

**UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO**

**FACULDADE DA SAÚDE**

**Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde**

Viviane Heredia Vivaldini

Terapia Assistida por Animais:

Uma Abordagem Lúdica Em Reabilitação

Clínica De Pessoas Com Deficiência Intelectual

São Bernardo do Campo

2011

Viviane Heredia Vivaldini

Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde

Terapia Assistida por Animais:  
Uma Abordagem Lúdica Em Reabilitação  
Clínica De Pessoas Com Deficiência Intelectual

Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> D<sup>a</sup>  
Vera Maria Barros de Oliveira

São Bernardo do Campo

2011

## FICHA CATALOGRÁFICA

V836t	<p>Vivaldini, Viviane Heredia</p> <p>Terapia assistida por animais: uma abordagem lúdica em reabilitação clínica de pessoas com deficiência intelectual / Viviane Heredia Vivaldini. 2011. 92 f.</p> <p>Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) –Faculdade de Saúde da Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2011. Orientação de: Vera Maria Barros de Oliveira.</p> <p>1. Deficiência intelectual 2. Terapia assistida por animais 3. Sociabilização I. Título</p> <p style="text-align: right;">CDD 157.9</p>
-------	---

A dissertação de mestrado sob o título “**Terapia Assistida por Animais: Uma Abordagem Lúdica em Reabilitação Clínica de Pessoas com Deficiência Intelectual**” elaborada por **Viviane Heredia Vivaldini**, foi apresentada e aprovada em 22 março de 2011, perante banca examinadora composta por Professora Dra. **Vera Maria Barros de Oliveira** (presidente /UMESP), Prof. **Drº Manuel Morgado Rezende** ( Titular /Umesp) e **Profº Dr. Drauzio Viegas** ( titular/ FMSA)

---

**Profª Drª Vera Maria Barros de Oliveira**  
**Orientadora e Presidente de Banca examinador**

---

**Profª Drª Maria Geralda Viana Heleno**  
**Coordenadora do Programa de Pos Graduação**

Programa: **Pós Graduação em Psicologia da Saúde**

Área de Concentração: **Psicologia da Saúde**

Linha de Pesquisa: **Psicossociais**

## **Agradecimentos,**

Agradeço primeiramente aos meus pais, por terem me ensinado os valores e as verdadeiras possibilidades da Vida, ao me incentivarem a práticas do bem e por terem a mim dedicado além do privilégio da companhia, a incontestável amizade e apoio permanentemente.

Minha mãe que muito incentivou meu ingresso a este programa de estudos, mas que infelizmente não pode acompanhar deste plano a minha conclusão, mas que sem dúvida, sua presença me é sentida a todo o momento.

Com eles aprendi também, que o amor, solidariedade e respeito não se oferta apenas a animais humanos, mas a todas as criaturas vivas: humanas ou não.

Ao meu pai a paciência, e apoio com minha filha Laura, pequena e mesmo sem entender muito, contribuía com sua compreensão quanto as minhas ausências exigidas pela dedicação necessária ao estudo.

Toni, pelo apoio sempre!

À professora e orientadora Dr<sup>a</sup> Vera Barros, pelas orientações e direcionamentos necessários ao trabalho.

Ao Dr<sup>o</sup> Drauzio e Dr<sup>o</sup> Manoel, que em minha qualificação favoreceram através de suas contribuições, um maior direcionamento adequado do trabalho.

A equipe AVAPE, pela grande parceria!

Aos pacientes e seus familiares pela contribuição, sem contestações.

Aos Cães terapeutas Simba, Nestor, Átila e Mell, pelos ensinamentos de respeito ao próximo, pouco vistos em nossa sociedade.

E aos meus colegas de programa, com os prazerosos e saudosos momentos compartilhados em todo esse trajeto.

“Cães nunca falam sobre si mesmos, mas escutam  
você enquanto você fala de si mesmo e  
mantêm aparentemente interesse na conversa”

Jerome K. Jerome

## RESUMO

VIVALDINI, V. H. *Terapia Assistida por Animais: Uma Abordagem Lúdica Em Reabilitação Clínica De Pessoas Com Deficiência Intelectual*, 2011. 70f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Faculdade de Saúde, Universidade Metodista de São Paulo, 2011.

