

DANYELLE CRISTINA COSTA RIBEIRO

**O Pedagogo na Equoterapia focando  
crianças com Encefalopatia Crônica Não  
Progressiva da Infância (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.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vanessa Christina Breia

São Gonçalo

2013

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CEH/D

R484 Ribeiro, Danyelle Cristina Costa.  
O Pedagogo na Equoterapia focando crianças com Encefalopatia Crônica Não Progressiva da Infância (ECNPI - Paralisia Cerebral) / Danyelle Cristina Costa Ribeiro. – 2013. 84f.

Orientadora: Profª Drª Vanessa Christina Breia.

Monografia (Licenciatura em Pedagogia) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Formação de Professores.

1. Educação inclusiva. 2. Equoterapia. I. Breia, Vanessa Christina. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Formação de Professores, Departamento de Educação. III. Título.

**CDU 376.4**

DANYELLE CRISTINA COSTA RIBEIRO

**O Pedagogo na Equoterapia focando crianças com  
Encefalopatia Crônica Não Progressiva da Infância  
(ECNPI – 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: \_\_\_\_\_

---

Professora: Dr.<sup>a</sup> Vanessa Christina Breia (Orientadora)  
Faculdade de Formação de Professores FFP/UERJ

---

Professora: Dr.<sup>a</sup> Sônia Câmara (Parecerista)  
Faculdade de Formação de Professores FFP/UERJ

São Gonçalo

2013

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Deus todo poderoso que permitiu que eu chegasse até aqui.

Ao meu querido e amado esposo Orlando J. Ribeiro pela sua compreensão e paciência por causa dos meus momentos e dias de ausência.

À minha mãe querida Vera Lúcia Costa que foi uma grande orientadora pedagógica particular e incentivadora nos meus momentos de crise.

À minha Orientadora a Prof<sup>a</sup> Vanessa Breia que me abriu espaço em seu projeto de pesquisa compartilhando suas experiências e me orientando na produção desta monografia.

À minha amiga Rosane Prado que abriu as portas de sua casa para que eu ficasse por um tempo até terminar esta monografia e antecipar a conclusão do curso devido a minha transferência para Natal – RN.

À minha amiga Joyce Ferreira fisioterapeuta do projeto que compartilhou seus conhecimentos e me ensinou muito sobre o cuidado com as crianças com Encefalopatia Crônica Não Progressiva da Infância.

Eu vi uma criança que não podia andar, sobre um cavalo,  
Cavalgava por prados floridos que não conhecia.  
Eu vi uma criança, sem força em seus braços, sobre um cavalo,  
O conduzia por lugares nunca imaginados.  
Eu vi uma criança sem enxergar, sobre um cavalo,  
Galopava rindo do meu espanto, com o vento em seu rosto.  
Eu vi uma criança renascer, tomar em suas mãos as rédeas da vida e,  
Sem poder falar, com seu sorriso dizer:  
“Obrigado Deus, por me mostrar o caminho”.

John Anthony Davis

## RESUMO

O objetivo desta monografia é de investigar a atuação do pedagogo em uma equipe interdisciplinar de Equoterapia. Como metodologia de pesquisa escolhemos o estudo de caso referente a um grupo formado por quatro crianças, as quais acompanhamos os atendimentos equoterápicos e que participam do projeto de pesquisa “Atendimento precoce em Equoterapia para crianças portadoras de Encefalopatia Crônica da Infância”, projeto este desenvolvido pelo Centro de Equoterapia Conviver, à época utilizava as dependências da Hípica Pedra Branca localizada a Rua Suécia sem número, no Bairro Várzea das Moças em Niterói. Apresentamos o conceito de Encefalopatia Crônica Não Progressiva da Infância (ECNPI – Paralisia Cerebral), uma reflexão sobre a Educação Inclusiva. Bem como discorreremos sobre o que é a Equoterapia, com um breve histórico, tipos de tratamento e a Intervenção Pedagógica em Equoterapia. Destacamos ainda o trabalho de campo realizado no projeto de pesquisa anteriormente mencionado.

Palavras-chaves: Educação Inclusiva; Desenvolvimento Infantil; Atuação do Pedagogo; Encefalopatia Crônica Não Progressiva da Infância; Equoterapia.

## **ABSTRACT**

The purpose of this paper is to investigate the work of teachers in an interdisciplinary team of Hippotherapy. As research methodology chosen case study concerning a group formed by four children, who accompanied the equoterápicas care and participating in the research project "Assistance in early Hippotherapy for children with Chronic Childhood Encephalopathy," developed by this project Hippotherapy Living Center, used the time dependencies of Hípica Pedra Branca located at Rua Sweden without number, in Suburb Várzea Young Women in Niterói. Introducing the concept of Chronic Non Progressive Encephalopathy of Childhood (ECNPI - Cerebral Palsy), a reflection on Inclusive Education. And discourse about what is Hippotherapy, with a brief history, types of treatment and Pedagogical Intervention in Hippotherapy. We also point out the fieldwork in the research project mentioned above.

Keywords: Inclusive Education, Child Development, Role of Educator; Encephalopathy, Chronic Progressive No Child; Hippotherapy.

## LISTA DE IMAGENS

Tabela nº 01 – Lista de Centros Equoterápicos cadastrados na ANDE-BR.....	28
Foto nº 01 – Momento de acolhimento de Bernardo e sua mãe na sessão equoterápica no Centro de Equoterapia Conviver.....	35
Foto nº 02 – Momento de relaxamento de Fabrício ouvindo a música de encerramento.....	35
Imagem nº 01 – Semelhanças entre o movimento tridimensional e a marcha Humana.....	47
Foto nº 03 – Erick Rosina Félix.....	49
Foto nº 04 – Estimulação sensorial (pés) em Erick Rosina.....	50
Foto nº 05 – Estimulação sensorial (mãos) em Erick Rosina.....	50
Foto nº 06 – Erick Rosina deitado para relaxamento.....	51
Foto nº 07 – Erick Rosina sentado em “índiozinho”.....	51
Foto nº 08 – Erick Rosina e seu pai aguardando o início da sessão equoterápica...	52
Foto nº 09 – Erick Arruda.....	53
Foto nº 10 – Erick Arruda na Avaliação Fisioterapêutica.....	54
Foto nº 11 – Erick Arruda no alongamento no tatame.....	54
Foto nº 12 – Erick Arruda na Estimulação Sensorial (pés).....	54
Foto nº 13 – Erick Arruda na Estimulação Sensorial (mãos).....	54
Foto nº 14 – Erick Arruda experimentando a Lycra.....	55
Foto nº 15 – Erick Arruda no Kiking na lycra se preparando para o latero-lateral.....	55
Foto nº 16 – Erick Arruda levando a mão na linha média e experimentando-a.....	56
Foto nº 17 – Erick Arruda na posição em puppy.....	56
Foto nº 18 – Fabrício de Assis.....	57
Foto nº 19 – Fabrício no momento de Estimulação Sensorial (mãos).....	58
Foto nº 20 – Fabrício na posição “índiozinho”.....	58
Foto nº 21 – Fabrício no momento de relaxamento ouvindo a música de encerramento.....	58
Foto nº 22 – Fabrício em espasmo muscular de alegria ao se aproximar do cavalo.....	58
Foto nº 23 – Fabrício no momento da Contação de Histórias.....	59
Foto nº 24 – Fabrício comemorando seu aniversário.....	59

Foto nº 25 – Fabrício Experimentando a posição em pé.....	59
Foto nº 26 – Miguel Dionn.....	60
Foto nº 27 – Miguel Dionn com abdução das pernas (posição de cavaleiro).....	61
Foto nº 28 – Miguel Dionn sentado na posição de Príncipe.....	61
Foto nº 29 – Miguel Dionn usando a imaginação e buscando equilíbrio ao sair da estação.....	62
Foto nº 30 – Miguel Dionn sendo estimulado a bater palmas.....	62

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>CAPÍTULO I – PARALISIA CREBRAL: CONHECENDO, DESCONSTRUINDO MITOS E DESCOBRINDO POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO</b> .....	13
1.1 <b>Classificação da ECNPI quanto à área de lesão</b> .....	14
1.2 <b>O papel da prevenção e do tratamento na ECNPI</b> .....	16
1.3 <b>Problemas Associados à ECNPI</b> .....	18
1.4 <b>Refletindo sobre a Educação Inclusiva</b> .....	20
<b>CAPÍTULO II – DEFINIÇÕES ACERCA DA EQUOTERAPIA</b> .....	25
2.1 <b>A História da Equoterapia</b> .....	26
2.2 <b>Tipos de Tratamento em Equoterapia</b> .....	30
2.2.1 <u>Intervenção Pedagógica em Equoterapia</u> .....	30
2.2.2 <u>Aprendizagem na visão Histórico Cultural do Desenvolvimento</u> .....	36
2.2.3 <u>Equoterapia e o Desenvolvimento Infantil</u> .....	39
<b>CAPÍTULO III – PESQUISA DE CAMPO: ESTRUTURA BÁSICA</b> .....	42
3.1 <b>Relato de Experiências</b> .....	45
3.2 <b>Apresentação do Grupo de Estudo</b> .....	49
3.2.1 <u>Caso nº 1 - Erick Rosina</u> .....	49
3.2.2 <u>Caso nº 2 - Erick Arruda</u> .....	53
3.2.3 <u>Caso nº 3 - Fabrício</u> .....	57
3.2.4 <u>Caso nº 4 - Miguel Dionn</u> .....	60
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	63
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	65
<b>ANEXO 1 – Documento de reconhecimento da Equoterapia como método Terapêutico</b> .....	69
<b>ANEXO 2 – Ficha de Anamnese</b> .....	70
<b>ANEXO 3 – Ficha de Avaliação do Desenvolvimento Neuropsicomotor</b> .....	72
<b>ANEXO 4 – Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI)</b> .....	75
<b>ANEXO 5 – Autorização do Uso de Imagem</b> .....	81
<b>ANEXO 6 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	82
<b>ANEXO 7 – Ficha de Evolução</b> .....	84

## INTRODUÇÃO

Esta monografia teve o objetivo de investigar a atuação do pedagogo em uma equipe interdisciplinar de Equoterapia com crianças com Encefalopatia Crônica não Progressiva da Infância (ECNPI – Paralisia Cerebral). Como metodologia de pesquisa escolheu-se o estudo de caso referente a um grupo formado por quatro crianças, que participo dos atendimentos equoterápicos, compreendendo a faixa etária de onze a trinta e nove meses de idade com ECNPI.

Esta questão surgiu enquanto tema de investigação a partir de minha inserção no projeto de pesquisa “Atendimento precoce em Equoterapia para crianças portadoras de Encefalopatia Crônica da Infância”, projeto este desenvolvido pelo Centro de Equoterapia Conviver<sup>1</sup>, à época utilizava as dependências da Hípica Pedra Branca localizada a Rua Suécia, sem número, no Bairro Várzea das Moças em Niterói, coordenado pela professora Vanessa Breia. Como já era de meu interesse pessoal conviver e trocar experiências com crianças com Necessidades Educacionais Especiais (NEE) surgiu à oportunidade de participar do projeto e desenvolver esse tema com o qual me identifico.

Equoterapia é um método terapêutico e educacional que utiliza o cavalo como agente de transformação, que contribui para o desenvolvimento do equilíbrio, tônus muscular, flexibilidade, consciência corporal e coordenação motora. Também conhecida por Equitação terapêutica e Hipoterapia.

Pretendeu-se elucidar os ganhos obtidos através da Equoterapia referentes às dimensões cognitivas, afetiva, a interação entre ambas e contemplar também a dimensão psicomotora as quais contribuem para a aprendizagem e o desenvolvimento biopsicossocial do indivíduo. Neste sentido, não deixamos de apreciar seu caráter interdisciplinar e o fato de que seu ambiente terapêutico difere do ambiente tradicional, transformando-se em uma atividade lúdica, prazerosa em que o paciente faz os exercícios de forma dinâmica e agradável.

---

<sup>1</sup> **Centro de Equoterapia Conviver:** Atualmente localiza-se na rua dezenove, quadra quinze – Engenho do Mato em Niterói. Maiores informações pelo site <http://www.equoterapiaconviver.com.br/>. Responsável pelo Centro equoterápico é a Prof.<sup>a</sup> Vanessa Breia podendo entrar em contato pelos e-mails: [equoterapiaconviver@gmail.com](mailto:equoterapiaconviver@gmail.com); [vanessabreia@gmail.com](mailto:vanessabreia@gmail.com).

Segundo a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência realizada em Brasília no ano de 2007, existem 24,5 milhões de brasileiros portadores de pelo menos uma deficiência. (VANNUCHI, 2007, p. 07). O Relatório sobre a Prevalência de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens desenvolvida pela Coordenação Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE), destaca que estas pessoas correspondem a 14,5% da população brasileira, sendo 48,1 % deficientes visuais, 22,9% deficientes motores, 16,7% deficientes auditivos, 8,3% deficientes mentais e 4,1% deficientes físicos. (TEIXEIRA; OLIVEIRA, 2004, p. 13). A partir destes dados é possível constatar que a deficiência na área motora tem certa relevância em nosso país, dentro deste grupo encontram-se os portadores de Encefalopatia Crônica Não Progressiva da Infância, público alvo desta monografia.

Observou-se também a questão da escassez de literaturas sobre o assunto no aspecto pedagógico, já no aspecto fisioterapêutico e psicológico encontra-se uma quantidade considerável de referências, trabalhos publicados e artigos.

Neste trabalho monográfico observamos as etapas do desenvolvimento do estudo de caso que consiste na seleção e delimitação do caso, o trabalho de campo, a organização e redação deste trabalho. Para a realização do levantamento bibliográfico e fundamentação teórica articulamos com autores como Vygotsky, Palácios, Mora, Leite, Prado, Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, Fonseca entre outros.

No primeiro capítulo conceitua-se a Encefalopatia Crônica Não Progressiva da Infância (ECNPI – Paralisia Cerebral) com as causas, diagnóstico, classificação quanto à área da lesão, o papel da prevenção e do tratamento; categorias de intervenção; problemas associados e finaliza-se o capítulo com uma reflexão sobre a Educação Inclusiva.

O segundo capítulo discorre sobre o que é a Equoterapia, apresentando-se um breve histórico, tipos de tratamento e a Intervenção Pedagógica em Equoterapia.

Já no terceiro capítulo destaca-se o trabalho de campo realizado no projeto de pesquisa anteriormente mencionado. Apresentação do grupo de estudo, breve descrição das atividades realizadas durante as sessões equoterápicas e fotos dos melhores momentos.

Tecem-se as considerações finais, enfatizando a presença do pedagogo em qualquer que seja o ambiente seja ele escolar ou não, destacando os avanços das crianças que foram observadas em especial duas que já iniciaram escolarização.

## CAPÍTULO I

### PARALISIA CEREBRAL: CONHECENDO, DESCONSTRUINDO MITOS E DESCOBRINDO POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO

A Encefalopatia Crônica Não Progressiva da Infância (ECNPI), mais conhecida como Paralisia Cerebral (PC) é definida como resultado de uma lesão ou má formação do cérebro. Segundo a Associação Brasileira de Paralisia Cerebral, esta lesão ocorre durante a fase de desenvolvimento do sistema nervoso central (SNC), sendo compreendida como desde a concepção intrauterina até os dois anos de idade. Manifesta-se principalmente por perda ou comprometimento do controle sobre a musculatura voluntária. Caracteriza-se por alterações dos movimentos ou de postura, de causa não genética, dependendo do local, magnitude do dano e etiologia. Os sintomas podem variar e, em geral acompanha-se de déficits sensoriais e mentais, bem como de crises convulsivas. Pode ocorrer durante a gestação, no parto ou após o nascimento, ainda no processo de amadurecimento do cérebro da criança.

Segundo a rede Sarah<sup>2</sup> de hospitais de reabilitação, dentre as **causas** temos as do tipo **pré-natais**, às infecções congênicas (citomegalia, toxoplasmose, rubéola) e hipóxia fetal (lesão cerebral do feto causada por baixos níveis de oxigênio), decorrente de complicações maternas, como no caso das hemorragias. São considerados fatores de risco a exposição da mãe a substâncias tóxicas ou agentes teratogênicos (radiação, álcool, cocaína e certas medicações). As causas **perinatais** estão relacionadas com complicações durante o parto, prematuridade e hiperbilirrubinemia<sup>3</sup>.

As causas da ECNPI **pós-natal** são atribuídas às infecções do sistema nervoso central (meningites e encefalites), traumatismo crânio-encefálico e hipóxia cerebral grave (quase afogamento, convulsões prolongadas e parada cardíaca).

---

<sup>2</sup> **Rede Sarah:** Não é uma sigla e sim o nome da Instituição. Centro de referência nacional e internacional em reabilitação recebeu este nome em homenagem à Sarah Kubitschek, primeira dama do Brasil na época da fundação de Brasília. Disponível em: <<http://www.sarah.br/>>, acessado em: 28/09/2010.

<sup>3</sup> **Hiperbilirrubinemia ou Icterícia:** é uma síndrome caracterizada pela coloração amarelada de pele e mucosas devido a uma acumulação de bilirrubina no sangue, podendo causar danos cerebrais. Esta doença atinge em maior número os bebês recém-nascidos prematuros ou os que estão muito doentes. Disponível em: <[pt.wikipedia.org/wiki/Hiperbilirrubinemia](http://pt.wikipedia.org/wiki/Hiperbilirrubinemia)>, acessado em 28/09/2010.

O **diagnóstico** da Encefalopatia Crônica não progressiva da Infância (ECNPI) está relacionado com o atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, confirmando a partir de exames de imagem que evidenciam a lesão cerebral, podendo ou não estar associada com outros sintomas. Uma definição eficiente acerca dos distúrbios do Sistema Nervoso Central pressupõe uma minuciosa avaliação, com anamnese da criança, um exame clínico detalhado e exames de imagem da estrutura e funcionamento cerebral como eletroencefalograma e uma tomografia computadorizada. Como esta patologia está ligada a diferentes complicações é fundamental uma abordagem interdisciplinar na avaliação e no tratamento.

### 1.1 Classificação da ECNPI quanto à área da lesão

Faz-se necessário, termos clareza dos pressupostos que norteiam a nossa visão de ECNPI, suas definições e classificações, pois, sentimos a necessidade de compartilhar o percurso trilhado ao longo destes dois anos e meio de trabalho para que pudéssemos compreender as estratégias de intervenção utilizadas, bem como as adaptações necessárias.

A ECNPI é **classificada** de acordo com a alteração de movimento que predomina, está relacionada com a localização, gravidade e extensão da lesão no cérebro. Assim, a ECNPI pode ser classificada de acordo com os comprometimentos no controle dos movimentos (LEITE; PRADO, 2004, p. 41-45), elencadas a seguir:

**Espáticas:** as crianças espásticas geralmente apresentam musculatura tensa, contraída, difícil de ser movimentada. Este quadro pode ser subdividido conforme a distribuição da lesão no corpo, podendo ser diplégica, quadriplégica e hemiplégica. Enquanto a diplégica é definida como um comprometimento maior dos membros inferiores em relação aos superiores, a quadriplégica é caracterizada pelo comprometimento igual ou maior dos membros superiores. No caso da hemiplégica ocorre quando apenas um dos lados do corpo é prejudicado. Para compreender melhor temos exemplos da dificuldade em executar atividades diárias como vestir-se, comer, escovar os dentes, cabelos entre outras.

**Com movimentos involuntários:** ocorre quando a lesão está localizada nas áreas que modificam ou regulam o movimento, chamada de trato extrapiramidal. A pessoa com ECNPI que apresenta movimentos involuntários está frequentemente relacionada com a lesão dos gânglios da base (núcleos localizados no centro do cérebro, formados pelos corpos dos neurônios que compõem o trato extrapiramidal), causada por hiperbilirrubinemia neonatal. Os reflexos primitivos existentes nos recém-nascidos podem perdurar.

Neste caso, estes movimentos representam um problema, visto que os reflexos têm o papel de sobrevivência para a criança (ALBUQUERQUE, p.2). Quando a criança for tocada na palma da mão automaticamente fecha-a, este movimento involuntário se caso não for substituído por movimento voluntário acarretará na impossibilidade dessa criança tentar uma posição de gatas para então ter o desejo de engatinhar e assim adquirir a marcha.

Também é comum a falta de controle da saliva e expressões faciais involuntárias e o desenvolvimento motor é retardado. As características típicas desta classificação são movimentos lentos, suaves e contorcidos. De acordo com o tipo destes movimentos existe uma classificação que subdivide esse quadro clínico em três grupos: **atetose, coréia e distonia** (NETO, 2009; SOUZA, 2010; Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação).

