cinto da cadeirinha de carro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5a- Entra e sai do carro e abre e fecha a porta do mesmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C-2: TRANSFERÊNCIAS NO ÔNIBUS		0	1
1b- Sobe e desce do banco do ônibus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2b- Move-se com ônibus em movimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3b- Desce a escada do ônibus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4b- Passa na roleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5b- Sobe a escada do ônibus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D: MOBILIDADE NA CAMA / TRANSFERÊNCIAS		0	1
6- Passa de deitado para sentado na cama ou berço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- Passa para sentado na beirada da cama; deita a partir de sentado na beirada da cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- Sobe e desce de sua própria cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- Sobe e desce de sua própria cama, sem usar seus braços	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E: TRANSFERÊNCIAS NO CHUVEIRO		0	1
0- Entra no chuveiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1- Sai do chuveiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Agacha para pegar sabonete ou shampoo no chão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Abre e fecha box/cortinado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- Abre e fecha torneira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F: MÉTODOS DE LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE INTERNO (escore 1 se já realiza)		0	1
5- Rola, pivoteia, arrasta ou engatinha no chão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- Anda, porém segurando-se na mobília, parede, adulto ou utiliza aparelhos para apoio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- Anda sem auxílio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G: LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE INTERNO: DISTÂNCIA/VELOCIDADE (escore 1 se já realiza)		0	1
8- Move-se pelo ambiente, mas com dificuldade (cai; velocidade lenta para a idade) -	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- Move-se pelo ambiente sem dificuldade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- Move-se entre ambientes, mas com dificuldade (cai; velocidade lenta para a idade)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- Move-se entre ambientes sem dificuldade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- Move-se em ambientes internos por 15 m; abre e fecha portas internas e externas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H: LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE INTERNO: ARRASTA / CARREGA OBJETOS		incapaz 0	capaz 1
33- Muda de lugar intencionalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34- Move-se, concomitantemente, com objetos pelo chão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35- Carrega objetos pequenos que cabem em uma das mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36- Carrega objetos grandes que requerem a utilização das duas mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37- Carrega objetos frágeis ou que contenham líquidos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I: LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE EXTERNO: MÉTODOS		0	1
38- Anda, mas segura em objetos, adultos ou aparelhos de apoio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39- Anda sem apoio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J: LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE EXTERNO: DISTÂNCIA / VELOCIDADE (escore 1 se já for capaz)		0	1
40- Move-se por 3 - 15 m (comprimento de 1-5 carros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41- Move-se por 15 - 30 m (comprimento de 5-10 carros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42- Move-se por 30 - 45 m	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43- Move-se por 45 m ou mais, mas com dificuldade (tropeça, velocidade lenta para a idade)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44- Move-se por 45 m ou mais sem dificuldade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K: LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE EXTERNO: SUPERFÍCIES		0	1
45- Superfícies niveladas (passeios e ruas planas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46- Superfícies pouco acidentadas (asfalto rachado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47- Superfícies irregulares e acidentadas (gramados e ruas de cascalho)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48- Sobe e desce rampas ou inclinações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49- Sobe e desce meio-fio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L: SUBIR ESCADAS (escore 1 se a criança conquistou previamente a habilidade)		0	1
50- Arrasta-se, engatinha para cima por partes ou lances parciais de escada (1-11 degraus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51- Arrasta, engatinha para cima por um lance de escada completo (12-15 degraus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52- Sobe partes de um lance de escada (ereto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53- Sobe um lance completo, mas com dificuldade (lento para a idade)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54- Sobe um conjunto de lances de escada sem dificuldade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M: DESCER ESCADAS (escore 1 se a criança conquistou previamente a habilidade)		0	1
55- Arrasta-se, engatinha para baixo por partes ou lances parciais de escada (1-11 degraus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56- Arrasta-se, rasteja para baixo por um lance de escada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57- Desce, ereto, um lance de escada completo (12-15 degraus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58- Desce um lance completo, mas com dificuldade (lento para a idade)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59- Desce um conjunto de lances de escada sem dificuldade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Somatório da Área de Mobilidade: <input type="checkbox"/>			
Por favor, certifique-se de ter respondido a todos os itens			
Comentários:			