Este estudo tem por objetivo avaliar o nível de sociabilização no comportamento da criança/adolescente com deficiência intelectual em terapia assistida por animais, TAA, e por objetivos específicos levantar o perfil sócio-demográfico-clínico dessa população, observar o comportamento da criança em atendimento mediado pela TAA e verificar a opinião dos pais/responsáveis e profissionais sobre essa terapia. A TAA é uma técnica na qual o animal é parte integrante do processo terapêutico. Enquadra-se em uma abordagem multidisciplinar, que requer a intervenção de especialistas, na qual o cão ocupa uma posição mediadora entre o paciente e os objetivos terapêuticos. A pesquisa abrange 46 sujeitos, sendo 20 pacientes, 20 pais e/ou responsáveis e seis terapeutas, e desenvolve-se em uma clínica de Reabilitação Clínica de ONG em cidade de grande porte. Foram observadas 12 intervenções em TAA, aplicada a escala com foco em sociabilização baseada em Achenbach (ASEBA) e realizada entrevista junto aos pais/responsáveis e entrevistados os terapeutas em TAA. Os resultados dos instrumentos utilizados convergem no sentido de apontar a validade da TAA como facilitadora da sociabilização das crianças/adolescentes com deficiência intelectual, com aumento da motivação e engajamento às intervenções, assim como, com repercussões positivas em sua autonomia, em seu humor e em sua organização cognitiva temporal e narrativa linguística. Os terapeutas ressaltam o componente lúdico presente nas intervenções, o qual facilita atingir seus objetivos terapêuticos. Já para os pais dos atendidos por essa abordagem, de forma unânime referem que filhos demonstram motivação e maior autonomia frente aos atendimentos. O estudo sugere novas investigações que possam dar suporte à divulgação dessa modalidade de terapia.

## ABSTRACT

VIVALDINI, V. H. *Animal Assisted Therapy: A Playful Clinic Approach In Rehabilitation Of People With Intellectual Disabilities*, 2011. 70f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Faculdade de Saúde, Universidade Metodista de São Paulo, 2011.

This study aims to assess the level of socialization in the behavior of children / adolescents with intellectual disabilities in animal assisted therapy, AAT, and specific objectives for raising the socio-demographic and clinical in this population, observe the behavior of children in care mediated the AAR and check the views of parents / carers and professionals about this therapy. The AAR is a technique in which the animal is part of the therapeutic process. It fits in a multidisciplinary approach, requiring the intervention of specialists, in which the dog holds a mediator between the patient and the therapeutic goals. The survey covers 46 subjects, 20 patients, 20 parents or guardians and six therapists, and develops into a rehabilitation c Clinic ONGs in large city. 12 interventions were observed in TAA, applied to scale with a focus on socialization based on Achenbach (Aseb) and interviews with parents / guardians and therapists interviewed at AAR. The results of the instruments converge to point out the validity of the TAA as a facilitator of socialization of children and adolescents with intellectual disabilities, with increased motivation and commitment to the interventions, as well, with positive impact on their autonomy, in their mood and cognitive organization and its temporal narrative language. Therapists emphasize the recreational component in this intervention, which facilitates achieving their goals therapy. As for the parents served by this approach, in a unanimous report that children demonstrate greater autonomy and motivation ahead of patient care. The study suggests new research that could support the dissemination of this type of therapy.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Apresentação por faixa etária x deficiência .....	36
Figura 2- Pacientes por deficiência na Instituição .....	39
Figura 3 – Diagnóstico Primário .....	43
Figura 4 – Diagnóstico Secundário .....	44
Figura 5 – Setores em Atendimento .....	45
Figura 6 – QP1 – Relação com as pessoas .....	49
Figura 7 – QP2 – Contato Proximal .....	50
Figura 8 – QP3 – Emoções Positivas .....	52
Figura 9 – QP4 – Emoções Negativas .....	52
Figura 10 – QP5 – Comunicação Verbal .....	53
Figura 11 – QP6 - Comunicação Não Verbal .....	54
Figura 12 – QP7 - Atitudes Agressivas .....	55
Figura 13 – QAt – Compreensão.....	57
Figura 14 – Atendimento TAA – Controle Motor .....	58
Figura 15 – Atendimento TAA – Equilíbrio .....	59
Figura 16 – Atendimento TAA – Reação Proteção .....	59
Figura 17 – Atendimento TAA – Adequação Postural .....	59
Figura 18 – Atendimento TAA – Coordenação Motora .....	60
Figura 19 – Atendimento TAA – Treino de Marcha .....	60
Figura 20 – Aspectos Relacionados quanto a Sociabilização .....	62
Figura 21 – Comportamento Pueril .....	63
Figura 22 – Comportamento desastrado ou com dificuldade motora .....	63
Figura 23 – Não consegue concentrar-se ou ficar atento .....	64
Figura 24 –Muito acanhado ou tímido .....	64
Figura 25 – Comparação dos comportamentos dos pacientes .....	65

**LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Apresentação por faixa etária x deficiências na instituição .....	39
Tabela 2 – Perfil-sócio-demográfico .....	42
Tabela 3 – Observação não Participativa Registros encontro 1/12 .....	48
Tabela 4 – Relacionamento com as pessoas .....	50
Tabela 5 – Emoções Positivas .....	51
Tabela 6 – Emoções Negativas .....	52
Tabela 7 – Comunicação Não Verbal .....	54
Tabela 8 – Atitudes Agressivas .....	55
Tabela 9 – Compreensão.....	56
Tabela 10 – Pacientes de Estimulação Global .....	61
Tabela 11 – Pacientes com Paralisia Cerebral .....	61
Tabela 12 - Relação Questão Objetivo .....	62

## SUMÁRIO

1 - INTRODUÇÃO.....	12
2.1 A deficiência intelectual: breve síntese conceitual .....	14
2.2 A importância da interação lúdica .....	18
2.3 A interação entre o homem e o animal – breve histórico .....	20
3- OBJETIVO.....	27
3.1 Objetivo Geral .....	27
3.2 Objetivo Específico .....	27
4- HIPÓTESE .....	27
5 – MÉTODO .....	27
5.1 – Participantes .....	28
5.2 – Local .....	29
5.3 – Material e Instrumentos .....	30
5.4 – Procedimentos .....	31
5.5 - Tratamento de Dados. ....	37
5.6 – Análise de Riscos e Benefícios. ....	38
6 - RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	38
7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	71
8 – REFERÊNCIAS .....	73
ANEXO	
ANEXO A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Profissionais da Área da Reabilitação Clínica.....	78
ANEXO B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Responsáveis legais dos Pacientes .....	79
ANEXO C – Piloto de Observação Terapêutica não participativa .....	80
ANEXO D – Registro das observações não participativa .....	81
ANEXO E Escala ACHEMBACH .....	87
APENDICE	
APENDICE A – Parecer combustanciado do CEP – UMESP .....	91

## 1. INTRODUÇÃO

A criança com deficiência intelectual, em seus diversos níveis e possíveis comprometimentos psicomotores e afetivo-emocionais associados, apresenta com frequência problemas de interação e integração social, com dificuldades em trabalhos e tarefas escolares, em manter amizades com outras crianças, tendo inclusive sua capacidade de brincar em grupo prejudicada.

Este estudo se propõe a investigar uma modalidade terapêutica que visa à promoção de saúde da criança com deficiência, sua saúde social, seu bem estar, sua integração social através de abordagem inovadora, introduzida na área da reabilitação clínica, que alia objetivos terapêuticos tradicionais do quadro clínico à interação lúdica com o animal presente e atuante na terapia. Apóia-se em estudos que demonstram a grande afetividade e alegria que a criança demonstra em interagir com animais, sendo ainda sua vida instintiva muito presente e sua vida cultural em formação.

O aprofundamento da pesquisa científica na área da Terapia Assistida por Animais, com relação específica ao cão, torna-se necessária uma vez que este tipo de trabalho já vem sendo realizado com benefícios significativos e registros científicos ainda pouco descritos e analisados, contribuindo para a sistematização e compilação de dados técnico-científicos, principalmente no âmbito da reabilitação voltada para crianças portadoras de deficiência física e intelectual.

A TAA vem sendo uma das estratégias utilizadas na reabilitação dessas crianças, justamente porque a forte ligação afetiva com os animais facilita que esta modalidade interventiva alcance com maior facilidade os objetivos previamente programados pelos terapeutas.