Na **Atetose** são encontrados movimentos involuntários e lentos presentes nos dedos dos pés e das mãos, os quais dificultam a execução dos movimentos voluntários, pois estes são induzidos ou se acentuam mediante emoção, mudança de postura ou na realização de movimentos intencionais.

A **Coréia** é caracterizada por movimentos rápidos, amplos, irregulares e imprevisíveis comprometendo os músculos da face, as partes proximais das extremidades e os dedos dos pés e das mãos. Estas características podem ser agravadas mediante estresse, excitação e febre.

Na **Distonia** (também conhecida como distonia de torção) ocorrem contrações involuntárias, geralmente de grandes grupamentos e afetando principalmente os músculos proximais.

**Atáxica:** está relacionada com lesões cerebelares ou das vias cerebelares. Como a função principal do cerebelo é controlar o equilíbrio e coordenar os movimentos, as crianças com lesão cerebelar atáxica apresentam marcha cambaleante por causa da deficiência de equilíbrio, movimentos desordenados,

incapacidade para realizar movimentos alternados rápidos e dificuldade para atingir um alvo.

Assim como nas formas extrapiramidais de ECNPI, durante o primeiro ano de vida, a alteração observada é a hipotonia, ou seja, uma condição em que o tônus muscular está baixo, diminuído, geralmente envolvendo redução da força muscular. Por exemplo, ao carregar um bebê tem-se a sensação de se estar carregando uma boneca de pano e percebe-se que o corpo da criança é flácido. A alteração mais frequentemente encontrada é a ataxia associada a sinais piramidais (tônus muscular aumentado e reflexos tendinosos exacerbados). A ataxia tende a melhorar com o tempo.

Visto as características apresentadas acima não é difícil deduzir que muitas atividades da vida prática como a alimentação, cuidados básicos de higiene pessoal, o momento de vestir-se entre outras ficam comprometidas. Em relação à escolarização há problemas na mobilidade, linguagem e controle motor. Por isso faz-se necessário conhecer o que é a ECNPI para que o professor, pedagogo o profissional que terá contato com esta criança possa escolher a melhor intervenção que se adapte a cada ser humano com suas individualidades, preferências e subjetividades, seja incluído em qualquer ambiente que esteja.

## **1.2 O papel da prevenção e do tratamento na ECNPI**

Considerando-se que a ECNPI acarreta um conjunto de sintomas que interferem no processo de desenvolvimento das pessoas que apresentam este quadro, tão importante quanto o tratamento é a prevenção. Dentre as principais medidas a serem tomadas destacamos a realização de um acompanhamento pré-natal de qualidade e a boa assistência ao recém-nascido na sala de parto. Estas duas providências diminuem bastante a chance das crianças desenvolverem lesão cerebral permanente.

O tratamento de crianças com ECNPI, em suas diferentes modalidades, envolvem profissionais de várias áreas, tanto no campo da saúde como na educação além, é claro, da própria família. A ECNPI não tem cura, mas seus efeitos

podem ser minimizados. O objetivo principal deve ser o de promover o maior grau de independência possível e para isso deve-se estimular o desenvolvimento de padrões funcionais do movimento através de favorecimento e enriquecimento de experiências neurosensoriais trabalhando de maneira articulada a estimulação cognitiva e a motora.

Muitas crianças com ECNPI têm dificuldades na realização das atividades diárias e, dependendo do grau de suas limitações, o uso de dispositivos especiais, adaptadores e técnicas de execução favorecem o desempenho destas atividades.

O tratamento da ECNPI é paliativo, visto que não se pode agir sobre uma lesão já estabelecida e cicatricial. Neste caso, o tratamento visa o controle das crises convulsivas, das complicações decorrentes das lesões e a prevenção de outras doenças e contraturas, além de um amplo programa de estimulação.

❖ Quanto ao tratamento medicamentoso é baseado no uso de anticonvulsivantes e psiquiátricos, quando há necessidade de controle dos distúrbios afetivo-emocionais e da agitação psicomotora.

❖ Já o tratamento cirúrgico envolve cirurgias ortopédicas para corrigir deformidades e estabilizar as articulações, além de preservar a função e aliviar a dor.

❖ A indicação para a realização de fisioterapia tem por objetivo inibir a atividade reflexa anormal, favorecer a regularização normalizando o tônus muscular e facilitar o movimento normal, conseqüentemente melhorando a força, flexibilidade, amplitude de movimento e as capacidades motoras básicas para a mobilidade funcional.

Destacamos que as metas de um programa de reabilitação são reduzir a incapacidade, prevenir contraturas, deformidades e otimizar a funcionalidade do sujeito.

Evidenciamos que o desenvolvimento cognitivo está intimamente ligado ao desenvolvimento motor, pois, ambos refletem o processo maturativo do cérebro, o qual ocorre do centro para a periferia, chamado de encefalização. Demonstrando assim a relação direta com a evolução do controle postural e do autocontrole motor. Ou seja, "(...) o elemento automático vai se transformando em voluntário e o incontrolado em controlado". (PALACIOS; MORA, 1995, p. 38). Portanto, o desenvolvimento motor está diretamente relacionado às aquisições sócio-cognitivas. Como o olhar, o engatinhar, a deglutição, entre outras. Este assunto será abordado a diante.

O prognóstico da ECNPI depende do grau das lesões dos sistemas e da disponibilidade e da qualidade da reabilitação. Porém, mesmo nos casos de bom prognóstico existem três fatores de grande relevância no desenvolvimento da criança: o grau de deficiência mental, o número de crises epilépticas e a intensidade do distúrbio de comportamento. Crianças com deficiência mental moderada ou grave, associadas a crises epilépticas de difícil controle ou com atitudes negativistas ou agressivas, não respondem bem a reabilitação.

### **1.3 Problemas associados à ECNPI**

Segundo a rede Sarah de hospitais de reabilitação, os problemas associados à ECNPI além de acarretar alterações do movimento, provocam a presença de outros distúrbios os quais devem ser investigados, pois o sucesso do tratamento depende da abordagem correta de todos estes problemas.

**Epilepsia:** Os neurônios (células nervosas) estão constantemente gerando impulsos elétricos, quando vários neurônios entram em atividade elétrica ao mesmo tempo, ocorre um distúrbio do funcionamento do sistema nervoso central. Estes episódios de descarga elétrica anormal são chamados de crises epilépticas.

**Deficiência Mental:** Com uma ocorrência de aproximadamente 50% dos casos, tem levado a distorções e preconceitos acerca dos potenciais destes portadores de deficiência, devendo-se diferenciar os diversos graus de comprometimento mental de cada criança, baseando-se em acompanhamento especializado e evolutivo das mesmas. (SARAH, 2010)

**Deficiências Visuais:** Ocorrem casos de baixa-visão, estrabismo, catarata, glaucoma (aumento da pressão ocular) e erros de refração, que podem ser precocemente diagnosticados e tratados, com bom prognóstico oftalmológico, devendo-se intensificar sua diagnose com os novos avanços em tecnologia e a correção preventiva de danos com uso de lentes ainda nos primeiros anos de vida.

**Deficiência Auditiva:** Algumas crianças com ECNPI têm deficiência auditiva e o diagnóstico precoce é importante porque no primeiro ano de vida, a experiência de escutar a fala humana orienta a formação de conexões nervosas em nível encefálico relacionado à capacidade de linguagem e comunicação oral. A privação sensorial,

nessa fase, pode comprometer o desenvolvimento dessas conexões. Alguns estudos em crianças com deficiência auditiva demonstraram que, mais do que o grau da deficiência, o diagnóstico e a intervenção precoce (marcadamente até os 6 meses de idade) foram o melhor fator prognóstico para a aquisição da linguagem.

Outro aspecto que merece destaque é o fato de que muitas pessoas ao saberem que uma criança apresenta alguma deficiência tende a não falar com ela ao partirem do pressuposto que a mesma não compreende.

**Dificuldades de Fala e Alimentação:** Devido à lesão cerebral ocorrida, muitas crianças com esta necessidade especial apresentam problemas de comunicação verbal e dificuldades para se alimentar, devido ao tônus flutuante dos músculos da face, o que prejudica a pronúncia das palavras com movimentos corretos, podendo-se recorrer a tratamentos especializados e orientação fonoaudiológica, a fim de minimizar e até resolver alguns destes distúrbios.

Estes comprometimentos podem não estar presentes em todos os casos ou se manifestar de maneiras diversas que podem variar de uma pequena dificuldade na fala e deglutição até a impossibilidade de verbalização e a incapacidade de se alimentar pela via oral – Boca. No projeto de pesquisa que veremos com mais detalhes adiante temos três crianças com gastrostomia<sup>4</sup>.

E para as crianças que não falam, já contamos com os comunicadores alternativos e as linguagens através de símbolos. Desordens da sucção, mastigação e deglutição são comuns a estas crianças. Todos estes fatores contribuem para uma ingestão alimentar abaixo das necessidades. Além disso, muitas crianças com limitações motoras são mantidas por longos períodos com dietas próprias para bebês. A dieta deve ser planejada de acordo com as características clínicas e as limitações de cada criança.

**Constipação Intestinal:** Quanto mais tempo as fezes permanecem no colo, maior é a absorção de água e mais endurecidas elas ficam, resultando em constipação. A constipação intestinal crônica decorre de vários fatores, entre os quais pequena ingestão de fibras e líquidos, atividade física extremamente reduzida pelos comprometimentos motores e uso de medicações como antiácidos e certos antiepilépticos.

<sup>4</sup> **Gastrostomia** ou **jejunostomia**: (enterostomia) é um procedimento cirúrgico para a fixação de uma sonda alimentar. Disponível em: < <http://pt.wikipedia.org/wiki/Gastrostomia>>, acessado em 15/09/2012.

## 1.4 Refletindo sobre a Educação Inclusiva

*O ambiente escolar como um todo deve ser sensibilizado para uma perfeita integração. Propõe-se uma escola integradora, inclusiva, aberta à diversidade dos alunos, no que a participação da comunidade é fator essencial.*

### Plano Nacional de Educação – Educação Especial

A inserção da pessoa portadora de necessidades educativas especiais na escola o que oportuniza um processo dinâmico de participação em todos os níveis sociais, com base na Constituição de 1988 no Artigo 205 – A educação aparece como direito de todos e dever do Estado e da Família. Esta deverá ser promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando o pleno desenvolvimento da pessoa seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho, e ainda que a inclusão proponha um novo modo de interação social, no qual há uma revolução de valores e atitudes que exigem mudanças na estrutura da sociedade e da própria educação escolar.

Confirmado na Declaração de Salamanca (1994, p. 01) “Aqueles com necessidades educacionais especiais devem ter acesso à escola regular, que deveria acomodá-los dentro de uma Pedagogia centrada na criança, capaz de satisfazer a tais necessidades”, A qual, também define educação inclusiva como sendo “(...) o modo mais eficaz para a construção de solidariedade entre crianças com necessidades educacionais especiais e seus colegas” (1994, p. 05) por isso, esta deve ter oportunidades de interagir com pessoas de sua idade, fazendo amizades, participando de iguais oportunidades que a escola oferece o que colabora assim, com a integração social do indivíduo.

De acordo com a constituição brasileira, tanto as escolas públicas quanto as particulares têm obrigação de aceitar a matrícula de qualquer aluno com NEE (Necessidades Educacionais Especiais). Quando o comprometimento motor é importante, a escola deve considerar e respeitar limitações como escrita lenta ou dificuldade para a fala. Nessas situações, a escola deve encontrar estratégias que

possam viabilizar a aprendizagem. Qualquer limitação motora pode ser minimizada através de recursos didáticos compatibilizando aprendizagem e dificuldade de movimento, ou de meios alternativos oferecidos pela engenharia de reabilitação.

A escola deve adaptar-se ao aluno e para isso tem que ter a preocupação com as estruturas arquitetônicas e físicas e atitudinais, ou seja, atentar-se em proporcionar um ambiente que favoreça o acesso, permanência e aprendizagem efetiva dos alunos com NEE, a locomoção e acomodação destas crianças. Em nosso caso específico favorecemos na situação das crianças com ECNPI. Deve proporcionar uma pedagogia voltada para o aluno, capaz de promover a interação entre eles, favorecendo a aprendizagem tornando-a prazerosa. E por último, mas não menos importante, a escola deve saber trabalhar com as questões atitudinais, debater com os alunos e profissionais questões sobre como conviver, respeitando as diferenças e necessidades das outras crianças.

Considerando-se os dados da Coordenação Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência é possível concluir que o grupo de deficiências predominante no Brasil é o da área motora. Nesta área se encontram os portadores de ECNPI o que os torna alvo de políticas públicas prioritárias. É importante saber e divulgar que pessoas com ECNPI pode possuir inteligência normal e mesmo assim depender da adaptação de recursos de comunicação para se fazer entender.

O processo de inclusão se refere a um programa educacional que visa garantir ao máximo a capacidade da criança com NEE aprender e se desenvolver na escola e na classe regular. Envolve fornecer o suporte de serviços da área de Educação Especial através dos seus profissionais, como a formação continuada para professores, o professor mediador, o Atendimento Educacional Especializado (AEE), aumentarem o número das salas de recursos nas escolas entre outras medidas.

Além disso, inclusão é um processo constante que precisa ser continuamente revisto. No ambiente escolar, é necessário que os participantes da ação educativa tenham claro que a realização de qualquer objetivo exige compromisso e empenho de todos, daí a importância de um trabalho participativo, democrático e compartilhado. Isso não é tarefa fácil, nem tampouco imediata, mas exige comprometimento com aquilo que se valoriza e se acredita. Uma nova concepção de educação inclusiva na sociedade se faz por vontade pública e é essencial que o sistema educacional assuma essa vontade.

Segundo texto explicativo sobre a ECNPI publicado no site oficial da rede Sarah, dependendo do potencial cognitivo, ou seja, da capacidade para aprender, uma criança com ECNPI pode estar apta a frequentar a escola regular em classe compatível com sua faixa etária. As crianças com tetraplegia espástica geralmente apresentam envolvimento cognitivo grave e necessitarão de maior suporte e adaptações. Crianças com outros tipos de ECNPI apresentam deficiência cognitiva leve ou moderada e possivelmente, serão mais facilmente incluídas na rede regular de ensino.

No Brasil, existem Centros de Educação Especial administrados pelo governo como, por exemplo, o Instituto Benjamin Constant (IBC), Instituto Nacional de Educação de Surdos (INES), por instituições filantrópicas ou pertencentes à rede privada como Associação de Pai e Amigos dos Excepcionais (APAE), Associação Fluminense de Reabilitação em Niterói – RJ (AFR), que dispõem de atendimento a estas crianças. Algumas crianças, apesar de mostrarem capacidade para aprender, necessitam ensino especial devido a distúrbios sensoriais. Algumas das instituições citadas possuem modalidades de atendimento especializado para crianças com deficiência visual ou auditiva. Cabe ressaltar que estas instituições prestam serviços de AEE via convênio, com as Secretarias Municipais de Educação, já que ainda não dispomos de sala de recursos e profissionais suficientes para esta função.

Convém ressaltar que o AEE é “o conjunto de atividades, recursos de acessibilidade e pedagógicos organizados institucionalmente, prestado de forma complementar ou suplementar à formação dos alunos no ensino regular”. (SEESP/MEC, 2008).

Temos que compreender que o AEE não é reforço escolar, esse atendimento é específico da Educação Especial, o qual não substitui o ensino regular, não faz a adaptação de currículos ou avaliações de desempenho, porém, visa à autonomia da criança dentro e fora da escola. Segundo decreto nº 7.611, de 17 de novembro de 2011 no artigo 3º seus objetivos são:

- I - prover condições de acesso, participação e aprendizagem no ensino regular e garantir serviços de apoio especializados de acordo com as necessidades individuais dos estudantes;
- II - garantir a transversalidade das ações da educação especial no ensino regular;
- III - fomentar o desenvolvimento de recursos didáticos e pedagógicos que eliminem as barreiras no processo de ensino e aprendizagem; e

IV - assegurar condições para a continuidade de estudos nos demais níveis, etapas e modalidades de ensino.

A efetivação de uma educação inclusiva de fato não é uma tarefa fácil. Não menos desprovida de dificuldades é a tarefa de um Estado que intenta organizar uma política pública que, como tal, se empenha na busca de um caráter de universalidade, garantindo acesso a todos os cidadãos às políticas que lhes cabem por direito.

A proposta da Educação inclusiva é uma ação afirmativa de reconhecimento da diversidade enquanto característica humana em que envolve múltiplos aspectos como: gênero, etnia, orientação religiosa e sexual. O que complementa Glat e Blanco sobre a Educação Inclusiva:

é um processo progressivo e contínuo de absorção do aluno com necessidades educacionais especiais pela escola regular. Este pressupõe, simultaneamente, a adaptação da instituição e da cultura escolar para atuar com o aluno, e a adaptação deste aluno para que possa usufruir plenamente do processo educacional (GLAT; BLANCO, 2007, p. 32).

Considerando o exposto, fica evidente que é importante conhecer as características de uma síndrome, transtorno ou deficiência, mas que os sujeitos não são a deficiência em si. Neste sentido, se faz fundamental entrar em contato com a história, experiências, expectativas de cada criança e de sua família.

Como destaca Vygotsky sobre o desenvolvimento da aprendizagem das pessoas com NEE:

Se uma pessoa deficiente alcança o mesmo desenvolvimento de uma pessoa normal, então as pessoas com deficiência alcançam esse desenvolvimento de um modo diferente, por outra via, com outros meios e para o educador inclusivo é importante conhecer essa peculiaridade da via pela qual ele deve conduzir estas pessoas. A lei da transformação e da compensação proporciona a chave para se chegar a essa peculiaridade (VYGOTSKY, 1989, p. 07).

Para operar as transformações nos modos de relação dentro da escola faz-se necessário, que os profissionais envolvidos tomem para si a tarefa de pensar estas questões de forma reflexiva e coletiva. Dito de outra forma, é necessário que todos

os agentes institucionais percebam-se como gestores e técnicos da educação inclusiva. Nesta perspectiva, é essencial que o exercício social e profissional destes agentes esteja sustentado por uma rede de ações interdisciplinares, que se entrelacem no trabalho com as necessidades educacionais especiais dos alunos.

Consideradas essas questões, a educação inclusiva implica na implementação de ações afirmativas, na compreensão da inclusão como processo que não se restringe à relação professor-aluno, mas que seja concebido como princípio de educação para todos e valorização das diferenças que envolvem toda a comunidade escolar, portanto, a prioridade para que as propostas saiam do âmbito do discurso para a prática faz-se necessário que sejam produzidas:

- Políticas públicas de saúde: provendo saneamento básico, pré-natal na prevenção de doenças como a ECNPI, boa assistência no parto entre outras.

- Políticas Educacionais com recursos físicos e tecnológicos e investimento em formação continuada dos educadores.

- A Universidade desenvolva projetos de pesquisa e extensão que estejam diretamente comprometidos com a prevenção da ECNPI e com a melhoria de qualidade de vida e inclusão social das pessoas que manifestam esta condição, capacitando o profissional que vai atuar junto a esses alunos especiais.

## CAPÍTULO II

### DEFINIÇÕES ACERCA DA EQUOTERAPIA

A Equoterapia é uma atividade de reabilitação, que contribui para o desenvolvimento do equilíbrio, tônus muscular, flexibilidade, consciência corporal e coordenação motora. “(...) o objetivo principal da equoterapia (embora indissociável do psicológico e do social) para pessoas com disfunções neuromotoras é promover suas habilidades para executar tarefas motoras complexas” (SEVERO, 2010, p. 151).

A equoterapia foi reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), como um método terapêutico, através do processo CFM nº 1.386/95 PC/CFM/nº 06/97, aprovada em sessão plenária de 09 de abril de 1997 (em anexo nº 01), e regulamentada no Brasil pela Associação Nacional de Equoterapia (ANDE-BR).

A ANDE-BR on-line<sup>5</sup>, conceitua a Equoterapia como “(...) um método terapêutico e educacional que utiliza o cavalo dentro de uma abordagem interdisciplinar, nas áreas de saúde, educação e equitação, buscando o desenvolvimento biopsicossocial de pessoas com deficiência e/ou com necessidades especiais”.