ANEXO J - Página 4 do Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade

a de Função Social (Marque o correspondente para cada item; escores dos itens: 0 = incapaz; 1 = capaz)

A: COMPREENSÃO DO SIGNIFICADO DA PALAVRA incapaz 0 1 capaz

Orienta-se pelo som

1- Reage ao "não", reconhece próprio nome ou de alguma pessoa familiar

2- Reconhece 10 palavras

3- Entende quando você fala sobre relacionamentos entre pessoas e/ou coisas que são visíveis

4- Entende quando você fala sobre tempo e seqüência de eventos

B: COMPREENSÃO DE SENTENÇAS COMPLEXAS 0 1

1- Compreende sentenças curtas sobre objetos e pessoas familiares

2- Compreende comandos simples com palavras que descrevem pessoas ou coisas

3- Compreende direções que descrevem onde alguma coisa está

4- Compreende comando de dois passos, utilizando se/então, antes/depois, primeiro/segundo etc.

5- Compreende duas sentenças que falam de um mesmo sujeito, mas de uma forma diferente

C: USO FUNCIONAL DA COMUNICAÇÃO 0 1

1- Nomeia objetos

2- Usa palavras específicas ou gestos para direcionar ou requisitar ações de outras pessoas

3- Procura informação fazendo perguntas

4- Descreve ações ou objetos

5- Fala sobre sentimentos ou pensamentos próprios

D: COMPLEXIDADE DA COMUNICAÇÃO EXPRESSIVA 0 1

6- Usa gestos que têm propósito adequado

7- Usa uma única palavra com significado adequado

8- Combina duas palavras com significado adequado

9- Usa sentenças de 4-5 palavras

10- Conecta duas ou mais idéias para contar uma história simples

E: RESOLUÇÃO DE PROBLEMA 0 1

1- Tenta indicar o problema ou dizer o que é necessário para ajudar a resolvê-lo

2- Se transformado por causa de um problema, a criança precisa ser ajudada imediatamente, ou o seu comportamento é prejudicado

3- Se transformado por causa de um problema, a criança consegue pedir ajuda e esperar se houver uma demora de pouco tempo

4- Em situações comuns, a criança descreve o problema e seus sentimentos com algum detalhe (geralmente não faz birra)

5- Diante de algum problema comum, a criança pode procurar um adulto para trabalhar uma solução em conjunto

F: JOGO SOCIAL INTERATIVO (ADULTOS) 0 1

6- Mostra interesse em relação a outros

7- Inicia uma brincadeira familiar

8- Aguarda sua vez em um jogo simples, quando é dada dica de que é sua vez

9- Tenta imitar uma ação prévia de um adulto durante uma brincadeira

10- Durante a brincadeira, a criança pode sugerir passos novos ou diferentes, ou responder a uma sugestão de um adulto com uma outra idéia

G: INTERAÇÃO COM OS COMPANHEIROS (CRIANÇAS DE IDADE SEMELHANTE) 0 1

1- Percebe a presença de outras crianças e pode vocalizar ou gesticular para os companheiros

2- Interage com outras crianças em situações breves e simples

3- Tenta exercitar brincadeiras simples em uma atividade com outra criança

4- Planeja e executa atividade cooperativa com outras

H: BRINCADEIRA COM OBJETOS incapaz 0 1 capaz

36- Manipula brinquedos, objetos ou o corpo com intenção

37- Usa objetos reais ou substituídos em seqüência simples de faz-de-conta

38- Agrupa materiais para formar alguma coisa

39- Inventa longas rotinas de faz-de-conta, envolvendo coisas que a criança já entende ou conhece