Esta pesquisa, ao ter por objetivo investigar possíveis benefícios da TAA na reabilitação da criança com deficiência intelectual, associada ou não a quadro de deficiência múltipla, desenvolve-se em trabalho realizado em proposta complementar de Programas de Reabilitação, realizado na Associação para Valorização e Promoção de Pessoas com Deficiência - AVAPE, em seu centro de Reabilitação Clínica de São Bernardo do Campo,

onde, além das modalidades normais de Reabilitação, há grupos que lançam mão dessa proposta no intuito de melhor alcance de seus objetivos terapêuticos, proposta esta de cunho inovador na área da reabilitação clínica com pessoas com deficiências, na Região do Grande ABC em São Paulo.

O interesse por esta pesquisa justifica-se também, no nível pessoal, uma vez que minha prática profissional junto à reabilitação da criança e do adolescente com deficiência intelectual, por vezes associada à deficiência física, tem já 15 anos. Nos últimos quatro anos, a TAA tem feito parte dessa prática, sinalizando ganhos consideráveis do ponto de vista social, motivacional e emocional dessa população, mas de forma ainda empírica, em trabalho que vem sendo desenvolvido na Associação para Valorização da Pessoa com Deficiência – AVAPE, entidade não governamental, sem fins lucrativos, com reconhecimento do meio clínico. Nesse sentido, o aprofundamento da pesquisa científica na área da TAA, com relação específica ao cão, torna-se necessário uma vez que este tipo de trabalho já vem sendo realizado com benefícios significativos observados, mas com poucos registros científicos descritos, analisados e difundidos. Do ponto de vista científico, esta pesquisa contribui no sentido de colher dados com profissionais que apresentam experiência junto a essa população, inclusive com TAA, e se propõe a compará-los com estudos já desenvolvidos em outros países sobre esse tema.

Tem também forte relevância social, uma vez que se propõe a promover a saúde mental da criança com deficiência intelectual, verificando estratégias de reabilitação, que buscam seu bem estar e sua integração social, através de abordagem terapêutica inovadora, introduzida na área da reabilitação clínica, muitas vezes em um ambiente descrito como frio e impessoal.

Para melhor acompanhamento da linha diretriz adotada para o desenvolvimento deste trabalho, acredita-se ser necessário desenvolver alguns construtos que o fundamentam. Nesse sentido, inicialmente, discorre-se brevemente sobre a Deficiência Intelectual, sua abrangência, complexidade e especificidades, assim como sobre suas possíveis comorbidades e comprometimentos emocionais. A seguir, aborda-se a Terapia Assistida por Animais, por meio de um breve histórico, de suas aplicações entre nós e dos benefícios que vem conquistando em todo mundo, assim como dos seus benefícios via abordagem lúdica, ainda tão pouco conhecidos e difundidos cientificamente.

## 2. A DEFICIÊNCIA INTELECTUAL: BREVE SÍNTESE CONCEITUAL

Segundo a Associação Americana de Deficiência Intelectual, *American Association of Mental Retard*, AAMR, citada no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-IV (1995), por Deficiência Intelectual, DM, entende-se o “estado de redução notável do funcionamento intelectual, significativamente inferior à média, associado a limitações em pelo menos dois aspectos do funcionamento adaptativo: comunicação, cuidados pessoais, competência doméstica, habilidades sociais, utilização dos recursos comunitários, autonomia, saúde e segurança, aptidões escolares, lazer e trabalho”(DSM-IV 1995, p.196)

A Deficiência Intelectual pode ser caracterizada por um Quociente de Inteligência, QI, inferior a 70, média apresentada pela população conforme padronizado em testes psicométricos, ou por uma defasagem cognitiva em relação às respostas esperadas para a idade e realidade sociocultural.

A importância do social no desenvolvimento dos processos cognitivos é salientada por estudos clássicos, como o de Piaget (1977, p.242), como segue:

Se tomarmos a noção do social nos diferentes sentidos do termo, isto é, englobando tanto as tendências hereditárias que nos levam à vida em comum e à imitação, com as relações "exteriores" (no sentido de Durkheim) dos indivíduos entre eles, não se pode negar, que desde o nascimento, o desenvolvimento intelectual é, simultaneamente, obra da sociedade e do indivíduo.

Os aspectos de caráter adaptativo devem ocorrer durante o desenvolvimento infantil para que um indivíduo seja diagnosticado como sendo portador de Deficiência Intelectual, como refere Verdugo (1994, p. 76);

A utilização de um único código de diagnóstico de Deficiência Intelectual se afasta da conceituação previamente baseada nos critérios únicos de Quociente de Inteligência (QI), que estabelecia as categorias de leve, médio, severo e profundo.