A terapia inicia com a interação entre o praticante de Equoterapia e o cavalo. Segundo Ferlini e Cavalari:

Para que ocorra aprendizado é necessário que haja uma interação entre o indivíduo e seu ambiente, sendo que a qualidade dessa interação vai afetar diretamente a qualidade da aprendizagem. Nesse processo, fatores como a capacidade de manter a atenção, a capacidade de estabelecer vínculos afetivos e autoconfiança assumem um papel de relevada importância. (2010, p. 2)

O estabelecimento do vínculo começa com a aproximação do cavalo e a preparação para a equitação que envolve o encilhamento, desencilhamento, a

---

<sup>5</sup> ANDE – BRASIL. Associação Nacional de Equoterapia. **Como Método Terapêutico e Educacional**. Texto elaborado para divulgação do reconhecimento da equoterapia pelo Conselho Federal de Medicina como um método terapêutico. Disponível em <<http://www.equoterapia.org.br/metodo.php>>, acessado em 04/07/2011.

participação no cuidado diário com o animal, por exemplo, alimentação, escovação e banho. No que se refere ao ato de montar na prática da equoterapia desenvolvem a organização do esquema corporal, atenção, novas formas de socialização, autocuidado, autoconfiança, autoestima e controle da ansiedade.

O uso do cavalo nesta terapia faz com que o praticante se envolva por inteiro, pois, a interação com o cavalo, equoterapeutas e o ambiente natural favorecem o alívio de stress, autoconfiança e segurança. Na equitação pela mudança de posições, como por exemplo, o parar e a retomada do movimento, a busca pelo equilíbrio é constante, desenvolve também a concentração, o praticante de equoterapia toma consciência de espaço e de seu corpo.

A terapia inicia quando o cavalo ao deslocar-se "ao passo", ocorre o chamado movimento tridimensional, isto é, deslocamentos simultâneos para frente e para trás, para direita e esquerda, para cima e para baixo. Tais movimentos simulam a marcha humana. Assim, os praticantes de equoterapia recebem estímulos que ativam o sistema nervoso central de modo que ocorram ajustes tônicos em busca de equilíbrio, de forma completa e integrada. (SEVERO, 2010; FERLINI; CAVALARI, 2010; BALTIORI, 2003; MEDEIROS, 2011).

Segundo Severo e Severo estas mudanças do tônus muscular que ocorrem no tempo de execução e no controle postural de pessoas com Encefalopatia é muito importante. Pois, alguns dos objetivos da equoterapia, estão: "a modificação do tônus postural, a diminuição da morbidade neurológica, a inibição dos reflexos primitivos, a promoção do controle postural, os alinhamentos das partes do corpo e o incremento do equilíbrio e da estabilidade contra a força da gravidade". (2010, p. 146).

## **2.1 A História da Equoterapia**

Para compreendermos melhor a Equoterapia vale a pena conhecer seu início e como foi se desenvolvendo no decorrer do tempo. Segundo Severo e Severo (2010), os fatos históricos são importantes, já que expõem a saga do binômio

cavaleiro-cavalo desde os tempos anteriores a Cristo, assim como todas as demais ligações culturais dos homens com os cavalos desde a domesticação dos equinos.

Em relação ao uso do cavalo com técnicas de equitação e atividades equestres em áreas médica, Mylena Medeiros<sup>6</sup> destaca que datam da Grécia antiga em que o grego Hipócrates de Loo (458 a 377 a. C.) em seu livro “Das Dietas”, faz menção à característica de regeneração da saúde, indicando a Equitação para o tratamento da insônia e o aumento do tônus muscular.

Já em relação aos benefícios físicos Severo<sup>7</sup> menciona que “Samuel Theodor de Quelmatz (1697-1758), de Lípsia, foi quem fez, pela primeira vez, um a referência ao movimento tridimensional do dorso do cavalo e de seus movimentos multidirecionais”. Em meados da década de 50 do século XX, alguns fisioterapeutas da Inglaterra começaram a explorar as possibilidades do emprego da equitação como terapia para todos os tipos de deficiência. Nos Estados Unidos, a equitação terapêutica para pessoas com alguma deficiência se desenvolveu de várias maneiras com destaque para a recreação, como meio motivacional para educação e como benefício terapêutico.

No Brasil temos a criação da Associação Nacional de Equoterapia (ANDE-BR), em 1989 por militares e civis, está localizada em Brasília/DF, funciona nas dependências da Granja do Torto. Seus principais objetivos são de doutrinar e orientar a criação e organização de novos centros de equoterapia em todo território nacional. Para tanto promove cursos, congressos e representa o Brasil em vários países e associações internacionais.

Conforme a Associação Nacional de Equoterapia (ANDE-BR)<sup>8</sup> esta palavra foi criada pela mesma em homenagem à língua mãe, o Latim e o pai da medicina ocidental, o grego Hipócrates, retirando do latim o radical “*EQUUS*” unindo com “*THERAPEIA*” que vem do grego.

Segundo dados da Associação Nacional de Equoterapia (ANDE-BR), contamos com mais de quatrocentos centros equoterápicos implantados em todos

<sup>6</sup> MEDEIROS, Mylena. **Histórico**. Texto elaborado para esclarecimento da origem da Equoterapia. Disponível em <<http://www.equoterapia.org/historico.htm>>, acessado em 23/06/2011.

<sup>7</sup> SEVERO, José Torquato. **Equoterapia: O emprego do cavalo como motivador terapêutico**. Texto elaborado para compreender o uso do cavalo como terapia. Disponível em <<http://www.equoterapia.com.br/artigos/artigo-07.php>>, acessado em 02/07/2011.

<sup>8</sup> ANDE – BRASIL. Associação Nacional de Equoterapia. **Origem da palavra**. Texto elaborado para esclarecimento sobre a origem da palavra equoterapia. Disponível em: <<http://www.equoterapia.org.br/origem.php>>, acessado em 04/07/2011.

os estados do país. No Rio de Janeiro temos sete centros de terapia em seu cadastrado como filiados ou agregados como podemos verificar na tabela a seguir.

<p><b>CENTRO DE EQUOTERAPIA E REABILITAÇÃO SÃO JOSÉ</b>  <b>Endereço:</b> FAZENDA ALPINA - ESTRADA DO MORGADO, S/Nº  <b>Bairro:</b>  <b>Cidade:</b> TERESÓPOLIS  <b>CEP:</b>  <b>Fone:</b> (21) 3016-4557  <b>Fone:</b> (21) 3158-3109  <b>Email não informado.</b>  <b>Site não informado.</b>  <b>Data limite de filiação não informada.</b></p>	
<p><b>ASSOCIAÇÃO DE EQUITAÇÃO E EQUOTERAPIA COMPANHIA DO CAVALO</b>  <b>Endereço:</b> ESTRADA DE SÃO VICENTE DE PAULO, S/N, KM 8  <b>Bairro:</b> BANQUEIRO  <b>Cidade:</b> ARARUAMA  <b>CEP:</b> 28970 -000  <b>Fone:</b> (22) 2665 2071  <b>Fone:</b> (22) 9957 1928  <b>E-mail:</b> rspitz@redelagos.com.br  <b>Site:</b> <a href="http://www.ciadocavalo.org.br">www.ciadocavalo.org.br</a>  <b>Filiado até:</b> FEV/2014</p>	
<p><b>CENTRO DE EQUOTERAPIA DO MUNICIPIO DE QUISSAMÃ</b>  <b>Endereço:</b> RUA COMENDADOR JOSÉ JULIÃO, S/Nº  <b>Bairro:</b> ALTO ALEGRE  <b>Cidade:</b> QUISSAMÃ  <b>CEP:</b> 28735-000  <b>Fone:</b> (22) 8113-7507  <b>E-mail:</b> equoterapiaquisama@hotmail.com  <b>Site não informado.</b>  <b>Filiado até:</b> JUL/2013</p>	
<p><b>CENTRO DE EQUOTERAPIA DA APAE - ARARUAMA</b>  <b>Endereço:</b> ESTRADA DE BOA VISTA Nº245  <b>Bairro:</b> ITATIQUARA  <b>Cidade:</b> ARARUAMA  <b>CEP:</b> 28970000  <b>Fone:</b> (22) 2664 5524  <b>Fone:</b> (22) 2673 6073  <b>Fax:</b> 2665 0349  <b>E-mail:</b> apae-araruama@yahoo.com.br  <b>Site:</b> <a href="http://www.araruama.apaebrasil.org.br">www.araruama.apaebrasil.org.br</a>  <b>Filiado até:</b> FILIADO ATÉ FEV/2013</p>	

<p align="center"><b>CENTRO DE EQUOTERAPIA MASECALI LTDA</b></p> <p><b>Endereço:</b> RUA EPITÁCIO PESSOA Nº76  <b>Bairro:</b> DOM BOSCO  <b>Cidade:</b> VOLTA REDONDA  <b>CEP:</b> 27286-020  <b>Fone:</b> (24) 3338-5272  <b>E-mail:</b> francys@superonda.com.br  <b>Site não informado.</b>  <b>Filiado até:</b> JUL/2012</p>	
<p align="center"><b>CENTRO DE EQUOTERAPIA CONVIVER</b></p> <p><b>Endereço:</b> RUA DA SUÉCIA Nº 513  <b>Bairro:</b> VARZEA DAS MOCAS  <b>Cidade:</b> NITERÓI  <b>CEP:</b> 24.325.250  <b>Fone:</b> (21) 8849 00333  <b>Fone:</b> (21) 8859 8730  <b>E-mail:</b> equoterapiaconviver@gmail.com  <b>Site:</b> <a href="http://www.equoterapiaconviver.com.br">www.equoterapiaconviver.com.br</a>  <b>Filiado até:</b> JUL/2012</p>	
<p align="center"><b>CENTRO DE EQUOTERAPIA E REABILITAÇÃO DA VILA MILITAR – CERVIM</b></p> <p><b>Endereço:</b> AV. BRASIL Nº 27195  <b>Bairro:</b> DEODORO  <b>Cidade:</b> RIO DE JANEIRO  <b>CEP:</b> 21615-338  <b>Fone:</b> ( ) 2457-4791  <b>Fone:</b> ( ) 9973-4820  <b>E-mail:</b> fredericofraza@hotmail.com  <b>Site não informado.</b>  <b>Filiado até:</b> JUL/2011.</p>	

**Tabela nº 01:** Lista de Centros Equoterápicos cadastrados na ANDE-BR. Fonte Site oficial da ANDE-BR. Disponível em: <<http://www.equoterapia.org.br/site/centros.php>>, acessado em 27/02/2013.

Estes Centros equoterápicos são classificados em filiados ou agregados porque no momento do cadastro podem escolher se pagará a taxa administrativa para filiação de meio salário mínimo oficial com renovação anual ou para agregação de um quarto do salário mínimo oficial com validade de um ano e renovação por apenas mais um ano.

## 2.2 Tratamentos e Intervenção Pedagógica em Equoterapia

A equoterapia apresenta modalidades de tratamento para assim serem organizados de modo progressivo ou não, dependendo das especificidades de cada praticante. São eles:

✚ **Hipoterapia:** é a fase de maior dependência do equoterapeuta, porque o praticante apresenta incapacidade física e/ou mental para manter-se sozinho sobre o cavalo. É necessário apoio lateral. Caracteriza um programa de reabilitação, o cavalo é usado como instrumento cinesioterapêutico<sup>9</sup>. Este é o programa de atendimento em nosso projeto de pesquisa justamente por se tratar de crianças com Encefalopatia Crônica Não Progressiva da Infância (ECNPI – Paralisia Cerebral). Na faixa etária entre 11 meses a 04 anos.

✚ **Educação e Reeducação Equestre:** é uma fase de semiautonomia pois o praticante consegue interagir e ficar sozinho sobre o cavalo executando diversas atividades, porém ainda necessita de apoio lateral e não comanda o animal com as rédeas. Os exercícios podem ser mais na área educativa e pouco menos na de reabilitação, explorando atividades cognitivas envolvendo raciocínios e bases psicológicas.

✚ **Pré - Esportiva:** Aqui o praticante está com mais independência, tem condições de atuar e conduzir o cavalo sozinho, podendo participar de exercícios de hipismo. As atividades desenvolvem os conceitos psicomotores, sociais e esportivos. Incluímos nesta fase os cuidados preliminares com o animal como limpeza, higiene e manuseio com os instrumentos de equitação (rédeas, sela, arreios entre outros).

### 2.2.1 Intervenção Pedagógica em Equoterapia

Atualmente no Brasil os Centros de Equoterapia vêm tomando notoriedade devido ao trabalho de reabilitação e terapeuta desempenhado por suas equipes. No Rio de Janeiro destacamos particularmente o Centro de Equoterapia Conviver,

---

<sup>9</sup> **Cinesioterapêutico:** Conjunto de tratamentos que utilizam a mobilização ativa ou passiva, para dar ou restituir a um doente ou a um ferido o gesto e a função das diferentes partes do corpo; cinesiatria. Significado disponível em < <http://www.dicionarioweb.com.br/cinesioterapia.html>>, acessado em 30/05/2012.

à época utilizava as dependências da Hípica Pedra Branca localizada a Rua Suécia, sem número, no Bairro Várzea das Moças em Niterói, coordenado pela professora Vanessa Breia. No qual tivemos o privilégio de atuar como estagiária de pedagogia, onde pudemos constatar o papel do pedagogo na equipe interdisciplinar de Equoterapia.

Uma proposta pedagógica em Equoterapia consiste num processo educativo que se fundamenta no trabalho com atividades construtivas, pelo fazer, pelo experimentar. Os aspectos a serem trabalhados, devem ser considerados numa visão ampla, e não unilateral, apenas do ponto de vista da criança, mas como um processo amplo que envolve uma equipe interdisciplinar composta de psicólogo, de fisioterapeuta, de pedagogo, do praticante, do cavalo e da família.

Esta proposta deve se caracterizar por atividades que propiciem à criança desenvolver várias formas de expressão, garantindo o seu desenvolvimento como Ser integral. Cada avanço, por mínimo que seja, deve ser considerado, avaliado e valorizado como um ganho valioso. Para melhor compreensão do desenvolvimento motor e o cognitivo faz-se necessário que lembremos das fases do mesmo segundo a perspectiva walloniana.

O desenvolvimento infantil é um processo pontuado por conflitos. Conflitos de origem exógena, quando resultantes dos desencontros entre as ações da criança e o ambiente exterior, estruturado pelos adultos e pela cultura. De natureza endógena, quando gerados pelos efeitos da maturação nervosa.

A exemplo das características que identifica no desenvolvimento, a descrição que Wallon faz dos estágios é descontínua e assistemática. Wallon vê o desenvolvimento da pessoa como uma construção progressiva em que se sucedem fases com predominância alternadamente afetiva e cognitiva. Cada fase tem um colorido próprio, uma unidade solidária, que é dada pelo predomínio de um tipo de atividade. As atividades predominantes correspondem aos recursos que a criança dispõe, no momento, pra interagir com o ambiente. Para uma compreensão mais concreta dessa ideia, passemos a uma descrição das características centrais de cada um dos cinco estágios propostos pela psicogenética walloniana segundo Galvão (1999):

➤ *Estágio impulsivo emocional*: abrange o primeiro ano de vida, o colorido peculiar é dado pela emoção, instrumento privilegiado de interação da

criança com o meio. A predominância da afetividade orienta as primeiras reações do bebê às pessoas, as quais intermediam sua relação com o mundo físico.

➤ *Estágio sensório motor e projetivo*: vai até o terceiro ano, o interesse da criança se volta para a exploração sensório motora do mundo físico. As aquisições da marcha e da preensão possibilitam-lhe maior autonomia na manipulação de objetos e na exploração de espaços. Outro marco fundamental desse estágio é o desenvolvimento da função simbólica e da linguagem. O termo “projetivo” empregado para nomear o estágio deve-se à característica do funcionamento mental neste período: ainda nascente, o pensamento precisa do auxílio dos gestos para se exteriorizar, o ato mental “projeta-se” em atos motores.

➤ *Estágio do personalismo*: cobre a faixa dos seis anos, a tarefa central é o processo de formação da personalidade. A construção da consciência de si, que se dá por meio das interações sociais, reorienta o interesse da criança para as pessoas, definindo o retorno da predominância das relações afetivas.

➤ *Estágio categorial*: por volta dos seis anos, graças à consolidação da função simbólica e a diferenciação da personalidade realizadas no estágio anterior, traz importantes avanços no plano da inteligência. Os progressos intelectuais dirigem o interesse da criança para as coisas, para o conhecimento e conquista do mundo exterior, imprimindo as suas relações com o meio a preponderância do aspecto cognitivo.

➤ *Estágio da adolescência*: a crise pubertária rompe a “tranquilidade” afetiva que caracterizou o estágio categorial e impõe a necessidade de uma nova definição dos contornos da personalidade, desestruturados devido às modificações corporais resultantes da ação hormonal. Este processo traz à tona questões pessoais, morais e existenciais, numa retomada da predominância da afetividade.

Como vimos, há momentos predominantemente afetivos, isto é, subjetivos e de acúmulo de energia, sucedem outros que são predominantemente cognitivos, isto é, objetivos e de dispêndio de energia. É o que Wallon (2007, p. 49) chama de predominância funcional. O predomínio do caráter intelectual corresponde às etapas em que a ênfase está na elaboração do real e no conhecimento do mundo físico. A dominância do caráter afetivo e, conseqüentemente, das relações com o mundo humano, corresponde às etapas que se prestam à construção do eu.

O educador no processo de ensino aprendizagem na equoterapia deve se colocar no papel de ajudar a criança a perceber, compreender e expressar sua

realidade e suas fantasias, favorecendo o seu desenvolvimento e inclusão social. Nas atividades psicomotoras o educador deve buscar potencializar ao máximo qualquer avanço que a criança venha a demonstrar em seu desenvolvimento físico motor facilitando e repetindo os seus movimentos.

Wallon destaca (2007, p. 120) que no desenvolvimento do tônus muscular típico sem patologia a “base do espasmo é a atividade tônica dos músculos que precede os movimentos propriamente ditos”. (...) “Em cada uma delas, os músculos parecem se tencionar e endurecer em vez de se encurtar ou alongar tendo em vista gestos que possam explorar o espaço”. Nesta exploração do espaço a criança vai adquirindo a percepção do próprio corpo e dos sentidos. Nas crianças com ECNPI este desenvolvimento tônico é prejudicado necessitando ser estimulado.

Observando a criança em sessão equoterápica a excitação é visível, com o passar do tempo em cima do cavalo e com estímulo musical a criança relaxa, interioriza a ação do movimento do cavalo, sente uma sensação de bem estar, exercitando um brincar com o próprio corpo e, por alguns momentos, experimenta tônus menos comprometido o que favorece a sua exploração do mundo ao seu redor.

Como mencionamos o desenvolvimento cognitivo está intimamente ligado ao desenvolvimento motor, sua evolução refere-se à maturação do cérebro ocorrendo do centro para a periferia. Neste sincronismo o domínio do controle corporal evidencia duas leis fundamentais do desenvolvimento: a primeira *lei céfalo-caudal* que consiste no controle dos músculos mais próximos da cabeça e estende este controle posteriormente para baixo. “assim, o controle dos músculos do pescoço é adquirido antes do controle dos músculos do tronco, e o controle dos braços ocorre antes que o das pernas” (PALACIOS; MORA, 1995, p. 40). A segunda *lei é a próximo-distal* que corresponde ao desenvolvimento das partes que estão mais ligadas ao eixo corporal, conhecida como a linha imaginária que divide o corpo simetricamente em lado direito e esquerdo. “Assim, a articulação do ombro é controlada antes que a do cotovelo, que por sua vez é controlada antes que a do punho, que por sua vez é controlada antes que os dedos” (PALACIOS; MORA, 1995, p. 40).

Através destes processos maturativos ajustam-se as leis e os estímulos que a criança recebe por aqueles que a cercam, que ocorre o desenvolvimento do controle postural, “Sem o domínio postural o cérebro não aprende, a motricidade não se

desenvolve e a atividade simbólica resulta indubitavelmente afetada” (FONSECA, 2004, p. 72). Sobre o controle postural, Fonseca destaca que “O controle postural revela a integridade de importantes centros e circuitos neurológicos, sem os quais a aprendizagem da linguagem não operaria de forma eficaz” (2004, p. 62).

Por isso, entendemos a importância de estimular nas sessões equoterápicas as diferentes posições no cavalo, pois, o controle cervical amplia seu campo visual, tem maior interação com o meio e com o mundo conferindo-lhe mais autonomia; A coordenação olho-mão que possibilitará á criança reconhecer as partes de seu corpo e perceber que aonde o olho vai a mão pode alcançar; As posições em prono, supino e puppy estimulam a criança nos primeiros movimentos para sentar-se sozinho, “adquirindo a habilidade de passar da postura horizontal para a postura sentada, sozinho sem auxílio de outro”. (SANTOS; RAVANINI, 2006, p. 266).