40- Inventa seqüências elaboradas de faz-de-conta a partir da imaginação

I: AUTO-INFORMAÇÃO 0 1

41- Diz o primeiro nome

42- Diz o primeiro e último nome

43- Dá o nome e informações descritivas sobre os membros da família

44- Dá o endereço completo de casa; se no hospital, dá o nome do hospital e o número do quarto

45- Dirige-se a um adulto para pedir auxílio sobre como voltar para casa ou voltar ao quarto do hospital

J: ORIENTAÇÃO TEMPORAL 0 1

46- Tem uma noção geral do horário das refeições e das rotinas durante o dia

47- Tem alguma noção da seqüência dos eventos familiares na semana

48- Tem conceitos simples de tempo

49- Associa um horário específico com atividades/eventos

50- Olha o relógio regularmente ou pergunta as horas para cumprir o curso das obrigações

K: TAREFAS DOMÉSTICAS 0 1

51- Começa a ajudar a cuidar dos seus pertences se for dada uma orientação e ordens constantes

52- Começa a ajudar nas tarefas domésticas simples se for dada uma orientação e ordens constantes

53- Ocasionalmente inicia rotinas simples para cuidar dos seus próprios pertences; pode requisitar ajuda física ou ser lembrado de completá-las

54- Ocasionalmente inicia tarefas domésticas simples; pode requisitar ajuda física ou ser lembrado de completá-las

55- Inicia e termina pelo menos uma tarefa doméstica que envolve vários passos e decisões; pode requisitar ajuda física

L: AUTOPROTEÇÃO 0 1

56- Mostra cuidado apropriado quando está perto de escadas

57- Mostra cuidado apropriado perto de objetos quentes ou cortantes

58- Ao atravessar a rua na presença de um adulto, a criança não precisa ser advertida sobre as normas de segurança

59- Sabe que não deve aceitar passeio, comida ou dinheiro de estranhos

60- Atravessa rua movimentada, com segurança, na ausência de um adulto

M: FUNÇÃO COMUNITÁRIA 0 1

61- A criança brinca em casa com segurança, sem precisar ser vigiada constantemente

62- Vai ao ambiente externo da casa com segurança e é vigiada apenas periodicamente

63- Segue regras/expectativas da escola e de estabelecimentos comunitários

64- Explora e atua em estabelecimentos comunitários sem supervisão

65- Faz transações em uma loja da vizinhança sem assistência

Somatório da Área de Função Social:

Por favor, certifique-se de ter respondido a todos os itens

Comentários:

PEDI - 4

ANEXO L - Página 6 do Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade

Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade

Versão 1.0 - Brasileira

Nome: _____ Data do teste: _____ Idade: _____
 Identificação: _____ Entrevistador: _____

SUMÁRIO DOS ESCORES

Escores Compostos

ÁREA

ÁREA		Escore Bruto	Escore Normativo	Erro Padrão	Escore Contínuo	Erro Padrão
Autocuidado	Habilidades funcionais					
Mobilidade	Habilidades funcionais					
Função Social	Habilidades funcionais					
Autocuidado	Assistência do cuidador					
Mobilidade	Assistência do cuidador					
Função Social	Assistência do cuidador					

Modificação (frequências)

Modificação (frequências)											
Autocuidado (8 itens)				Mobilidade (7 itens)				Função Social (5 itens)			
Nenhuma	Criança	Reabilitação	Extensiva	Nenhuma	Criança	Reabilitação	Extensiva	Nenhuma	Criança	Reabilitação	Extensiva

Perfil dos Escores

ÁREA		ESCORE NORMATIVO					ESCORE CONTÍNUO		
Autocuidado	Habilidades funcionais	10	30	50	70	90	0	50	100
Mobilidade	Habilidades funcionais	10	30	50	70	90	0	50	100
Função Social	Habilidades funcionais	10	30	50	70	90	0	50	100
Autocuidado	Assistência do cuidador	10	30	50	70	90	0	50	100
Mobilidade	Assistência do cuidador	10	30	50	70	90	0	50	100
Função Social	Assistência do cuidador	10	30	50	70	90	0	50	100

+/- 2 erros padrões