Deste modo, a pessoa era diagnosticada como deficiente mental ou não, com base no comprometimento dos três critérios de: idade de instalação, habilidades intelectuais significativamente inferiores à média, limitações em duas ou mais das dez áreas de habilidades adaptativas estabelecidas.

Atualmente, o diagnóstico prima por descrições mais funcionais através de um olhar global ao indivíduo, relevantes e orientadas à prestação de serviços e ao estabelecimento de objetivos de intervenção e não apenas pautado em testes isolados, rejeitando um sistema de rótulos em uso até o momento.

O DSM-IV usa um sistema categórico. As categorias são protótipos, e um paciente com uma estreita relação com o protótipo é classificado como possuidor da doença. Para

aproximadamente metade dos transtornos, é preciso que os sintomas causem significantes transtornos ou prejuízos nas áreas sociais, ocupacionais ou outra área importante de funcionamento.

- Algumas considerações sobre a complexidade e a abrangência da Deficiência Intelectual

Ainda segundo o DSM IV, (1995, p. 145) a característica essencial da Deficiência Intelectual (ou Mental como dita), como vista, é um funcionamento intelectual significativamente inferior à média, acompanhado de limitações significativas no funcionamento adaptativo em pelo menos duas das seguintes áreas de habilidades: comunicação, auto-cuidados, vida doméstica, habilidades sociais/interpessoais, uso de recursos comunitários, auto-suficiência, habilidades acadêmicas, trabalho e lazer, saúde e segurança. O início deve ocorrer antes dos 18 anos. A Deficiência Intelectual possui muitas etiologias diferentes e pode ser vista como uma via final comum de vários processos patológicos que afetam o funcionamento do sistema nervoso-central. O funcionamento intelectual geral é definido pelo quociente de inteligência (QI ou equivalente), obtido mediante avaliação com um ou mais testes de inteligência padronizados de administração individual.

Um funcionamento intelectual significativamente abaixo da média é definido como um QI de cerca de 70 ou menos (aproximadamente dois desvios - padrão abaixo da média). Prejuízos no funcionamento adaptativo, em vez de um baixo QI, geralmente são os sintomas visíveis no indivíduo com Deficiência Intelectual. O funcionamento adaptativo refere-se ao modo como os indivíduos enfrentam efetivamente as exigências comuns da vida e o grau em que satisfazem os critérios de independência pessoal esperados de alguém de seu grupo etário, bagagem sócio-cultural e contexto comunitário específicos.

Funcionamento adaptativo pode ser influenciado por vários fatores, incluindo educação, motivação, características de personalidade, oportunidades sociais e vocacionais, transtornos mentais e condições médicas gerais que podem coexistir com o Retardo Mental.

Vários artigos pesquisados, dentre eles ( MANTOAN, 1996, MENDES, 2002, MISÈS, 1977), referem que os problemas na adaptação habitualmente estão mais propensos a apresentar melhora com esforços terapêuticos do que o QI cognitivo, que tende a permanecer como um atributo mais estável.

Os mesmos autores ressaltam que se faz necessário que as evidências dos déficits no funcionamento adaptativo a partir de uma ou mais fontes independentes confiáveis (por ex., avaliação do professor e história médica, educacional e evolutiva).

Diversas escalas foram criadas para medir o funcionamento ou comportamento adaptativo (por ex., Escalas de Comportamento Adaptativo de Vineland e Escala de Comportamento Adaptativo para o Retardo Mental da Associação Psiquiátrica Americana). Tais escalas, em geral, oferecem um escore clínico abreviado, que é um composto do desempenho em diversos domínios de habilidades adaptativas. Cabe notar que os escores para certos domínios específicos podem variar consideravelmente, em termos de confiabilidade.

Na avaliação do funcionamento intelectual, autores (KAY, RANDALL 2006, p. 1-29) orientam considerar a adequação do instrumento à bagagem sócio-cultural, de educação, deficiências associadas, motivação e cooperação do indivíduo. Por exemplo, a presença de deficiências significativas invalida muitas normas da escala adaptativa. Além disso, comportamentos que normalmente seriam considerados mal-adaptativos (por ex., dependência, passividade) podem evidenciar boa adaptação no contexto vital de determinado indivíduo, como exemplos poderíamos nos remeter a alguns contextos institucionais.