Durante as sessões de Equoterapia realizamos um processo que envolve: o acolhimento que consiste na recepção das crianças e seus acompanhantes, para descansarem um pouco e sabermos como foi sua semana, se teve alguma internação ou não, pois estamos trabalhando com crianças muito pequenas, devido a sua patologia tem a saúde muito frágil e isso interfere no andamento da sessão equoterápica. Nesse momento, contabilizamos o tempo de montaria com músicas infantis transformando-as num organizador do tempo. Ressaltando que uma sessão equoterápica abrange o tempo de aproximadamente sessenta minutos, sendo que a permanência no cavalo consiste em no máximo trinta minutos. Para início das sessões, músicas calmas induzindo o relaxamento, posteriormente músicas alegres para imprimir ritmo e para finalizar uma música de despedida. Também utilizamos brincadeiras funcionais com movimentos simples do repertório infantil: como jogos cantados, de expressão corporal, as quais Wallon exemplifica “como: estender e encolher os braços ou as pernas, agitar os dedos, tocar objetos, imprimir-lhes um balanço, produzir ruídos ou sons.” (2007, p. 54).



**Foto nº 01:** Momento de Acolhimento de Bernardo e sua Mãe na sessão equoterápica. Centro de Equoterapia Conviver em Niterói. Fotógrafo: Daniele Borges em 16/02/2012.



**Foto nº 02:** Momento do relaxamento de Fabrício ouvindo música de encerramento da sessão equoterápica. Centro de Equoterapia Conviver em Niterói. Fotógrafo: Vanessa Breia em 04/05/2012.

O que se comprova na valorização cultural, individual e coletiva de movimento físico, do descobrir o prazer de ouvir uma história sentindo o movimento do cavalo, de poder perceber os gestos, o canto, experimentado posições diferenciadas. Enfim, os estímulos recebidos neste ambiente novo, “Intervêm, além desses, outros fatores que deslocam o tempo todo o interesse da criança, como a incontinência de suas reações quando surge um estímulo apropriado” (WALLON, 2007, p. 74).

Donde, constata – se que a função do pedagogo numa sessão de equoterapia na reabilitação global de pessoas com Necessidades Educacionais Especiais (NEE) é bastante ampla e envolve questões como: Afetividade, autoestima, socialização, segurança, ludicidade, psicomotricidade e disciplina. Assim como situações de ensino aprendizagem, raciocínio, raciocínio lógico matemático, consciência corporal, noção espacial, percepções sensoriais e formação ética.

As estratégias utilizadas nas sessões de Equoterapia como a exploração do cavalo, seus movimentos, afetividade, assim como o ambiente em que a prática equoterápica se dá favorecem a integração sensorial do praticante.

A integração sensorial tem como principal objetivo promover a estimulação sensorial, principalmente tátil, proprioceptiva<sup>10</sup> e vestibular<sup>11</sup>, com a participação

<sup>10</sup> **Proprioceptivas:** é o termo utilizado para nomear a capacidade em reconhecer a localização espacial do corpo, sua posição e orientação, a força exercida pelos músculos e a posição de cada parte do corpo em relação às demais, sem utilizar a visão. Este tipo específico de percepção permite a manutenção do equilíbrio postural e a realização de diversas atividades práticas. Definição disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Propriocep%C3%A7%C3%A3o>>, acessado em 28/04/2011.

<sup>11</sup> **Vestibulares:** (também conhecido como órgão gravitoceptor) é o conjunto de órgãos do ouvido interno dos vertebrados responsáveis pela manutenção do equilíbrio. Disponível em: <[http://pt.wikipedia.org/wiki/Aparelho\\_vestibular](http://pt.wikipedia.org/wiki/Aparelho_vestibular)>, acessado em: 28/04/2011.

ativa da criança através de brincadeiras, favorecendo a habilidade de elaborar informações e constituir suas ações. A integração sensorial se utiliza da atividade do brincar como um ponto de partida importante para despertar o interesse da criança. (SANTOS, 2008; LENZI, 2010).

Na equoterapia alcançam-se resultados dificilmente atingidos em outras terapias de base como a terapia ocupacional, fisioterapia, psicologia, e outras. O cavalo e o ambiente em que este está inserido oportunizam a criança estimulações sensoriais proprioceptivas, vestibulares, visuais, auditivas, táteis e olfativas são proporcionadas pelo ambiente, movimentos, posições, posturas e andaduras do cavalo.

### 2.2.2 Aprendizagem na Visão Histórico Cultural do Desenvolvimento

Para entendermos como a aprendizagem acontece recorreremos à abordagem histórica cultural do desenvolvimento que tem em Vygotsky um de seus principais representantes. Mello in Carrara faz alusão a Vygotsky citando que:

O ser humano é, pois, um ser histórico-cultural. As habilidades, capacidades e aptidões humanas criadas e necessárias à vida (...). E cada ser humano, em seu tempo, apropria-se daquelas qualidades humanas disponíveis e necessárias para viver em sua época. Essas qualidades, além disso, diferem de um grupo para outro, de acordo com o acesso que cada pessoa tem à cultura (...). (MELLO in CARRARA, 2003, p. 136)

A aprendizagem se dá pela mediação de um parceiro mais experiente que demonstre seu uso ou que instrua verbalmente a criança, ou até mesmo a simples observação leva ao processo de apropriação.

O bom ensino é aquele que garante a aprendizagem e impulsiona o desenvolvimento. O não fazer a atividade para a criança e nem por ela, mas com a criança, atuando como parceiro mais experiente. Faz avançar o que a mesma já sabe ou já é capaz de fazer, desafiando-a para o que ainda não é capaz de fazer ou só é capaz de fazer com auxílio do outro.

Este tipo de visão, a de fazer tudo pela criança, percebemos muito claramente nos cuidadores das crianças com NEE, pois, os mesmos por desconhecer as reais limitações da deficiência de seus filhos ou por cuidado excessivo não deixam que as mesmas experimentem certas atividades. No projeto de pesquisa “Atendimento precoce em Equoterapia para crianças com Encefalopatia Crônica da Infância” foco do trabalho de campo desta monografia utilizou como estratégia de evolução das crianças o Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI), que veremos com mais detalhes adiante. A partir desse colhidos verificamos que algumas mães não sabiam se seus filhos conseguiam lavar as mãos ou abrir a torneira, porque nunca deixaram que eles tivessem esta experiência.

No trabalho de Vygotsky e seus seguidores, encontra-se uma visão de desenvolvimento baseada na concepção de um organismo ativo, cujo pensamento é construído paulatinamente no ambiente em que vive e que diz respeito ao acesso que ele tem a instrumentos físicos (concretos) e simbólicos (cultura, valores conhecimentos) desenvolvidos em gerações precedentes.

Ao reconhecer a imensa diversidade das condições histórico-sociais em que a criança vive Vygotsky (1998), defende a ideia da contínua interação entre as mutáveis condições sociais e a base biológica do comportamento humano. Partindo de estruturas orgânicas elementares, determinadas basicamente pela maturação formam-se novas e complexas funções mentais que dependem da natureza das experiências sociais que as crianças se acham expostas.

Vygotsky (1998, p.37), afirma que “O caminho do objeto até a criança e desta até o objeto, passa através de outra pessoa.” Essa estrutura humana complexa é produto de um processo de desenvolvimento profundamente enraizado nas ligações entre história individual e história social. É na relação com o outro que a criança se apropria das significações socialmente construídas. Assim, é o grupo social que, por meio da linguagem e das significações, que possibilita o acesso a formas culturais de ação e pensamento.

A esse processo interno de reconstrução de uma operação externa, Vygotsky (1998) denomina internalização. Na internalização, a atividade interpessoal transforma-se para construir o funcionamento interno (intrapessoal). É aqui que entra o papel do pedagogo na equoterapia, que fazendo a mediação nesse processo vai contribuir diretamente (no trabalho com a criança e o cavalo) ou indiretamente (no planejamento das atividades com a criança e o cavalo).

Vygotsky destaca que, o processo de desenvolvimento, nada mais é que a apropriação ativa do conhecimento disponível na sociedade em que a criança nasceu. É necessário que ela aprenda e integre em sua maneira de pensar o conhecimento de sua cultura. Mais uma vez, percebemos claramente a chamada do pedagogo ao trabalho. Este abraça o aspecto interdisciplinar da equoterapia na realização do PEDI e no contato direto com as famílias.

A abordagem Histórica cultural de Vygotsky (1998, p.40), concebe o desenvolvimento também em espiral, mas sem sequência fixa de estágios universais – A criança avança para intervir de forma mais competente. Nessa visão, o conhecimento é construído pelo ambiente social, através da interação com o mundo, a criança adquire processos adaptativos. Em nosso caso são as crianças com Encefalopatia Não Progressiva da Infância, faz-se necessárias adaptações em materiais como um alargador no lápis ou escova de dente para melhor apreensão entre outras. Muitas vezes a criança adapta um movimento reflexo, que deveria ter sido superado no desenvolvimento típico, como já mencionamos que está ligado á maturação do cérebro, para desenvolver uma atividade de maneira adaptada. Por exemplo, o RTCA para engatinhar de costas (se arrastar).

Baseado nos estudos de Vygotsky (1998), vimos que a intervenção do pedagogo deve considerar o nível de desenvolvimento real da criança através de avaliação previamente elaborada e o nível de desenvolvimento proximal para levá-la ao aprendizado. Ao adequar as atividades á realidade objetiva, percebemos que não existem receitas prontas. É um processo a ser construído a partir do conhecimento da criança, do vínculo afetivo criado e das intervenções da equipe para que possa fazer sozinha no futuro o que hoje faz com ajuda. Cada terapia é única, vai depender da criança, do cavalo, do clima e do que for planejado. Nesta questão que consiste o trabalho do pedagogo, a importância de conhecer a criança, promovendo troca de informações com a equipe multidisciplinar e de um planejamento bem feito para aproveitar ao máximo os quinze minutos da mesma em cima do cavalo. Sendo desenvolvidas com a fisioterapeuta, atividades que possam trabalhar o cognitivo dando conta dos processos de maturação já completados e desenvolver outros que a criança possa vir a fazer no futuro.

### 2.2.3 Equoterapia e o Desenvolvimento Infantil

Na Equoterapia a prática do Pedagogo não se restringe aos métodos ou técnicas de ensino, e nem se viabiliza dentro do espaço escolar, mas como coadjuvante no desenvolvimento da criança que não deixa de priorizar fatores e aspectos orgânicos, cognitivos, emocionais, afetivos, sociais, educacionais e psicomotores.

Para melhor compreensão consideramos necessário compartilhar a concepção de desenvolvimento humano com que trabalhamos. O qual se constitui num processo dinâmico e complexo, ditado pelo próprio sujeito ou pelo seu meio, sendo composto por vários estágios. Segundo Galvão, “a duração de cada estágio e as idades a que correspondem são referências relativas e variáveis, em dependência de características individuais e das condições de existência” (1999, p. 40).

Para Wallon, inteligência e afetividade não se desenvolvem num plano linear, pois se influenciam em movimentos de preponderâncias alternados, “a passagem de um a outro estágio não é uma e simples ampliação, mas uma reformulação” (apud, GALVÃO, 1999, p. 41).

Dessa forma, há uma reformulação no comportamento devido a rupturas, retrocessos e oscilações que afetam visivelmente a conduta da criança por constituírem-se em conflitos originados não só de fatores orgânicos (maturação do sistema nervoso central), mas principalmente de fatores sociais e culturais, oriundos de influências ambientais. O que caracteriza que “cada etapa do desenvolvimento define um tipo de relação particular da criança com seu ambiente, o que implica dizer que a cada idade é diferente o meio da criança” (GALVÃO, 1999, p. 101).

Assim, dependendo do tipo de relação que a criança tem com o meio e do instante de evolução mental que representam, integram e reformulam o comportamento e pode levar ao desenvolvimento. Frente ao exposto, os conflitos impulsionam o desenvolvimento na teoria Walloniana.

Dessa forma, a emoção merece destaque neste estudo, pois se constitui em um importante elemento da vida psíquica, como também em nosso trabalho com

equoterapia em que a todo momento a emoção faz a diferença e por estar presente em todas as etapas do desenvolvimento humano.

As emoções desempenham um papel importante nos sentimentos e no comportamento infantil, podendo contribuir para um desenvolvimento desequilibrado, e segundo Wallon (...) “é na ação sobre o meio humano, e não sobre o meio físico, que deve ser buscado o significado das emoções” (apud, GALVÃO, 1999, p. 59).

Sabe-se então que o biológico e o ambiental interferem na conduta da criança. Como estes dois aspectos são indissociáveis, não se pode descartar a noção de que a afetividade está, e muito lado a lado, podendo-se dizer que é o ponto crucial para se trabalhar com a criança que apresenta NEE ou algum distúrbio de comportamento.

Por isso, é importante ressaltar que na Equoterapia precisamos estar preparados e comprometidos na viabilização de uma forma de comunicação alternativa que valoriza cada tentativa de comunicação esboçada pelas crianças como expressões faciais, mudança de tônus, tentativas de fala, gestos motores intencionais.

Após a concretização do vínculo é possível detectar estas formas de expressão porque equoterapeuta e praticante estão em sintonia. Como por exemplo, quando uma de nossas crianças no atendimento equoterápico ao chegar próximo do cavalo faz um movimento voluntário com os lábios sem ter som e estende o braço com intenção de chamá-lo e chegando ao lado do cavalo provoca um espasmo involuntário de excitação, alegria de estar junto do animal.

O aspecto afetivo e a inteligência são inseparáveis em qualquer aspecto que a criança possa desenvolver. Ambos contribuem para a construção de noções sobre objetos, pessoas, situações, qualidades e valores. Que levam a formação do sujeito e visão de mundo. Segundo a perspectiva walloniana:

O desenvolvimento infantil é um processo pontuado por conflitos (...) WALLON vê o desenvolvimento de uma pessoa como uma construção progressiva em que se sucedem fases com predominância alternadamente afetiva e cognitiva. Cada fase tem um colorido próprio, uma unidade solidária, que é dada pelo predomínio de um tipo de atividade (...) No estágio impulsivo-emocional, que abrange o primeiro ano de vida, o colorido peculiar é dado pela emoção. (...) No estágio sensório motor e projetivo, que vai até o terceiro ano, o interesse da criança se volte para a exploração sensório-motora do mundo físico (...) No estágio do personalismo, que

cobre a faixa dos três aos seis anos, a tarefa central é o processo de formação da personalidade (...) Por volta dos seis anos inicia-se o estágio categorial, que, graças à consolidação da função simbólica e a diferenciação da personalidade realizadas no estágio anterior, traz importantes avanços no plano da inteligência (...) No estágio da adolescência, a crise pubertária rompe a tranquilidade afetiva (...) (WALLON apud GALVÃO, 1995, p. 43-44).

O equoterapeuta torna-se uma ponte de ligação da criança com a aprendizagem lúdica que ocorre neste ambiente equestre, assim como aponta WALLON, que “o outro é um parceiro perpétuo do eu na vida psíquica” (apud GALVÃO, 1999, p. 56).

Neste sentido, as contribuições de Wallon e Vygotsky foram fundamentais neste trabalho, não como um manual ou roteiro a ser seguido, mas como interlocutores que auxiliam no planejamento das estratégias de intervenção, na criação de situações favorecedoras do desenvolvimento, mais sempre respeitando as condições, interesses, possibilidades de cada criança com que trabalhamos, ou seja, a singularidade de cada indivíduo. No árduo desafio de não fixar nossa prática à perseguição de modelos idealizados de desenvolvimento por um lado e nem de naturalizar as limitações e dificuldades das crianças, reduzindo-as aos seus diagnósticos por outro.

O desenvolvimento neuropsicomotor global se caracteriza por uma maturação que integra o movimento, o ritmo, a construção espacial e, também, o reconhecimento dos objetos e do outro, o esquema corporal e, por fim o universo simbólico, inclusive a imagem corporal.

Muitos autores, neuropsiquiatras, psicólogos, pedagogos, têm insistido sobre a importância capital do desenvolvimento psicomotor durante os três primeiros anos de vida. Em realidade, aos três anos, as aquisições da criança são consideráveis; partiu da deficiência completa e do inconsciente absoluto e possui, então, todas as coordenações neuromotoras essenciais: andar, correr, pular, falar e a expressão, o jogo, o sentido do certo e errado. Estas aquisições são, sem dúvida, o resultado de uma maturação orgânica progressiva, mas, sobretudo, o fruto da experiência pessoal; é apenas parcialmente um produto da educação; elas foram obtidas e são complementadas progressivamente ao tocar, apalpar, andar, cair e ao comparar. A corticalização em si mesma é uma estreita função das experiências vivenciadas.

### **CAPÍTULO III**

#### **PESQUISA DE CAMPO: ESTRUTURA BÁSICA**

A pesquisa desenvolvida utiliza-se da metodologia de pesquisa qualitativa e de estudo de caso por entender que “A abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito” (CHIZZOTTI, 2001, p. 79). Por isso, classifica-se esta pesquisa de acordo com Chizzotti que explica que:

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 (2001, p. 102).

Observaram-se também as três etapas do desenvolvimento do estudo de caso que consiste na seleção e delimitação do caso, o trabalho de campo, a organização e redação do relatório. Portanto, esse é o enfoque metodológico que melhor se ajustou aos objetivos propostos para o estudo do projeto de pesquisa “Atendimento Precoce em Equoterapia para crianças com Encefalopatia Crônica da Infância” em que participei inicialmente como voluntária depois passei para condição de bolsista.

O trabalho baseia-se no acompanhamento de um grupo formado por 14 crianças com idade variando entre 11 a 39 meses de idade, com Encefalopatia Crônica Não Progressiva da Infância, as quais realizam atendimentos regulares nas áreas de fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia e fonoaudiologia na Associação Fluminense de Reabilitação em Niterói (AFR). Sendo que sete crianças ficam no grupo controle (para posterior comparação de resultados) e outras sete crianças participam do atendimento em Equoterapia. O projeto foi aprovado na Comissão de Ética em Pesquisa através do parecer COEP 032/2011.

Este é o panorama geral do projeto de pesquisa desenvolvido pela professora Vanessa Breia, porém, para a realização deste trabalho monográfico como pesquisa de estudo de caso, optou-se em delimitar a amostragem em um grupo de quatro crianças integrantes do projeto acima citado, das quais participo do atendimento Equoterápico realizado uma vez por semana.

Os atendimentos em Equoterapia são de no máximo de trinta minutos em cima do cavalo, para não cansar as crianças e/ou não proporcionar um excesso de estímulos. Pois, os atendimentos são constituídos basicamente por quatro momentos: o acolhimento, a aproximação do cavalo, as atividades de montaria e a despedida.

Em se tratando do atendimento a crianças na faixa etária mencionada anteriormente, buscamos a observação dos subsídios oferecidos para estimular as múltiplas capacidades da criança, para um desenvolvimento significativo, isto é, a criança vai experimentar e sentir o movimento do cavalo e com a intervenção do terapeuta e por meio da experiência que estas crianças podem ter com a Equoterapia representa um ganho significativo para sua reabilitação e reeducação cognitiva e neuropsicomotora. Como afirma Bondía (2002, p.21) “a experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca”.

Por ser praticado em ambiente aberto e lúdico o pedagogo trabalha com instrumentos que não são comuns no cotidiano das crianças, o cavalo e seus paramentos, proporcionam novas experiências e favorecem estímulos cognitivos valiosos, visto que essas crianças são carentes de vivências sociais. Os tratamentos convencionais para ECNPI são em ambientes fechados como os consultórios médicos em que a criança tem contato com o terapeuta ou médico.

Como estratégias de avaliação e acompanhamento destas crianças utilizam-se diversos instrumentos: primeiramente de uma anamnese detalhada (anexo nº 02), para o conhecimento do histórico das crianças, aplica-se o Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI), realizados com o principal cuidador. Também se vale de registros individuais, fotos e filmagens dos atendimentos para obtenção de dados sistemáticos para posterior análise e publicação.

O PEDI (anexo nº 04) é uma escala de avaliação funcional norte americana, traduzida para o português validada e adaptada para as especificidades socioculturais do Brasil, pela Professora Marisa Cotta Mancini da Universidade Federal de Minas Gerais.

Seus principais propósitos são o de diagnosticar o atraso funcional e monitorar os progressos de um programa terapêutico, sem a pretensão de comparar o desenvolvimento das crianças. Com este instrumento de avaliação, levantam-se os dados sobre o desenvolvimento e as habilidades funcionais de crianças na faixa etária de seis meses a sete anos e seis meses de idade. O inventário investiga aspectos como funcionalidade da criança; assistência do cuidador e modificações do ambiente abrangendo aspectos como o autocuidado, mobilidade e função social.

O que nos chamou a atenção é que esta escala se aplica a faixa etária das crianças que trabalhamos sem exigir que as mesmas estivessem com marcha aos dezoito meses, levando em consideração o processo de aquisição das habilidades e não só o resultado, tem o foco na funcionalidade independentemente da estratégia adotada, dá conta de uma análise interdisciplinar, “poupando” o familiar de avaliações específicas com cada profissional envolvido na equipe. Justifica-se assim, a sua recomendação para a Equoterapia.

Posteriormente realizou-se a aplicação do questionário ao principal cuidador das crianças envolvidas no projeto, sendo a primeira aplicação antes do início do Atendimento em Equoterapia, para obtermos informações sobre o desenvolvimento e a capacidade de habilidade funcional destas crianças e de quatro em quatro meses realizou-se uma nova aplicação para colher os dados de sua evolução ou não e assim analisá-los para como a coleta de dados planejarmos as ações futuras.

Por tratar-se de um questionário padronizado, sua aplicação pode ser realizada de três maneiras, através do Julgamento clínico - em que os profissionais melhor familiarizados com a criança informem sobre seu desempenho no cotidiano; ou Observação direta, o qual consiste na observação do entrevistador diretamente no desempenho das atividades diárias; ou a Entrevista – realizada com o principal cuidador da criança, sendo esta o instrumento escolhido para a obtenção dos dados do desenvolvimento da criança com a Equoterapia.

Considerando-se as características do instrumento julgamos pertinente sua utilização na pesquisa visto que se aplica a faixa etária das crianças do projeto e compreende de maneira integrada todos os aspectos do desenvolvimento. Assim o PEDI se mostrou extremamente útil na Equoterapia, pois, atuamos em uma equipe interdisciplinar composta por psicólogo, fisioterapeuta, educadores e instrutor de equitação.

### 3.1 Relatos de Experiências

Como já mencionei o grupo escolhido para o estudo de caso foi de quatro crianças, em que participei ativamente dos atendimentos equoterápicos. Iniciaremos com a apresentação de cada criança, destacando as causas para a Encefalopatia Crônica Não Progressiva da Infância (ECNPI – Paralisia Cerebral) e como foi minha atuação como estagiária de pedagogia.

Para a rotina de atendimento fixamos a seguinte ordem:

1) Acolhimento para recepcioná-los, saber como passaram a semana, devido à fragilidade de saúde pode ocorrer alguma internação ou casos de insônia e estes detalhes são muito importantes, porque interferem sensivelmente no desenvolvimento da sessão equoterápica. Também são realizados os exercícios de solo com a fisioterapeuta com a finalidade de criação do vínculo com a mesma, alongamento, alongamento, organização postural, mobilização da coluna no tatame e preparação para iniciar a montaria.

2) Aproximação do cavalo em que ocorre a exploração sensorial, criação de afetividade com o cavalo e inicia-se o uso de músicas do repertório infantil como agente acolhedor e organizador do tempo.

3) Atividades de montaria que consistem em posicionamentos que propiciem o alongamento e relaxamento, incentivo à exploração do próprio corpo como levar a mão na linha média, na boca. Estimulação da imaginação, memória, controle da cervical, aumento do tônus entre outros. Estas atividades são organizadas em função das necessidades de cada criança, utilizamos músicas infantis que trabalham o esquema corporal e nos valem também dos jogos cantados e da contação de histórias.

4) Despedida para este momento tem a música de finalização da montaria, em que as crianças descem do cavalo, fazem um carinho no mesmo e voltam ao aconchego dos pais.

Nas sessões de Equoterapia o tempo contabilizado inicia na segunda fase com a montaria que consiste em no máximo de trinta minutos de permanência em cima do cavalo, para não cansar as crianças com excesso de estímulos. Por isso, utilizamos músicas infantis como organizador do tempo, ou seja, para marcar o tempo, iniciando as sessões com músicas calmas induzindo o relaxamento,

posteriormente músicas alegres que oportunizem a interação e facilitem os movimentos, os estímulos que queremos desenvolver na criança e para finalizar uma música que facilite a volta à calma para a despedida. Por isso que a interação da criança com o cavalo e a equoterapeuta é muito importante e contribui para o estímulo diferenciado que outras áreas não oferecem.

A estimulação sensorial faz parte da integração sensorial que é o processo pelo qual o cérebro processa e organiza sensações como visão, audição, tato e movimento e, através destas proporciona uma resposta ou reação adaptativa adequada. Baseando-se nesse conceito propomos um atendimento em equoterapia tendo o cavalo e o ambiente equestre como principal referencial (SANTOS, 2008, p. 01).

A integração sensorial tem como principal objetivo promover a estimulação sensorial, principalmente tátil, vestibular e proprioceptiva, com a participação ativa da criança através de brincadeiras, favorecendo a habilidade de elaborar informações e constituir suas ações. A integração sensorial se utiliza da atividade do brincar como um ponto de partida importante para despertar o interesse da criança (SANTOS, 2008 e LENZI, 2010.).

Experiência tátil ocorre quando passamos a mão das crianças na crina do cavalo que é grossa e longa; depois passamos a mão no seu corpo que o pelo é mais fino e curto.

Dentre as atividades realizadas temos a contação de histórias, que foi acrescentada conforme a evolução das crianças, buscando o desenvolvimento da memória, atenção e a consciência corporal. Como destaca Severo sobre o uso de músicas no atendimento equoterápico para praticantes com ECNPI:

“Eles reagem satisfatoriamente nas diversas áreas biopsicossociais. O ritmo pode significar ordem no movimento corporal. Exige concentração, estimula a memória e a atenção, alegra, cria colaborações, integra e organiza a respiração e os movimentos” (SEVERO, 2010, p. 154).

Com a contação de história realizada nas sessões equoterápicas percebe-se que a criança responde ao estímulo recebido ao imaginar os personagens, interagir com a equoterapeuta no momento em que ela solicita, por exemplo, quando a criança esboça um lindo sorriso quando estamos passeando na floresta cantando a música do Chapeuzinho Vermelho e depois fica apreensiva ao ouvir a voz do Lobo conversando com a menina, ou quando a criança encha os pulmões para ajudar o

Lobo a assoprar e assim, derrubar a casa dos porquinhos; ou a correr do lobo mau; cantar a música de celebração dos porquinhos por terem vencido o lobo mau. Usamos também a imaginação para transformar o cavalo em um trem que vai passando nas estações e pegando os pais ou avós das crianças.

Como afirma Dohme (2010, p. 19): “A história traz o abstrato ao entendimento das crianças, e com isso municia-as com experiências que aumentarão a sua vivência, aumentando suas possibilidades dentro do relacionamento social”. Por isso, devido a sua patologia, os portadores de Encefalopatia Crônica Não Progressiva da Infância (ECNPI – Paralisia Cerebral), não teriam condições de desencadear estes estímulos sozinhos.



Imagem 01 – **Semelhanças entre o movimento tridimensional e a Marcha Humana**. Fonte: Centro de Equoterapia de Uberlândia. Texto sobre os movimentos conjugados entre praticante e o cavalo. Disponível em: <<http://uberlandia.com/siteajato/v1/content.asp?LojaID=192&ContentID=1248>>, acessado em 12/05/2010.

O trabalho de Equoterapia segundo Bragamonte e Santo (2010, p. 02) consiste em levar o praticante “a acompanhar os movimentos do cavalo, tendo que manter o equilíbrio e coordenação para movimentar simultaneamente tronco, braços, ombros, cabeça e o restante do corpo”. Destacam ainda que o movimento tridimensional, ao provocar o deslocamento gravitacional do praticante desenvolve o equilíbrio, a normalização do tônus, controle postural, coordenação, redução de espasmos, respiração, informações proprioceptivas as quais estimulam o funcionamento de ângulos articulares como o de músculos e circulação sanguínea.

No entanto, os efeitos da Equoterapia não se restringem ao âmbito físico na área educacional, a equoterapia contribui para o desenvolvimento das funções

psicomotoras, são elas que possibilitarão a aprendizagem e o desenvolvimento de cognições de ordem superior referentes à formação de conceitos, solução de problemas, pensamento crítico e criatividade.

Ressaltam Bragamonte e Santo (2010, p. 02) que a Equoterapia pode apoiar a educação de crianças portadoras de necessidades educacionais especiais pois, a equoterapia facilita a organização do esquema corporal e espacial, desenvolve a estrutura temporal, estimula o raciocínio e o sentido de realidade.

No tocante ao desenvolvimento das crianças da faixa etária (13 a 39 meses) que se delimitou a estudar neste trabalho monográfico esta educação pode contribuir para o desenvolvimento biopsicossocial, amplia seu universo e suas experiências, com a aquisição do controle cervical adquire mais autonomia, sem este controle a criança passa maior parte do tempo como os olhos voltados para baixo, limitando seu campo visual. Como afirmam Santos e Ravanini:

O controle cervical é um grande marco da independência e, (...) Uma criança que não adquire o controle cervical terá dificuldade em adquirir outros ápices posturais como sentar, posição de gato e marcha. Sem o controle cervical, o ato da alimentação, as funções da fala, o controle da sialorréia<sup>12</sup> estarão seriamente comprometidos (2006, p. 265).

Como destaca Severo, o uso da música durante o atendimento de Equoterapia com pessoas com Encefalopatia Crônica não Progressiva da infância obtém respostas satisfatórias porque, “o ritmo pode significar ordem no movimento corporal. Exige concentração, estimula a memória e a atenção, alegra, cria colaborações, integra e organiza a respiração e os movimentos” (2010, p. 154).

Ao desenvolver um plano de atendimento para os praticantes com Encefalopatia Crônica não Progressiva da infância temos que levar em conta que o esquema corporal desta criança está debilitado, faz-se necessário estimular a mobilidade dos braços e das mãos, possibilitar a coordenação olhos-mãos e olhos-boca e a habilidade de preensão, pois, estas aquisições se tornam imprescindíveis para a criança desenvolver suas inteligências (SEVERO, 2010, p. 140)

<sup>12</sup> **Sialorréia** ou **Ptialismo**, ou ainda **Hipersialia**: é a secreção excessiva de saliva, que pode ser causada por problemas neurológicos, intoxicação ou lesão da mucosa bucal. Disponível em: <<http://www.dicionarioinformal.com.br/sialorr%C3%A9ia/>>, acessado em 04/07/2011.

Outros fatores que não podem deixar de serem estimulados são os de atividade básica como o controle de cabeça, rotação do eixo corporal e habilidade de usar as mãos e braços para sustentar o seu peso e facilitar certas reações de equilíbrio (SEVERO, 2010, p. 141-142).

## 3.2 Apresentação do Grupo de Estudo

### 3.2.1 Caso nº 1 Erick Rosina Félix:



É uma criança que nasceu com 41 semanas, teve um atraso ao nascer e aspirou mecônio<sup>13</sup>, ficou internado por 04 meses, neste período de internação desenvolveu uma septicemia<sup>14</sup>, com 5 meses de vida fez gastrostomia<sup>15</sup>, foi diagnosticado com ECNPI – Paralisia Cerebral, quadriplégica espástica grave, no momento de alta do hospital. O maior anseio da família é de que Erick adquira a marcha e possa ser mais independente dos pais. Iniciou o atendimento em Equoterapia com 2 anos (24 meses) de idade.

**Foto nº 03:** Erick Rosina Félix. Centro de Equoterapia Conviver. Fotógrafo: Danyelle Ribeiro em 13/04/2012.

Erick compareceu sempre com o pai para as sessões de Equoterapia. No primeiro dia, ele demonstrou irritabilidade, durante a avaliação fisioterapêutica chorou muito. Na aproximação com o cavalo fizemos a estimulação tátil, porém, a

<sup>13</sup> **Mecônio:** (do grego *mekónion* - suco de dormideira), é um dos componentes encontrados no líquido amniótico, pois, constitui-se nas primeiras fezes eliminadas pelo recém-nascido (12h após o nascimento). Às vezes, o mecônio é expelido antes do parto, colorindo o líquido amniótico que normalmente é de cor clara. Esse fenômeno é chamado de Síndrome da Aspiração de Mecônio é anormal e pode indicar sofrimento fetal. Texto retirado do Wikipédia. Disponível em: < <http://pt.wikipedia.org/wiki/Mec%C3%B4nio>>, acessado em 15/09/2012.

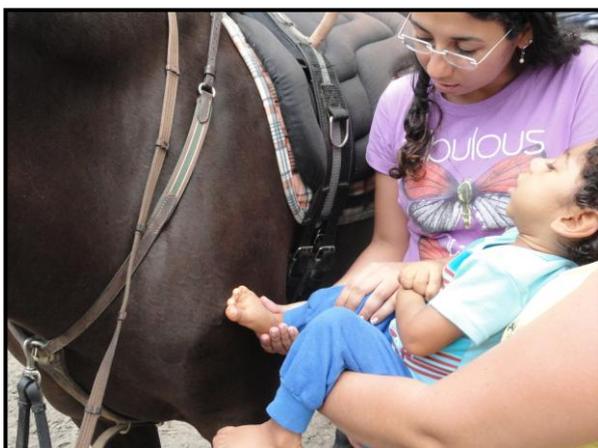
<sup>14</sup> **Septicemia:** é uma infecção generalizada considerada grave, causada por vírus, bactérias ou fungos, que começa numa região do corpo e se espalha por meio da corrente sanguínea, daí o nome septicemia (do grego, *septikos*, que gera putrefação, *haíma*, sangue). Fonte: CARDOSO, Mayara Lopes. **Septicemia.** Texto elaborado pra explicação do que é septicemia, suas causas e diagnóstico. Disponível em: <<http://www.infoescola.com/doencas/septicemia/>>, acessado em 15/09/2012.

<sup>15</sup> **Gastrostomia** ou **jejunostomia:** (enterostomia) é um procedimento cirúrgico para a fixação de uma sonda alimentar. Disponível em: < <http://pt.wikipedia.org/wiki/Gastrostomia>>, acessado em 15/09/2012.

criança não se acalmou. Por isso, não o colocamos sobre o cavalo.

Para mim este atendimento era difícil porque a comunicação com Erick praticamente não existe, ele não falava, não interagia com o meio a sua volta o único meio de comunicação que conseguimos estabelecer foram o choro e as feições de incômodo e a presença de muitos espasmos musculares.

Nestes primeiros atendimentos toda a equipe ficou atenta e apreensiva ao perceber que a criança mostrou irritabilidade, choro com espasmos, exacerbação de tremores e angústia. No terceiro dia de atendimento Erick apresentou o mesmo comportamento, percebemos ele era uma criança difícil de acalmar quando começava a chorar. Diante deste quadro pedimos ao pai que ficasse para o atendimento dos amigos e que o pai conversasse com ele, mostrasse que estávamos ali para ajudar, que os amigos também realizavam a mesma atividade que ele.



**Foto nº 04:** Estimulação Sensorial (pés) em Erick no Centro de Equoterapia Conviver em Niterói. Fotógrafo: Vanessa Breia em 13/04/2012.



**Foto nº 05:** Estimulação Sensorial (mãos) em Erick no Centro de Equoterapia Conviver em Niterói. Fotógrafo: Vanessa Breia em 13/04/2012.

No colo do pai, aproximamos Erick do cavalo e não chorou, estava mais tranquilo. Fizemos isso para mostrar que a Equoterapia é algo bom e que não precisava ficar com medo. Por isso passamos um mês andando ao lado do cavalo com Erick no colo para que este choro sessasse e que ele se sentisse mais confortável, adquirisse confiança na equipe, criasse o vínculo e assim darmos início às atividades de montaria. No dia em que fizemos a primeira tentativa, Erick iniciou um choro, começou a ficar sem fôlego, apresentou tremores e ficou com os lábios cianóticos, então, rapidamente o retiramos do cavalo e tentamos acalmá-lo. Nossa estratégia mudou, começamos a colocá-lo encostado com as costas no cavalo, os

pés na equoterapeuta e o cavalo parado. A partir daí colocamos deitado em supino com o corpo todo em cima do cavalo e não chorou mais.

Superada esta primeira fase de adaptação, as sessões de equoterapia transcorreram da seguinte maneira: ao lado do cavalo realizamos a estimulação sensorial, iniciamos a montaria na posição deitado porque era a posição que Erick se sentia confortável, depois passamos para a posição sentada em “indiozinho”. Gradativamente aumentamos o tempo de montaria, sustentou por poucos instantes em raras oportunidades, pouquíssima interação com os terapeutas e com o ambiente.



**Foto nº 06:** Erick Rosina deitado para relaxamento. No Centro de Equoterapia Conviver em Niterói. Fotógrafo: Andressa em 13/04/2012.



**Foto nº 07:** Erick Rosina sentado em “Indiozinho”. No Centro de Equoterapia Conviver em Niterói. Fotógrafo: Andressa em 13/04/2012.

Para seu relaxamento conseguimos deitá-lo ao longo do dorso do cavalo, pois Erick apresentava muita resistência a esta posição. No 12º atendimento Erick emitiu seus primeiros sons e aceitou variação de postura com o cavalo em movimento. Seu tempo de atendimento variou de zero a 15 minutos.

Em um dos atendimentos o Erick chegou muito irritado com incômodo abdominal, no acolhimento perguntamos ao pai o que estava acontecendo e ele relatou que o menino não evacuava a mais de dois dias. O pai não esboçou nenhuma preocupação. Nós por outro lado, ficamos apreensivas porque a criança estava nitidamente sentindo dor, então o levamos para o cavalo e fizemos posturas que estimulasse os movimentos peristálticos e assim ajudasse a criança a amenizar a dor e evacuar.

Na maioria dos atendimentos Erick se comunicou desta maneira conosco, através do choro, conseguimos muitos avanços com ele como a posição sentada em “indiozinho”, depois a deitada em supino, diminuição da espasticidade, para relaxamento colocamos deitado ao longo do cavalo sem reclamações, tivemos a presença de pequenos balbucios na tentativa de falar, conseguimos perceber que os atendimentos para Erick eram prazerosos.



**Foto nº 08:** Erick Rosina e seu pai aguardando o início da sessão equoterápica. No Centro de Equoterapia Conviver em Niterói. Fotógrafo: Andressa em 13/04/2012.

Notei o quanto é valioso estar sensível para perceber as pequenas mudanças de humor, nuances faciais, movimentos corporais. Agora entendi o que é a comunicação alternativa e como faz a diferença para que a interação aconteça. E esta comunicação que construímos com o Erick é fruto do nosso vínculo e comprometimento criados para realizarmos um bom trabalho.

### 3.2.2 - Caso nº 2 Erick Arruda



Nasceu pré-maturo, com 31 semanas e 5 dias, ficou internado por 4 meses. Aos 3 meses de idade colocou válvula para hidrocefalia e microcefalia. Seu diagnóstico é de ECNPI – Paralisia Cerebral, quadriplégica espástica grave com microcefalia. A expectativa da família é a aquisição de marcha e tem esperanças que adquira linguagem. Pois como a mãe explicou: “os médicos falaram que ele ia vegetar”. A mãe relatou que Erick tem problemas de constipação. Sua idade ao entrar no projeto era de 2 anos e 3 meses (27 meses).

**Foto nº 09:** Erick Arruda. Centro de Equoterapia Conviver. Fotógrafo: Danyelle Ribeiro em 27/04/2012.

O Erick chamava a atenção por seu tamanho, era pequeno para a idade e tinha carinha de bebê. Chega acompanhado pela mãe em todas as sessões equoterápicas trazendo eventualmente a visita do pai e primos.

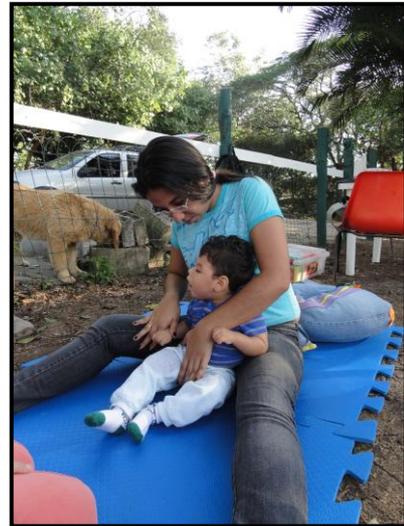
Apresentava alguns reflexos típicos de recém-nascido como: o reflexo de enraizamento que é ativado quando tocamos na bochecha da criança e ela gira a cabeça, levando a boca até a fonte de estímulo. Outro reflexo presente era o reflexo palmar que ao tocar na palma da mão da criança ele fecha imediatamente com força. Estes reflexos num desenvolvimento típico desaparecem até o sexto mês de vida em consequência da maturação do cérebro os quais já mencionamos anteriormente. (PALACIOS e MORA, 1995, p.37).