- Níveis de gravidade quanto à deficiência intelectual – Classificação

Segundo o DSM IV, há quatro níveis de gravidade para a deficiência intelectual, que podem ser especificados refletindo o atual nível de prejuízo intelectual:

Leve, Moderado, Severo e Profundo.

Retardo Mental Leve Nível de QI 50-55 a aproximadamente 70

Retardo Mental Moderado Nível de QI 35-40 a 50-55

Retardo Mental Severo Nível de QI 20-25 a 35-40

Retardo Mental Profundo Nível de QI abaixo de 20 ou 25

Retardo Mental, Gravidade Inespecificada, pode ser usado quando existe uma forte suposição de Retardo Mental, mas a inteligência da pessoa não pode ser testada por métodos convencionais (por ex., em indivíduos com demasiado prejuízo ou não-cooperativos, ou em bebês).

- Deficiência Intelectual ou Deficiência Mental?

Segundo Sasaki (1991, p. 25)

“as fronteiras implícitas na definição conceitual do Termo Deficiência (...). Em primeiro lugar, a questão da palavra “deficiência” o que já entenderíamos como aspectos limitadores.”

A tradução correta das palavras "*disability*" em inglês e "*discapacidad*" do espanhol para o português, o resulta de uma condição da pessoa fadada a um impedimento.

O mesmo autor ainda em artigo publicado na Revista *Nacional de Reabilitação* refere que:

“a palavra “deficiência” não pode ser confundida com a palavra "incapacidade", que é uma tradução, também histórica, do termo "*handicap*". A palavra "incapacidade" denota um estado negativo de funcionamento da pessoa em função do ambiente humano e físico inadequado ou inacessível, e não um tipo de condição”.

Assim posto, podemos entender, que diante dessa análise, configura-se, assim, a situação de “desvantagem” imposta às pessoas COM deficiência através daqueles fatores ambientais que não constituem barreiras para as pessoas SEM deficiência.

Vale ressaltar que a partir da década de 80, o termo utilizado se dava "Deficiência Intelectual". Antes disso, muitos outros termos já existiram, tais como retardo mental, sendo além de obsoleto, visto como repugnante. Atualmente, há uma tendência mundial, e que vem tomando grandes dimensões no Brasil, de ser usado o termo "deficiência intelectual", termo que melhor sintetiza a patologia, por algumas questões: a primeira razão por ser mais apropriado, quando se preza um olhar holístico ao indivíduo, o termo "intelectual" por referir-se ao funcionamento do intelecto especificamente e não ao funcionamento da mente como um todo.

E não menos importante, a segunda razão consiste em podermos melhor distinguir, com limites bastante delimitados, o que vem a ser "Deficiência Intelectual" e "doença mental", dois termos que causam muita confusão entre si. Segundo Sasaki, (1991 p. 151), estudos sobre o transtorno mental revelam que pode ocorrer em 20% ou até 30% dos casos de deficiência intelectual. Hoje em dia cada vez mais se está substituindo o adjetivo “mental” por “intelectual”, com o objetivo de melhor compreender aspectos formadores do indivíduo, e não o ser como um aspecto único e por todo comprometido.

Um exemplo da tendência encontra-se na Normatização realizada pela Confederação Espanhola para Pessoas com Deficiência Intelectual, que aprovou por unanimidade uma resolução substituindo a expressão “Deficiência Mental” por “deficiência intelectual”. Isto significa que agora a Confederação passa a ser chamada Confederação Espanhola para Pessoas com Deficiência Intelectual (*Confederación Española de Organizaciones en favor de Personas con Discapacidad Intelectual*). Esta organização aprovou também o novo Plano

Estratégico de quatro anos para melhorar a qualidade de vida, o apoio institucional e os esforços de inclusão para pessoas com deficiência intelectual.

## 2.1 A IMPORTÂNCIA DA INTERAÇÃO LÚDICA

Durante muitos anos de nossa experiência clínica de reabilitação com pessoas nas mais diversas patologias e deficiências, concluímos que o melhor canal de comunicação que se possa estabelecer durante a proposta terapêutica é o lúdico. Estes indícios empíricos atestam, em prática, aspectos destacados teoricamente, conforme se segue. O lúdico se apresenta como acesso de comunicação em qualquer idade e qualquer necessidade. Atribui leveza ao cenário clínico apresentado, favorecendo a inter-relação, além de aspectos de assimilação e acomodação, muitas vezes de grande inacessibilidade na criança.