Era uma criança que interagiu bem com a equipe, gostava das músicas selecionadas, só reclamava quando a fisioterapeuta estava realizando o alongamento, extensão de cabeça e outras posturas no tatame. Na Turquesa explorávamos as posições de prono, puppy (deitado em decúbito ventral com apoio dos cotovelos), gatas (em decúbito ventral apoiado nos joelhos e cotovelos), as quais são posições que antecedem à posição de sentado. No prono Erick tinha a oportunidade de colocar as mãos na linha média, se esbaldava em experimentar ambas as mãos e estimulávamos o controle de cabeça. Tentamos colocá-lo na posição “indiozinho”, mas Erick não sustentou a cabeça e começou a reclamar.

No primeiro dia de atendimento realizou-se a avaliação fisioterapêutica, o alongamento de membros inferiores, enfatizou-se a posição de gatas objetivando a tomada de peso em membros inferiores e extensão da cabeça. Na aproximação com o cavalo executou-se a estimulação sensorial com mãos e pés.



**Foto nº 10:** Erick Arruda na Avaliação Fisioterapêutica. Centro de Equoterapia Conviver em Niterói. Fotógrafo: Danyelle Ribeiro em 11/05/2012.



**Foto nº 11:** Erick Arruda no alongamento no tatame. Centro de Equoterapia Conviver em Niterói. Fotógrafo: Danyelle Ribeiro em 08/06/2012.

Posicionamos a criança em puppy, na qual, estendeu a cabeça. Para seu relaxamento e alongamento o colocamos em prono. Durante toda a sessão a criança mostrou-se bem cooperativo, alegre e não esboçou reclamações. Seu tempo inicial foi de doze minutos. A mãe nos relatou que Erick chorou muito e que o levou ao hospital, acreditamos que ele ficou muito cansado, por isso diminuimos o tempo de montaria e as variações de postura.



**Foto nº 12:** Erick Arruda na Estimulação Sensorial (pés). Centro de Equoterapia Conviver em Niterói. Fotógrafo: Danyelle Ribeiro em 08/06/2012.



**Foto nº 13:** Erick Arruda na Estimulação Sensorial (mãos). Centro de Equoterapia Conviver em Niterói. Fotógrafo: Danyelle Ribeiro em 08/06/2012.

No decorrer dos atendimentos buscou-se diminuir a fixação escapular, estimular que Erick traga as mãos para a linha média, percebemos que seu controle de cabeça na posição prono está cada vez melhor.

Para amenizar a hipersensibilidade que o Erick apresentou e servir de instrumento de apoio para a realização de outros exercícios, resolvemos trazer um tecido que fosse de textura agradável e escolhemos a lycra. Com este tecido objetivamos também auxiliar na construção da percepção corporal, o deixar experimentar a posição sentada sem apoio, na estimulação sensorial facilitar a abertura das mãos, com o movimento latero-lateral fazê-lo experimentar o rolar, aprender a desobstruir as vias aéreas, perceber que o braço que está preso embaixo do corpo (posição em prono), que aquele braço é dele e ele pode e consegue tirá-lo desta condição.



**Foto nº 14:** Erick Arruda experimentando a Lycra. Centro de Equoterapia Conviver em Niterói. Fotógrafo: Danyelle Ribeiro em 27/04/2012.



**Foto nº 15:** Erick Arruda no kiking na Lycra se preparando para o latero-lateral. Centro de Equoterapia Conviver em Niterói. Fotógrafo: Danyelle Ribeiro em 27/04/2012.

Ao tocar na lycra Erick respondeu bem à estimulação tátil abrindo voluntariamente as duas mãos, deixamos que ele experimentasse via oral o tecido e depois o colocamos sentado ainda na lycra para um balanço leve inicialmente. No decorrer dos atendimentos aplicamos o kicking, latero - lateral e observamos que Erick foi evoluindo, conseguia livrar as vias aéreas, para rolar já levantava o bumbum e demonstrava que estava gostando, tinha interesse e intenção em rolar mais um pouco.

Com Erick passamos pela fase difícil do nascimento dos dentes, ficou mais choroso, também compartilhamos a dor da constipação que a mãe nos relatou que é

um caso sério. Então o levamos para o cavalo e fizemos posturas que estimulassem os movimentos peristálticos e assim o ajudasse a amenizar a dor e evacuar.

No cavalo exploramos as posições de “indiozinho” para que ele receba os estímulos do movimento tridimensional do cavalo, supino ao longo do cavalo para relaxamento, puppy para que leve a mão á linha média, experiente ambas as mãos e estimule o controle da cervical e na posição em prono para auxiliar nos movimentos abdominais diminuindo o desconforto causado pelos gazes e estimulando para evacuação. Vale a pena destacar que todos estes procedimentos são realizados com o cavalo em movimento e com músicas do repertório infantil.

Durante os atendimentos Erick apresentou-se colaborativo, com sorrisos, maior interação com a equipe. Percebemos que ele gosta da música “pedala, pedalinho”, pois demonstra alegria, ergue a cabeça e vira para ambos os lados com intenção e agora reclama quando o cavalo para ou quando termina a sessão. Seu tempo de atendimento variou entre 10 a 20 minutos.



**Foto nº 16:** Erick Arruda levando a mão na linha média e experimentando-a. Centro de Equoterapia Conviver em Niterói. Fotógrafo: Danyelle Ribeiro em 27/04/2012.



**Foto nº 17:** Erick Arruda posição em puppy. Centro de Equoterapia Conviver em Niterói. Fotógrafo: Danyelle Ribeiro em 08/06/2012.

Um fato que nos chamou a atenção foi o excesso de cuidados da mãe com Erick, ela o alimentava em casa na hora do almoço, quando chegava na hípica antes do atendimento e depois do atendimento. Ao questionamos do porque alimentá-lo desta maneira, ela respondeu que não gostaria que ele sentisse fome. Então, orientamos a mãe que de vez enquanto é bom que o Erick sinta fome, para que ele experimente esta sensação, porque o sentir fome também é educativo, o intervalo entre as refeições é importante para que ela também reconheça quando ele

realmente está com fome. Depois desta conversa nos outros atendimentos percebemos que a mãe acatou nossa sugestão, apenas hidratando-o nas sessões.

Erick foi a primeira criança do grupo a iniciar a escolarização durante o período de tratamento.

### 3.2.3 - Caso nº 3 Fabrício:



**Foto nº 18:** Fabrício. Centro de Equoterapia Conviver em Niterói. Fotógrafo: Danyelle Ribeiro em 08/06/2012.

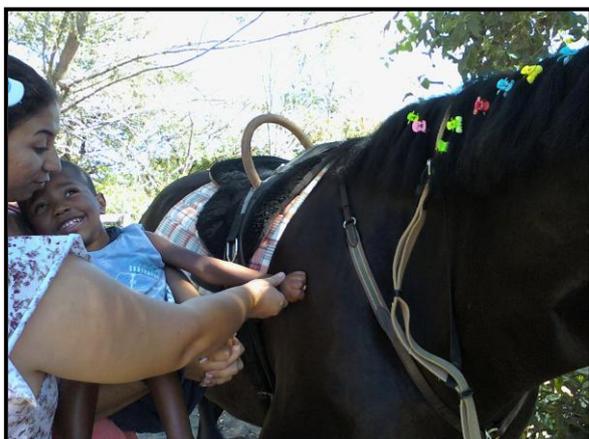
Sua gestação foi de 38 semanas, teve complicações no parto porque a criança estava grudada na placenta e com isso ocorreu a hipóxia causando a ECNPI – Paralisia Cerebral, quadriplégica espástica grave, ficou internado em UTIN por 4 meses, porque broncoaspirou<sup>16</sup> saliva, durante a internação descobriram que a criança teve má formação na traquéia, então, realizaram a cirurgia de gastrostomia. A expectativa da família é

a melhora da postura e da coordenação motora por causa da escola e da esperança em reverter a gastrostomia. Começou a equoterapia com 3 anos e 3 meses (39 meses) de idade.

O Fabrício é uma criança adorável, tem um carisma maravilhoso, quer saber de tudo que acontece a sua volta, seu sorriso é sua marca registrada e seus olhos pode dizer muito. Mostrou-se sempre alegre, sorridente e participativo durante as sessões. Sempre acompanhado pela mãe, uma mulher admirável, forte e consciente dos limites que a patologia impõe, mas é uma grande incentivadora dos avanços que seu filho pode, vai e está alcançando. Também tivemos a visita dos irmãos mais velhos e primos.

<sup>16</sup> **Broncoaspiração:** é quando o alimento, saliva ou secreção realiza o trajeto errado, ao invés de descer pelo esôfago, desce pela traquéia. Pode ocasionar diversos tipos de pneumonia, dependendo da natureza e quantidade do aspirado. Normalmente as etapas da de deglutição servem de barreira contra a broncoaspiração. **Respostas do organismo a broncoaspiração:** Tosse ou regurgitação na hora. Se não houver essa defesa imediata, poderá ocorrer um caso de aspiração silenciosa que virá a desenvolver: Insuficiência respiratória aguda, seguida de taquipnéia, roncosp, cianose e hipotensão. Disponível em: <<http://enfermaraquara.blogspot.com.br/>> e <<http://www.odiariodeumenfermeiro.com.br/2008/07/termos-tecnicos-com-iniciais-b.html>>, acessados em 15/09/2011.

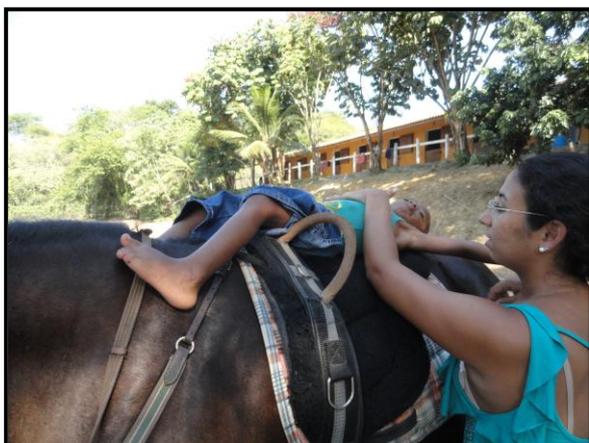
Assim como das outras crianças inicia-se com o alongamento, dissociação dos membros superiores e inferiores, mobilização da coluna, estimulação sensorial com mãos e pés, nos valem das posições “indiozinho”, posição de Príncipe, supino, latero – lateral e para relaxamento o colocamos deitado ao longo do cavalo com a música de despedida.



**Foto nº 19:** Fabrício no momento da Estimulação Sensorial (mãos). Centro de Equoterapia Conviver em Niterói. Fotógrafo: Danyelle Ribeiro em 08/06/2012.



**Foto nº 20:** Fabrício na posição “indiozinho” e ouvindo as canções infantis durante a sessão. Centro de Equoterapia Conviver em Niterói. Fotógrafo: Danyelle Ribeiro em 08/06/2012.



**Foto nº 21:** Fabrício no momento de Relaxamento deitado ao longo do cavalo e ouvindo a música de despedida. Centro de Equoterapia Conviver em Niterói. Fotógrafo: Danyelle Ribeiro em 08/06/2012.



**Foto nº 22:** Fabrício em espasmo muscular de alegria ao se aproximar do cavalo e levando a mão com intenção de tocar no mesmo. Centro de Equoterapia Conviver em Niterói. Fotógrafo: Danyelle Ribeiro em 08/06/2012.

Percebemos que o Fabrício reconhece partes do corpo como a cabeça e pés, no segundo dia de atendimento fez a mímica correta para chamar a Turquesa, estimulado pela mãe e movimentos voluntários com a intenção de tocar a crina do cavalo, levando a mão em direção ao mesmo.

Gosta das músicas infantis que apresentamos pra ele, interage bem quando são músicas de expressão corporal, como na música “fui no mercado” em que gosta da formiguinha subindo, subindo. Na música que conta sobre o passeio no bosque enquanto o Lobo não vem também é uma de suas preferidas, principalmente no momento de correr do Lobo.

Vendo esta atração pelo Lobo introduzimos histórias como a dos Três Porquinhos e Chapeuzinho Vermelho, torna-se gratificante ver o entusiasmo e alegria do Fabrício ao ouvir estas histórias. Na história dos Três Porquinhos ele ficava esperando o momento para correr do Lobo e cantar a musiquinha: “Quem tem medo do Lobo Mau, Lobo Mau, Lobo Mau. Quem tem medo do Lobo Mau Lá lá, Lá lá, lá”.



**Foto nº 23:** Fabrício no momento da Contação de Histórias. Centro de Equoterapia Conviver em Niterói. Fotógrafo: Vanessa Breia em 08/06/2012.



**Foto nº 24:** Fabrício comemorando seu aniversário. Centro de Equoterapia Conviver em Niterói. Fotógrafo: Izabel em 18/04/2012.



**Foto nº 25:** Fabrício experimentando a posição em pé na bola de fitness. Centro de Equoterapia Conviver em Niterói. Fotógrafo: Danyelle Ribeiro em 10/02/2012.

Passamos por momentos marcantes com o Fabrício como a comemoração de seu aniversário de quatro anos, Fabrício demonstrou estar muito feliz, os colegas de sessões equoterápicas também participaram.

Nesta foto ao lado temos Fabrício experimentando a posição em Pé com a bola de fitness e nesta ocasião a fisioterapeuta Joyce nos explicou que para que ocorresse o crescimento dos ossos das pernas faz-se necessário que tenha dispensação de peso por isso que ela estava mostrando para a mãe de

Fabrício como fazer isso em casa de maneira correta. Portanto, os avanços com Fabrício foram surpreendentes. Ele também está frequentando a escola.

### 3.2.4 - Caso nº 4 Miguel Dionn



**Foto nº 26:** Miguel Dionn. Centro de Equoterapia Conviver em Niterói. Fotógrafo: Danyelle Ribeiro em 10/02/2012.

Pré-maturo de 26 semanas e 5 dias, devido à pré-eclâmpsia<sup>17</sup>. Teve convulsão com 2 dias de vida, por isso, foi internado em UTIN por 79 dias, através do exame de ressonância magnética evidenciou a leucomalácia periventricular<sup>18</sup>. Resultando em ECNPI – Paralisia Cerebral, diplégica espástica leve Iniciou o atendimento equoterápico com 11 meses de idade. A expectativa da família é que a criança se adapte bem com suas limitações e que adquira a marcha e linguagem.

Miguel chegava acompanhado para a maioria dos atendimentos equoterápicos da mãe e da avó, porém tivemos a visita de seus irmãos em ocasiões alternadas. Em sua avaliação

fisioterapêutica no tatame, apresentou-se colaborativo e sorridente. Na aproximação do cavalo, ele tateou voluntariamente o pelo e a crina. O colocamos sentado com abdução das pernas (posição de cavaleiro) mostrou-se animado.

Trata-se de uma criança que para separar da mãe é complicado. Nós tentamos a conversa, agrados, mas, não funcionou, o choro era constante.

<sup>17</sup> **Pré-eclâmpsia** ou **toxemia gravídica**: é caracterizada pelo aumento da pressão arterial, edema e liberação de proteínas na urina (proteinúria). Neste estágio, ainda não ocorreram coma e convulsões. Fonte: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Pr%C3%A9-eclâmpsia>>, acessado em 15/07/2012.

<sup>18</sup> **Leucomalácia periventricular**: é uma necrose multifocal da substância branca. É uma importante causa de paralisia cerebral e deficiência mental. A causa de leucomalácia é uma hipóxia que tende a provocar lesões mais generalizadas nos fetos mais novos e localizadas em fetos mais velhos. As lesões mais focais podem afetar diversas atividades cognitivas dependendo de sua intensidade e distribuição. As lesões mais amplas podem atingir todo um hemisfério. Nesse caso, pode causar um retardo na aquisição da linguagem, se atingirem o hemisfério esquerdo. Fonte: <<http://www.enscer.com.br/material/artigos/eina/deficiencias/leuco.php>> acessado em 15/07/2012.

Passamos a não falar nada, ficamos mudas, deu certo por alguns dias. Então, a mãe fez uma revelação maravilhosa que mudou tudo... Miguel gostava de músicas animadas, foi aí que escolhemos dentro do repertório de músicas infantis as mais animadas para este momento de separação da mãe e deu certo o choro cessou.

Outra mudança que realizamos por conta deste apego foi diminuir o percurso do cavalo para meio picadeiro, para que Miguel não tivesse visão direta da mãe. Porque toda vez que passávamos com o cavalo próximo do local onde os pais estavam ele via a mãe e iniciava novamente a chorar. Sendo que se não a visse estava tudo bem, alegre, colaborativo e sem choro. Depois destas providencias os atendimentos transcorram com mais tranquilidade. Ao chegar próximo do cavalo e o mesmo começar a andar o choro cessava.



**Foto nº 27:** Miguel Diann com abdução das pernas (posição de Cavaleiro). Centro de Equoterapia Conviver em Niterói. Fotógrafo: Vanessa Breia em 17/02/2012.



**Foto nº 28:** Miguel Diann sentado na posição de Príncipe. Centro de Equoterapia Conviver em Niterói. Fotógrafo: Danyelle Ribeiro em 10/02/2012.

Por Miguel possuir maior controle corporal e o grau de lesão no cérebro ser mais leve, pudemos realizar atividades diferentes como: sentá-lo com abdução das pernas (posição de Cavaleiro), fazer zig - zag como a minhoca, realizar o desenho de um círculo, transformar o cavalo num trem parando nas estações buscando pessoas da família ou equoterapeutas para trabalhar o equilíbrio, a imaginação, memória, raciocínio, entre outras habilidades. Realizamos também atividades como transpor obstáculos, jogar bolinhas no cesto transferindo da mão direita para esquerda ou vise versa; posição de “príncipe” que é sentar de lado; em “indiozinho”, fizemos o circuito em círculo e zig - zag cantando a música da minhoca, para trabalhar o equilíbrio. Com a música “Parabéns pra você” e “Pai Francisco” bateu palmas. Em todas as posições Miguel buscou o cilhão para se segurar.



**Foto nº 29:** Miguel Dionn usando a imaginação e buscando equilíbrio ao sair da estação. Centro de Equoterapia Conviver em Niterói. Fotógrafo: Vanessa Breia em 24/02/2012.



**Foto nº 30:** Miguel Dionn sendo estimulado a bater palmas. Centro de Equoterapia Conviver em Niterói. Fotógrafo: Danyelle Ribeiro em 10/02/2012.

Incluimos em seus atendimentos a contação de histórias e apresenta-se bem animado com a novidade. Acrescentamos o acerto o alvo, porém não chamou a atenção de Miguel, a bola com texturização para que a criança além da estimulação sensorial trabalhe a lateralidade, noção corporal e espacial. Pois, pega a bola no lado direito para guardar no lado esquerdo com alternância das mãos.

Na Contação de Histórias gostava da história dos Três Porquinhos, demonstrava alegria, gostava muito da parte em que o Lobo se preparava para derrubar a casa dos porquinhos, sorria e fazia um bico com os lábios para ajudar a assoprar.

Conforme afirma Lima (2001, p. 112-114), “a equoterapia propicia o desenvolvimento dos pré-requisitos sensórios motores essenciais que a escola precisa para o desenvolvimento das atividades que são da sua competência e que não consegue alcançar nestes casos especiais”. Por isso, que o desenvolvimento de habilidades como a lateralidade, construção da imagem corporal, orientação espacial entre outras são importantes porque a aquisição destas habilidades não se dá de forma espontânea, é necessário que a criança seja estimulada e fazem parte de um conjunto de pré-requisitos necessários para a aprendizagem da leitura e escrita.

Como Miguel apresenta uma deficiência visual temos que ter um pouco mais de paciência, pois, ele se irritava fácil, ele procurava não realizar as atividades quando sentia dificuldade em realiza-las, temos que esperar o tempo dele.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este trabalho monográfico percebeu-se que o processo ensino - aprendizagem é dinâmico e ocorre em todos os lugares e em todos os momentos, a presença do pedagogo na Equoterapia esta voltada para o trabalho com pessoas com necessidades educacionais especiais ou não buscando despertar os estímulos cognitivos, neuropsicomotores, sociais e lúdicos utilizando o cavalo como principal agente de transformação e aproveitando o ambiente em que os mesmos estão inseridos para buscar o desenvolvimento global dos mesmos.

O trabalho pedagógico e equoterápico caminham juntos para a reabilitação das crianças. Por isso, ousou dizer que são indissociáveis. Entretanto, considerei importante detalhar as sessões de equoterapia para clarificar que os avanços das crianças é um processo lento, cada atendimento equoterápico é único. Porque todas as atividades são adequadas às realidades, limites e contextos de cada criança. Esta maneira de trabalhar deve ser aproveitada para toda e qualquer situação que possa contribuir para a aprendizagem ou indicar caminhos para a mesma.

Durante os atendimentos equoterápicos pudemos verificar que as crianças alcançaram um relaxamento muscular com diminuição da espasticidade, observamos que as crianças apresentavam grande prazer e interesse em interagir com o cavalo. Obtivemos uma significativa participação das famílias, inclusive com acompanhamento de mais de um responsável. Dentre as crianças do grupo de estudo dois iniciaram escolarização, obtiveram maior controle da cervical e alinhamento na linha média, o que para os bebês é o primeiro passo para aquisição de novas posturas.

Todos estes momentos que passei com cada uma destas crianças foi muito enriquecedor para a minha vida pessoal, para valorizar cada pequeno avanço e na vida profissional que confirmou a área que pretendo atuar, a Educação Especial. Sei que preciso estudar mais, porém, este foi o primeiro passo para uma carreira cheia de desafios, barreiras a serem vencidas e com certeza muitas emoções e experiências a serem vivenciadas.

O que eu posso dizer do meu trabalho em Equoterapia é que pude perceber a atuação do pedagogo encontrada...

Ora fosse no canto de músicas infantis...

Ora fosse no planejamento,  
Ou então no desenvolvimento das atividades  
Será que seria no vínculo? Ou na afetividade?  
Não. Confiança!  
Responsabilidade; Autoestima; Autocontrole;  
Que gera a compreensão de...  
Nuances faciais, balbucios, sorrisos, comunicação alternativa;  
Tudo isso é o trabalho do pedagogo presente na Equoterapia.

Danyelle Cristina Costa Ribeiro

## REFERÊNCIAS

ANDE – BRASIL. Associação Nacional de Equoterapia. **Origem da palavra.** Texto elaborado para esclarecimento sobre a origem da palavra equoterapia. Disponível em <<http://www.equoterapia.org.br/origem.php>>, acessado em 04/07/2011.

ANDE – BRASIL. Associação Nacional de Equoterapia. **Como Método Terapêutico e Educacional.** Texto elaborado para divulgação do reconhecimento da equoterapia pelo Conselho Federal de Medicina como um método terapêutico. Disponível em <<http://www.equoterapia.org.br/metodo.php>>, acessado em 04/07/2011.

BALTIERI S. C. **A equoterapia e a equitação lúdica na infância.** Revista Sinopse de pediatria 2003; 9 (2): p. 28-34. Texto disponível em: <[http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=2686](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=2686)>, acessado em 15/05/2010.

BONDÍA, Jorge Larrosa. **Notas sobre a experiência e o saber de experiência.** Revista Brasileira de Educação. ANPED. Jan/Fev./Mar/Abril, 2002, nº19. p. 20-28.

BRAGAMONE, Moises Correa e SANTO, Silvia M. Barreto. **A atuação do pedagogo na Equoterapia.** Texto disponível em: <[www.sieduca.com.br/2007/admin/upload/73.doc](http://www.sieduca.com.br/2007/admin/upload/73.doc)>, acessado em 23/05/2010.

BREIA, Vanessa, LEAL, Michele. **Introdução à Educação e Terapia Assistida por animais: Equoterapia e Cinoterapia.** Apostila elaborada para curso de extensão sobre a Terapia Assistida por Animais. Uerj; Julho de 2010.

CENTRO DE EQUOTERAPIA DE UBERLÂNDIA. Texto sobre os movimentos conjugados entre praticante e o cavalo. **Referência da Figura nº 1.** Disponível em: <<http://uberlandia.com/siteajato/v1/content.asp?LojalD=192&ContentID=1248>>, acessado em 12/05/2010.

COSTA, Vera Lúcia. **Inclusão: Concepção e Metodologias de atuação.** In. Proposta Pedagógica Minuto do Saber Infantil, 2010. Curitiba – PR. Pag. 21 a 24.

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.

DOHME, Vânia. **Técnicas de Contar Histórias: Um Guia para Desenvolver as Suas Habilidades e Obter Sucesso na Apresentação de uma História.** 2ª Ed. Petrópolis – RJ :Vozes ed., 2010.

FAURY, Simone. Dib (Coordenadora). **Roteiro para apresentação das teses e dissertações da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2007.

FERLINI, Gláucia Meri Silvério e CAVALARI, Nilton. **Os benefícios da equoterapia no desenvolvimento da criança com deficiência física.** Texto elaborado para fins de obtenção do Título de pós graduação em Educação Especial pela UCP e Instituto RHEMA na cidade de Munhoz de Mello. Caderno Multidisciplinar de Pós-graduação da UCP, Pitanga, v.1, n.4, p. 1-14, abril, 2010.

Disponível em: <<http://www.ucpparana.edu.br/cadernospos/edicoes/n1v4/01.pdf>>, acessado em 15/03/2011.

GALVÃO, Izabel. **Henri Wallon: Uma concepção dialética do desenvolvimento infantil**. 5ª ed. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 1999.

GLAT, Rosana e BLANCO, Leila de Macedo Varela. **Educação Especial no contexto de uma Educação Inclusiva**. In. GLAT, Rosana (org.). Educação Inclusiva: Cultura e Cotidiano Escolar . Rio de Janeiro, 2007, p. 15-35.

LENZI C. R. M, VIEIRA H. H. **Implantação da terapia de integração sensorial na APAE de Blumenau** – SC. In: XIII Congresso Estadual das APAEs, 2010.

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.

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.org/historico.htm>>, acessado em 23/06/2011.

MELLO, Suely Amaral. **A Escola de Vygotsky**. Capítulo V, p. 135 - 155. In: CARRARA, Kester (org.). Introdução à Psicologia da Educação: Seis Abordagens. Ed. : Avercamp, 2003.

NETO, Humberto. **Encefalopatia Crônica da Infância, Classificação**. Publicado em 25 de março de 2009. Texto disponível em <<http://fisioterapiahumberto.blogspot.com/2009/03/encefalopatia-cronica-da-infancia.html>>, acessado em: 28/09/2010.

PALACIOS, Jesús e MORA, Joaquín. **Desenvolvimento físico e Psicomotor na Primeira Infância**. Cap. 2, p. 29 – 41. In: COLL, César; PALACIOS, Jesús e MARCHESI, Alvaro. (org.). Desenvolvimento Psicológico e Educação: Psicologia Evolutiva. Trad. Francisco Franke Sentineri e Marcos A. G. Domingues. V. 1 - Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

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

SÁ, Nídia Regina L. de. **Questões a propósito de uma avaliação interativa na educação especial e na educação de surdos**. Artigo disponível em: <<http://dialogica.ufam.edu.br/dialogicaV1-N6/QUEST%C3%95ES%20A%20PROP%C3%93SITO%20DE%20UMA%20AVALIA%C3%87%C3%83O.pdf>>, acessado em 21/07/2011.

SANTOS, Denise Castilho Cabrera e RAVANINI, Solange Gagheggi. **Aspestos do Diagnóstico do Desenvolvimento Motor**. Cap. 17, p. 258 – 279, In: RIBEIRO, Moura; LEME, Maria Valeriana; GONÇALVES, Vanda Maria. Neurologia do desenvolvimento da criança. Rio de Janeiro: Ed. Revinter, 2006.

SANTOS R B, BORGES FP, CYRILLO FN. **A integração sensorial na equoterapia**. In: IV Congresso Brasileiro de Equoterapia – I Congresso Latino-americano de equoterapia, 2008;

SEM AUTOR. **Leucomalácia Periventricular**. Texto elaborado para explicar sobre o que é Leucomalácia Periventricular. Disponível em: <<http://www.enscer.com.br/material/artigos/eina/deficiencias/leuco.php>>, acessado em: 28/09/2010

SEVERO, José Torquato. **Equoterapia: O emprego do cavalo como motivador terapêutico**. Texto elaborado para compreender o uso do cavalo como terapia. Disponível em <<http://www.equoterapia.com.br/artigos/artigo-07.php>>, acessado em 02/07/2011.

SEVERO, José Torquato e 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 e 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.

SOUZA, Luma Gomides. **Paralisia Cerebral**. Texto disponível em <<http://www.coladaweb.com/medicina-e-enfermagem/paralisia-cerebral>>, acessado em: 28/09/2010.

TEIXEIRA, Ângela e OLIVEIRA, Fátima **Relatório sobre a prevalência de deficiências, incapacidades e desvantagens**. Texto elaborado para enfatizar as pesquisas realizadas sobre os portadores de deficiência, suas condições de vida e inserção social. Niterói, RJ, 2004. Disponível em <[http://portal.mj.gov.br/corde/arquivos/pdf/Rel\\_Pesquisa.pdf](http://portal.mj.gov.br/corde/arquivos/pdf/Rel_Pesquisa.pdf)>, acessado em 09/07/2011.

UNESCO, **Declaração de Salamanca sobre Princípios e Políticas em Educação Especial**. Espanha, 1994. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/salamanca.pdf>>, acessado em 10/04/2010.

VANNUCHI, Paulo. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. **Prefácio**. Texto elaborado pelo Secretário Especial dos Direitos Humanos para o prefácio da Convenção mencionada. Brasília, setembro de 2007, p. 06-07. Disponível em: <[http://portal.mj.gov.br/corde/arquivos/pdf/Cartilha%20Convenção%20sobre%20os%](http://portal.mj.gov.br/corde/arquivos/pdf/Cartilha%20Convenção%20sobre%20os%20)

20Direitos%20das%20Pessoas%20com%20Deficiência.pdf>, acessado em 09/07/2011.

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.

WIKIPÉDIA. **Paralisia Cerebral**. Consulta às definições, texto disponível em <[http://pt.wikipedia.org/wiki/Paralisia\\_cerebral](http://pt.wikipedia.org/wiki/Paralisia_cerebral) >, acessado em: 28/09/2010.

## **ANEXO 1 – Documento de reconhecimento da Equoterapia como Método Terapêutico**

**PROCESSO-CONSULTA CFM Nº 1.386/95  
PC/CFM/Nº 06/97**

**INTERESSADO:** Associação Nacional de Equoterapia

**ASSUNTO:** Equoterapia

**RELATOR:** Conselheiro Cláudio Balduino Souto Franzen

**EMENTA:** Métodos terapêuticos sem comprovação científica devem, para sua aprovação definitiva, cumprir a legislação vigente relativa à pesquisa em seres humanos.

Recebemos o expediente relativo à Associação Nacional de Equoterapia, para emissão de parecer.

### **PARECER**

A Equoterapia tal como conceitua a Associação Nacional de Equoterapia (ANDE-BRASIL), é um método terapêutico que utiliza o cavalo sob uma abordagem interdisciplinar aplicada nas áreas de saúde e educação, bem como o desenvolvimento biopsicossocial de pessoas com necessidades especiais.

Apesar de não termos conhecimento de trabalhos científicos que comprovem os mecanismos de ação pelos que possam explicar sua eficácia, é inquestionável que os exercícios realizados em equitação adequada a portadores de deficiências neurológicas permitem melhoras evidentes no equilíbrio, coordenação motora, e capacidade de comunicação, além de desenvolver hábitos de disciplina e educação.

Entendo, pois, que a Equoterapia se constitui num conjunto de técnicas que permitem a interação no binômio homem/animal eqüino, com evidentes benefícios aos portadores de alterações neurológicas, principalmente àqueles decorrentes de alterações genéticas e/ou paralisia cerebral. No entanto, métodos terapêuticos multiplicam-se com o passar do tempo e a medicina tem o compromisso de atuar dentro de parâmetros éticos, com a devida comprovação científica.

Somos, portanto, pelo reconhecimento da Equoterapia como método a ser incorporado ao arsenal de métodos e técnicas direcionados aos programas de reabilitação de pessoas com necessidades especiais, devendo sua indicação ficar restrita à equipe de reabilitação, da qual sempre deverá fazer parte um médico especialista na área, para que sejam atendidos todos os requisitos que constam na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das normas de pesquisa envolvendo seres humanos, haja vista que ainda não existe comprovação científica. Os dados levantados podem ser concentrados na Associação do solicitante deste parecer, juntamente com a Sociedade Brasileira de Medicina Física e Reabilitação, que posteriormente encaminhará ao Conselho Federal de Medicina a conclusão para avaliação e posicionamento definitivo desta Casa.

Este é o parecer, SMJ.

Brasília, 29 de janeiro de 1997.

**CLÁUDIO BALDUÍNO SOUTO FRANZEN**  
**Conselheiro Relator**

Aprovado em sessão plenária em 09/04/97. Disponível em:  
<[http://www.portalmédico.org.br/pareceres/cfm/1997/6\\_1997.htm](http://www.portalmédico.org.br/pareceres/cfm/1997/6_1997.htm)>, acessado em 08/06/2011

## ANEXO 2 – FICHA DE ANAMNESE

### ANAMNESE:

- IDENTIFICAÇÃO Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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 O<sub>2</sub> ( ) 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: \_\_\_\_\_

**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 3 – FICHA DE AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR

### FICHA DE AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR:

- IDENTIFICAÇÃO Data: \_\_/\_\_/\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_/\_\_/\_\_ IG: \_\_\_\_\_  
Idade Cronológica: \_\_\_\_\_ Idade Corrigida: \_\_\_\_\_  
Mãe: \_\_\_\_\_  
Pai: \_\_\_\_\_
- GESTAÇÃO E PARTO  
Gestações: \_\_\_\_\_ Abortos: \_\_\_\_\_  
Tipo de Parto: ( ) Vaginal ( ) Cesário ( ) Fórceps  
PN: \_\_\_\_\_ APGAR: \_\_\_\_\_ PC: \_\_\_\_\_ Comp.: \_\_\_\_\_  
Intercorrências Neonatais: ( ) Choro ( ) Necessidade de O<sub>2</sub> ( ) UTIN  
Outras: \_\_\_\_\_
- HPP  
Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
Fisiodiagnóstico: \_\_\_\_\_  
Queixa Principal: \_\_\_\_\_  
Principal Expectativa: \_\_\_\_\_
- EXAME FÍSICO  
Estado de Consciência: ( ) Alerta c/ atividade  
( ) Alerta s/ atividade  
( ) Torpor  
  
Resposta visual: ( ) Fixa o olhar  
( ) Acompanha objetos  
  
Resposta Auditiva: ( ) Localiza fonte sonora  
  
Interação: ( ) Interage c/ meio  
( ) Interage c/ terapeuta  
  
Movimentação: ( ) Espontânea ( ) Involuntária  
( ) Clônus ( ) Tremores ( ) Espasmos ( ) Estereotípias ( ) Vermiformes  
  
Tônus Repouso: ( ) Hipotônico ( ) Normal ( ) Hipertônico ( ) Flutuante  
  
Tônus Movimento: ( ) Hipotônico ( ) Normal ( ) Hipertônico ( ) Flutuante
- Posturas:  
- Supino:  
( ) Simétrico ( ) Assimétrico \_\_\_\_\_  
  
Leva as mãos a linha média ( ) Juntas ao corpo  
( ) Afastadas do corpo  
( ) Ombros elevados

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

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 4 – INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO PEDIÁTRICA DE INCAPACIDADE (PEDI)

### 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**

**Parte I: Habilidades funcionais****Área de Autocuidado**(Marque cada item correspondente:  
escores dos itens: 0 = incapaz, 1 = capaz)**A: TEXTURA DOS ALIMENTOS**

- 1- Come alimento batido/amassado/coado
- 2- Come alimento moído/granulado
- 3- Come alimento picado/em pedaços
- 4- Come comidas de texturas variadas

incapaz	capaz
0	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**B: UTILIZAÇÃO DE UTENSÍLIOS**

- 5- Alimenta-se com os dedos
- 6- Pega comida com colher e leva até a boca
- 7- Usa bem a colher
- 8- Usa bem o garfo
- 9- Usa faca para passar manteiga no pão, corta alimentos macios

incapaz	capaz
0	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**C: UTILIZAÇÃO DE RECIPIENTES DE BEBER**

- 10- Segura mamadeira ou copo com bico ou canudo
- 11- Levanta copo para beber, mas pode derramar
- 12- Levanta, c/ firmeza, copo sem tampa, usando as 2 mãos
- 13- Levanta, c/ firmeza, copo sem tampa, usando 1 das mãos
- 14- Serve-se de líquidos de uma jarra ou embalagem

incapaz	capaz
0	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**D: HIGIENE ORAL**

- 15- Abre a boca para a limpeza dos dentes
- 16- Segura escova de dente
- 17- Escova os dentes, porém sem escovação completa
- 18- Escova os dentes completamente
- 19- Coloca creme dental na escova

incapaz	capaz
0	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**E: CUIDADOS COM OS CABELOS**

- 20- Mantém a cabeça estável enquanto o cabelo é penteado
- 21- Leva pente ou escova até o cabelo
- 22- Escova ou penteia o cabelo
- 23- É capaz de desembaraçar e partir o cabelo

incapaz	capaz
0	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**F: CUIDADOS COM O NARIZ**

- 24- Permite que o nariz seja limpo
- 25- Assoa o nariz com lenço
- 26- Limpa nariz usando lenço ou papel quando solicitado
- 27- Limpa nariz usando lenço ou papel sem ser solicitado
- 28- Limpa e assoa o nariz sem ser solicitado

incapaz	capaz
0	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**G: LAVAR AS MÃOS**

- 29- Mantém as mãos elevadas para que as mesmas sejam lavadas
- 30- Esfrega as mãos uma na outra para limpá-las
- 31- Abre e fecha torneira e utiliza sabão
- 32- Lava as mãos completamente
- 33- Seca as mãos completamente

incapaz	capaz
0	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**H: LAVAR O CORPO E A FACE**

- 34- Tenta lavar partes do corpo
- 35- Lava o corpo completamente, não incluindo a face
- 36- Utiliza sabonete (e esponja, se for costume)
- 37- Seca o corpo completamente
- 38- Lava e seca a face completamente

incapaz	capaz
0	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**I: AGASALHO / VESTIMENTAS ABERTAS NA FRENTE**

- 39- Auxilia empurrando os braços p/ vestir a manga da camisa
- 40- Retira camisetas, vestido ou agasalho sem fecho
- 41- Coloca camiseta, vestido ou agasalho sem fecho
- 42- Coloca e retira camisas abertas na frente, porém s/ fechar
- 43- Coloca e retira camisas abertas na frente, fechando-as

incapaz	capaz
0	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**J: FECHOS**

- 44- Tenta participar no fechamento de vestimentas
- 45- Abre e fecha fecho de correr, sem separá-lo ou fechar o botão
- 46- Abre e fecha colchete de pressão
- 47- Abotoa e desabotoa
- 48- Abre e fecha o fecho de correr (zíper), separando e fechando colchete/botão

incapaz	capaz
0	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**K: CALÇAS**

- 49- Auxilia colocando as pernas dentro da calça para vestir
- 50- Retira calças com elástico na cintura
- 51- Veste calças com elástico na cintura
- 52- Retira calças, incluindo abrir fechos
- 53- Veste calças, incluindo fechar fechos

incapaz	capaz
0	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**L: SAPATOS / MEIAS**

- 54- Retira meias e abre os sapatos
- 55- Calça sapatos/sandálias
- 56- Calça meias
- 57- Coloca o sapato no pé correto; maneja fechos de velcro
- 58- Amarra sapatos (prepara cadarço)

incapaz	capaz
0	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**M: TAREFAS DE TOALETE**

(roupas, uso do banheiro e limpeza)

- 59- Auxilia no manejo de roupas
- 60- Tenta limpar-se depois de utilizar o banheiro
- 61- Utiliza vaso sanitário, papel higiênico e dá descarga
- 62- Lida com roupas antes e depois de utilizar o banheiro
- 63- Limpa-se completamente depois de evacuar

incapaz	capaz
0	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**N: CONTROLE URINÁRIO**

(escore = 1 se a criança já é capaz)

- 64- Indica quando molhou fralda ou calça
- 65- Ocasionalmente indica necessidade de urinar (durante o dia)
- 66- Indica, consistentemente, necessidade de urinar e com tempo de utilizar o banheiro (durante o dia)
- 67- Vai ao banheiro sozinho para urinar (durante o dia)
- 68- Mantém-se constantemente seco durante o dia e à noite

incapaz	capaz
0	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**O: CONTROLE INTESTINAL**

(escore = 1 se a criança já é capaz)

- 69- Indica necessidade de ser trocado
- 70- Ocasionalmente manifesta vontade de ir ao banheiro (durante o dia)
- 71- Indica, constantemente, necessidade de evacuar e com tempo de utilizar o banheiro (durante o dia)
- 72- Faz distinção entre urinar e evacuar
- 73- Vai ao banheiro sozinho para evacuar, não tem acidentes intestinais

incapaz	capaz
0	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Somatório da Área de Autocuidado:**

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

Comentários:

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

**A: TRANSFERÊNCIAS NO BANHEIRO**

- Fica sentado se estiver apoiado em equipamento ou no adulto
- Fica sentado sem apoio na privada ou troninho
- Senta e levanta de privada baixa ou troninho
- Senta e levanta de privada própria para adulto
- Senta e levanta da privada sem usar seus próprios braços

**B: TRANSFERÊNCIAS DE CADEIRAS/ CADEIRAS DE RODAS**

- Fica sentado se estiver apoiado em equipamento ou adulto
- Fica sentado em cadeira ou banco sem apoio
- Senta e levanta de cadeira, mobília baixa/infantis
- Senta e levanta de cadeira/cadeira de rodas de tamanho adulto
- 0- Senta e levanta de cadeira sem usar seus próprios braços

**C-1: TRANSFERÊNCIAS NO CARRO**

- 1a- Movimenta-se no carro: mexe-se e sobe/desce da cadeirinha de carro
- 2a- Entra e sai do carro com pouco auxílio ou instrução
- 3a- Entra e sai do carro sem assistência ou instrução
- 4a- Maneja cinto de segurança ou cinto da cadeirinha de carro
- 5a- Entra e sai do carro e abre e fecha a porta do mesmo

**C-2: TRANSFERÊNCIAS NO ÔNIBUS**

- 1b- Sobe e desce do banco do ônibus
- 2b- Move-se com ônibus em movimento
- 3b- Desce a escada do ônibus
- 4b- Passa na roleta
- 5b- Sobe a escada do ônibus

**D: MOBILIDADE NA CAMA / TRANSFERÊNCIAS**

- 6- Passa de deitado para sentado na cama ou berço
- 7- Passa para sentado na beirada da cama; deita a partir de sentado na beirada da cama
- 8- Sobe e desce de sua própria cama
- 9- Sobe e desce de sua própria cama, sem usar seus braços

**E: TRANSFERÊNCIAS NO CHUVEIRO**

- 0- Entra no chuveiro
- 1- Sai do chuveiro
- 2- Agacha para pegar sabonete ou shampoo no chão
- 3- Abre e fecha box/cortinado
- 4- Abre e fecha torneira

**F: MÉTODOS DE LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE INTERNO (escore 1 se já realiza)**

- 5- Rola, pivoteia, arrasta ou engatinha no chão
- 6- Anda, porém segurando-se na móbilta, parede, adulto ou utiliza aparelhos para apoio
- 7- Anda sem auxílio

**G: LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE INTERNO: DISTÂNCIA/VELOCIDADE (escore 1 se já realiza)**

- 8- Move-se pelo ambiente, mas com dificuldade (cai; velocidade lenta para a idade)
- 9- Move-se pelo ambiente sem dificuldade
- 10- Move-se entre ambientes, mas com dificuldade (cai; velocidade lenta para a idade)
- 11- Move-se entre ambientes sem dificuldade
- 12- Move-se em ambientes internos por 15 m; abre e fecha portas internas e externas

**H: LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE INTERNO: ARRASTA / CARREGA OBJETOS**

- 33- Muda de lugar intencionalmente
- 34- Move-se, concomitantemente, com objetos pelo chão
- 35- Carrega objetos pequenos que cabem em uma das mãos
- 36- Carrega objetos grandes que requerem a utilização das duas mãos
- 37- Carrega objetos frágeis ou que contenham líquidos

**I: LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE EXTERNO: MÉTODOS**

- 38- Anda, mas segura em objetos, adultos ou aparelhos de apoio
- 39- Anda sem apoio

**J: LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE EXTERNO: DISTÂNCIA / VELOCIDADE (escore 1 se já for capaz)**

- 40- Move-se por 3 - 15 m (comprimento de 1-5 carros)
- 41- Move-se por 15 - 30 m (comprimento de 5-10 carros)
- 42- Move-se por 30 - 45 m
- 43- Move-se por 45 m ou mais, mas com dificuldade (tropeça, velocidade lenta para a idade)
- 44- Move-se por 45 m ou mais sem dificuldade

**K: LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE EXTERNO: SUPERFÍCIES**

- 45- Superfícies niveladas (passeios e ruas planas)
- 46- Superfícies pouco acidentadas (asfalto rachado)
- 47- Superfícies irregulares e acidentadas (gramados e ruas de cascalho)
- 48- Sobe e desce rampas ou inclinações
- 49- Sobe e desce meio-fio

**L: SUBIR ESCADAS**

- (escore 1 se a criança conquistou previamente a habilidade)
- 50- Arrasta-se, engatinha para cima por partes ou lances parciais de escada (1-11 degraus)
  - 51- Arrasta, engatinha para cima por um lance de escada completo (12-15 degraus)
  - 52- Sobe partes de um lance de escada (ereto)
  - 53- Sobe um lance completo, mas com dificuldade (lento para a idade)
  - 54- Sobe um conjunto de lances de escada sem dificuldade

**M: DESCER ESCADAS**

- (escore 1 se a criança conquistou previamente a habilidade)
- 55- Arrasta-se, engatinha para baixo por partes ou lances parciais de escada (1-11 degraus)
  - 56- Arrasta-se, rasteja para baixo por um lance de escada
  - 57- Desce, ereto, um lance de escada completo (12-15 degraus)
  - 58- Desce um lance completo, mas com dificuldade (lento para a idade)
  - 59- Desce um conjunto de lances de escada sem dificuldade

**Somatório da Área de Mobilidade:**

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

Comentários:

## a de Função Social

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

		incapaz 0	capaz 1
<b>A: COMPREENSÃO DO SIGNIFICADO DA PALAVRA</b>			
1- Orienta-se pelo som		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Reage ao "não", reconhece próprio nome ou de alguma pessoa familiar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Reconhece 10 palavras		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- Entende quando você fala sobre relacionamentos entre pessoas e/ou coisas que são visíveis		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Entende quando você fala sobre tempo e seqüência de eventos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B: COMPREENSÃO DE SENTENÇAS COMPLEXAS</b>			
1- Compreende sentenças curtas sobre objetos e pessoas familiares		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Compreende comandos simples com palavras que descrevem pessoas ou coisas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Compreende direções que descrevem onde alguma coisa está		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- Compreende comando de dois passos, utilizando se/então, antes/depois, primeiro/segundo etc.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Compreende duas sentenças que falam de um mesmo sujeito, mas de uma forma diferente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>C: USO FUNCIONAL DA COMUNICAÇÃO</b>			
1- Nomeia objetos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Usa palavras específicas ou gestos para direcionar ou requisitar ações de outras pessoas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Procura informação fazendo perguntas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- Descreve ações ou objetos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Fala sobre sentimentos ou pensamentos próprios		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>D: COMPLEXIDADE DA COMUNICAÇÃO EXPRESSIVA</b>			
6- Usa gestos que têm propósito adequado		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- Usa uma única palavra com significado adequado		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- Combina duas palavras com significado adequado		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- Usa sentenças de 4-5 palavras		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- Conecta duas ou mais idéias para contar uma história simples		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>E: RESOLUÇÃO DE PROBLEMA</b>			
1- Tenta indicar o problema ou dizer o que é necessário para ajudar a resolvê-lo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Se transformado por causa de um problema, a criança precisa ser ajudada imediatamente, ou o seu comportamento é prejudicado		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Se transformado por causa de um problema, a criança consegue pedir ajuda e esperar se houver uma demora de pouco tempo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- Em situações comuns, a criança descreve o problema e seus sentimentos com algum detalhe (geralmente não faz birra)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Diante de algum problema comum, a criança pode procurar um adulto para trabalhar uma solução em conjunto		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>F: JOGO SOCIAL INTERATIVO (ADULTOS)</b>			
6- Mostra interesse em relação a outros		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- Inicia uma brincadeira familiar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- Aguarda sua vez em um jogo simples, quando é dada dica de que é sua vez		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- Tenta imitar uma ação prévia de um adulto durante uma brincadeira		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- Durante a brincadeira, a criança pode sugerir passos novos ou diferentes, ou responder a uma sugestão de um adulto com uma outra idéia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>G: INTERAÇÃO COM OS COMPANHEIROS (CRIANÇAS DE IDADE SEMELHANTE)</b>			
1- Percebe a presença de outras crianças e pode vocalizar ou gesticular para os companheiros		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Interage com outras crianças em situações breves e simples		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Tenta exercitar brincadeiras simples em uma atividade com outra criança		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- Planeja e executa atividade cooperativa com outras		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**H: BRINCADEIRA COM OBJETOS**

		incapaz 0	capaz 1
36- Manipula brinquedos, objetos ou o corpo com intenção		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37- Usa objetos reais ou substituídos em seqüência simples de faz-de-conta		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38- Agrupa materiais para formar alguma coisa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39- Inventa longas rotinas de faz-de-conta, envolvendo coisas que a criança já entende ou conhece		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40- Inventa seqüências elaboradas de faz-de-conta a partir da imaginação		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**I: AUTO-INFORMAÇÃO**

		incapaz 0	capaz 1
41- Diz o primeiro nome		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42- Diz o primeiro e último nome		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43- Dá o nome e informações descritivas sobre os membros da família		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44- Dá o endereço completo de casa; se no hospital, dá o nome do hospital e o número do quarto		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45- Dirige-se a um adulto para pedir auxílio sobre como voltar para casa ou voltar ao quarto do hospital		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**J: ORIENTAÇÃO TEMPORAL**

		incapaz 0	capaz 1
46- Tem uma noção geral do horário das refeições e das rotinas durante o dia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47- Tem alguma noção da seqüência dos eventos familiares na semana		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48- Tem conceitos simples de tempo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49- Associa um horário específico com atividades/eventos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50- Olha o relógio regularmente ou pergunta as horas para cumprir o curso das obrigações		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**K: TAREFAS DOMÉSTICAS**

		incapaz 0	capaz 1
51- Começa a ajudar a cuidar dos seus pertences se for dada uma orientação e ordens constantes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52- Começa a ajudar nas tarefas domésticas simples se for dada uma orientação e ordens constantes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53- Ocasionalmente inicia rotinas simples para cuidar dos seus próprios pertences; pode requisitar ajuda física ou ser lembrado de completá-las		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54- Ocasionalmente inicia tarefas domésticas simples; pode requisitar ajuda física ou ser lembrado de completá-las		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55- Inicia e termina pelo menos uma tarefa doméstica que envolve vários passos e decisões; pode requisitar ajuda física		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**L: AUTOPROTEÇÃO**

		incapaz 0	capaz 1
56- Mostra cuidado apropriado quando está perto de escadas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57- Mostra cuidado apropriado perto de objetos quentes ou cortantes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58- Ao atravessar a rua na presença de um adulto, a criança não precisa ser advertida sobre as normas de segurança		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59- Sabe que não deve aceitar passeio, comida ou dinheiro de estranhos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60- Atravessa rua movimentada, com segurança, na ausência de um adulto		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**M: FUNÇÃO COMUNITÁRIA**

		incapaz 0	capaz 1
61- A criança brinca em casa com segurança, sem precisar ser vigiada constantemente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62- Vai ao ambiente externo da casa com segurança e é vigiada apenas periodicamente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63- Segue regras/expectativas da escola e de estabelecimentos comunitários		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64- Explora e atua em estabelecimentos comunitários sem supervisão		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65- Faz transações em uma loja da vizinhança sem assistência		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Somatório da Área de Função Social: 

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

Comentários:

PEDI - 4

Partes II e III: Assistência do Cuidador e Modificação do Ambiente Circule o escore apropriado para avaliar cada item das escalas de Assistência do Cuidador e Modificação do Ambiente	Assistência do Cuidador						Modificações					
	Independente	Supervisão	Mínima	Moderada	Máxima	Total	Nenhuma	Criança	Reabilitação	Extensiva		
<b>Área de Autocuidado</b>	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E		
<b>A. Alimentação:</b> Come e bebe nas refeições regulares; <i>não inclui cortar carne, abrir recipientes ou servir comida das travessas.</i>	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E		
<b>B. Higiene Pessoal:</b> Escova dentes, escova ou penteia o cabelo e limpa o nariz.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E		
<b>C. Banho:</b> Lava e seca o rosto e as mãos, toma banho; <i>não inclui entrar e sair do chuveiro ou banheira, preparar a água e lavar as costas ou cabelos.</i>	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E		
<b>D. Vestir - parte superior do corpo:</b> Roupas de uso diário, inclui ajudar a colocar e retirar splint ou prótese; <i>não inclui tirar roupas do armário ou gavetas, lidar com fechos nas costas.</i>	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E		
<b>E. Vestir - parte inferior do corpo:</b> Roupas de uso diário, incluindo colocar e tirar órtese ou prótese; <i>não inclui tirar as roupas do armário ou gavetas.</i>	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E		
<b>F. Banheiro:</b> Lidar com roupas, manejo do vaso ou uso de instalações externas, e limpar-se; <i>não inclui transferência para o sanitário, controle dos horários ou limpar-se após acidentes.</i>	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E		
<b>G. Controle Urinário:</b> Controle urinário dia e noite, limpar-se após acidente e controle dos horários.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E		
<b>H. Controle Intestinal:</b> Controle do intestino dia e noite, limpar-se após acidente e controle dos horários.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E		
	Soma da área de Autocuidado											Freqüências
<b>Área de Mobilidade</b>	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E		
<b>A. Transferências no banheiro/cadeiras:</b> Cadeira de rodas infantil, cadeira de tamanho adulto, sanitário de tamanho adulto.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E		
<b>B. Transferências no carro/ônibus:</b> Mobilidade dentro do carro ou no ônibus, uso do cinto de segurança, transferências/abrir e fechar as portas do carro ou entrar e sair do ônibus.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E		
<b>C. Mobilidade na cama/transferências:</b> Subir e descer da cama sozinho e mudar de posição na própria cama.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E		
<b>D. Transferências no chuveiro:</b> Entrar e sair do chuveiro, abrir chuveiro, pegar sabonete e shampoo. <i>Não inclui preparar para o banho.</i>	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E		
<b>E. Locomoção em ambiente interno:</b> 15 metros; <i>não inclui abrir portas ou carregar objetos.</i>	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E		
<b>F. Locomoção em ambiente externo:</b> 45 metros em superfícies niveladas; focalizar na habilidade física para mover-se em ambiente externo ( <i>não considerar comportamento ou questões de segurança como atravessar ruas</i> ).	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E		
<b>G. Escadas:</b> Subir e descer um lance de escadas (12-15 degraus).	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E		
	Soma da área de Mobilidade											Freqüências
<b>Área de Função Social</b>	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E		
<b>A. Compreensão funcional:</b> Entendimento das solicitações e instruções.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E		
<b>B. Expressão funcional:</b> Habilidade para fornecer informações sobre suas próprias atividades e tornar conhecidas as suas necessidades; inclui clareza na articulação.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E		
<b>C. Resolução de problemas em parceria:</b> Inclui comunicação do problema e o empenho com o adulto de referência ou um outro adulto em encontrar uma solução; inclui apenas problemas cotidianos que ocorrem durante as atividades diárias (por exemplo, perda de um brinquedo e conflitos na escolha das roupas).	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E		
<b>D. Brincar com companheiro:</b> Habilidade para planejar e executar atividades com um companheiro conhecido.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E		
<b>E. Segurança:</b> Cuidados quanto à segurança em situações da rotina diária, incluindo escadas, lâminas ou objetos quentes e deslocamentos.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E		
	Soma da área de Função Social											Freqüências

# Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade

Versão 1.0 - Brasileira

Nome: \_\_\_\_\_ Data do teste: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
 Identificação: \_\_\_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_

## SUMÁRIO DOS ESCORES

Escores Compostos

### 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)

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		
		10	30	50	70	90	0	50	100
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

**ANEXO 5 – AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM****AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM**

EU, \_\_\_\_\_, RESPONSÁVEL PELO (A) MENOR  
\_\_\_\_\_, AUTORIZO A UTILIZAÇÃO DE SUAS FOTOS E  
FILMAGENS PARA FINALIDADE DE DIVULGAÇÃO DE TRABALHOS TÉCNICOS - CIENTÍFICOS.

NITERÓI, \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

## **ANEXO 6 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Declaro, por meio deste termo, que concordei com a participação de meu filho ou filha, o/a menor \_\_\_\_\_, no projeto de pesquisa “Atendimento Precoce em Equoterapia para Crianças Portadoras de Encefalopatia Crônica da Infância”, desenvolvido em parceria pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Associação Fluminense de Reabilitação e Centro de Equoterapia Conviver. Estou ciente de que a participação de meu filho/filha pode se dar no grupo controle do referido projeto. Fui informado (a), ainda, de que a pesquisa é coordenada pela professora Vanessa Breia, a quem poderei consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº. 8849-0033 ou do e-mail: vanessabreia@gmail.com

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade com a finalidade exclusiva de colaborar na pesquisa e que não vou receber qualquer incentivo financeiro para tal.

Fui informado (a) dos objetivos do estudo, que, em linhas gerais são:

- Examinar os possíveis benefícios decorrentes do atendimento precoce em equoterapia para crianças com Paralisia Cerebral (Encefalopatia Crônica da Infância);
- Realizar um estudo comparativo entre o processo de desenvolvimento das crianças atendidas exclusivamente nas terapias básicas (fisioterapia, fonoaudiologia e psicologia) e as que realizam as terapias básicas, aliadas ao tratamento em Equoterapia;

Também fui informado (a) de que os benefícios esperados no tratamento em Equoterapia incluem:

- Melhora do equilíbrio e controle corporal;
- Colaboração no desenvolvimento de um comportamento autônomo, dentro das possibilidades de cada criança e suas respectivas famílias.

A pesquisadora também prestou esclarecimentos sobre o fato de não existir, até o momento, nenhuma terapia que produza os mesmos efeitos cinesioterapêuticos que a Equoterapia, destacando, no entanto, que a mesma tem caráter complementar conforme reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina através do Parecer 06/97.

Minha colaboração no referido projeto e participação de meu filho/filha no mesmo de dará através de:

- Resposta às entrevistas;
- Disponibilização dos dados das fichas de evolução de meu filho/filha dos atendimentos realizados na Associação Fluminense de Reabilitação (AFR);
- Comparecimento semanal de meu filho/filha ao atendimento gratuito e individual em equoterapia, estando eu ciente de que este atendimento será realizado na Rua da Suécia, 513 – Várzea das Moças – Niterói, no horário previamente agendado com a equipe;
- Resposta ao Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade – PEDI – para informar sobre o desenvolvimento de meu filho/filha;
- Autorização para que os atendimentos em Equoterapia de meu filho/filha sejam filmados com a finalidade de registrar o processo de evolução do tratamento;

Também fui advertido (a) sobre os riscos envolvidos na prática da equoterapia, os cuidados tomados pela equipe do projeto na seleção das crianças e esclarecido (a) a cerca dos métodos de treinamento dos cavalos, procedimentos e equipamentos de segurança utilizados e qualificação da equipe responsável pelo atendimento. As instituições responsáveis pelo projeto também garantiram o

acompanhamento periódico individualizado de meu filho/filha, nas áreas de fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia e neurologia evitando assim, qualquer prejuízo decorrente da investigação.

O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora Vanessa Breia e seus orientandos/colaboradores: Joyce Ferreira, Danyelle Costa, Daniele Borges e Valéria Marques.

Fui também esclarecido (a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Assim, estou ciente de que toda minha colaboração e de meu filho se dará de forma anônima e que os dados da pesquisa podem vir a ser publicados e divulgados desde que assegurados a privacidade e o anonimato das informações;

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado(a), poderei contatar o(a) pesquisador(a) responsável, ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã, Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br.

A pesquisadora principal do Projeto de Pesquisa “Atendimento Precoce em Equoterapia para Crianças Portadoras de Encefalopatia Crônica da Infância” me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Fui ainda informado (a) de que posso me retirar dessa pesquisa, a qualquer momento, sem prejuízo dos tratamentos que meu filho/filha já realiza ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Niterói, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Assinatura do (a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_





**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**  
**FACULDADE DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES**  
**DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO**

Danyelle Cristina Costa Ribeiro

**O Pedagogo na Equoterapia focando crianças  
com Encefalopatia Crônica Não Progressiva da  
Infância (Paralisia Cerebral)**

São Gonçalo

2013