Oliveira e Maximo (2005 p. 84) “O lúdico como função estruturante da consciência cria e motiva despertando a autonomia. Criar novas possibilidades de relações com o mundo interno e externo possibilita novas estruturas para a consciência.”

Os Autores ainda apresentam as brincadeiras e os jogos como tendo poder de envolver e motivar, assim resgatando processos mentais de forma saudável, inserindo no contexto vital uma dinâmica viva e atraente que nos convida a participar, a criar, a arriscar na tentativa de novos caminhos. Apresenta os jogos como:

[Incluídos na categoria das atividades lúdicas, as quais, a partir de uma leitura construtivista piagetiana, caracterizam-se por serem situações onde é mais prazeroso e mais fácil assimilar, aprender, havendo o predomínio da assimilação sobre a acomodação. [...] Um problema passa a ser visto não mais como algo que inspira receio, aversão, levando ao afastamento ou à busca de auxílio externo para resolvê-lo, mas configura-se como algo atraente e estimulante, despertando a atenção e o raciocínio, conduzindo à autonomia (*ibidem*, p 9).

Oliveira e Maximo, (2005) apontam que a dificuldade de simbolizar no nível abstrato poderia ser conseqüência de uma interrupção prematura da relação mãe-bebê. Um adulto ao reagir a um sintoma físico, pode estar retornando a um padrão infantil de comportamento, respondendo psicossomaticamente à dor emocional por não possuir ainda uma linguagem verbal.

Quanto à diferenciação do ego via lúdico, em “*O Brincar no hospital e a Aderência ao Tratamento*”, revelaram que o lúdico é uma ferramenta válida e muito importante neste processo, podendo ser utilizado de maneira terapêutica em diversos ambientes (OLIVEIRA, 2007)

Os jogos como atividades lúdicas possibilitam o que Jung chama de atitude simbólica, a possibilidade de “conectar o indivíduo” através de suas forças mais criativas e esclarecendo os significados mais profundos de suas vidas. Através da atitude simbólica como elemento de síntese, de unificação de opostos, a psique pode estabelecer um diálogo entre as personalidades consciente e inconsciente, aproximando-as numa relação e possível conjunção (JUGEND, 2008).

Segundo Friedmann (1996, p. 12):

(...) **brincadeira** refere-se basicamente à ação de brincar, comportamento espontâneo que resulta de uma atividade não estruturada; **jogo** é compreendido como uma brincadeira que envolve regras; **brinquedo** é utilizado para designar o sentido do objeto de brincar; **atividade lúdica** abrange, de forma mais ampla, os conceitos anteriores.

O momento em que a criança está absorvida pelo brinquedo é um momento mágico e precioso, em que está sendo exercitada a capacidade de observar e manter a atenção concentrada e que irá inferir na sua eficiência e produtividade quando adulto.

Friedmann (1996, p.14), ressalta que a atividade lúdica infantil fornece informações importantes a respeito da criança (para o adulto essas atividades funcionam como um espelho). Pode-se perceber como interage com as outras crianças, seu desempenho físico-motor, seu estágio de desenvolvimento, suas emoções, sua formação moral, seu nível lingüístico.

É fato que a intervenção terapêutica, embora imbuída de objetivos reabilitacionais e de reversão à patologia, reforça e coloca-se diretamente ligada ao foco de dificuldade do indivíduo, seja ela de natureza física ou emocional, mas que a remete diretamente a sua problemática, causando-lhe dor, desconforto, incômodo, e que pode ser fator de forte influência para uma não evolução satisfatória do quadro observado.

Desta forma, o lúdico consegue melhorar a relação estabelecida dentro de um cenário de reabilitação, favorecendo acesso a canais de comunicação, muitas vezes de difícil acesso.

O lúdico pode estar presente em jogos, brinquedos simbólicos ou não, bem como na própria construção afetiva do vínculo. Do ponto de vista dos jogos e brinquedos, a vivência lúdica parte de aspectos unilaterais, construídos a partir de conceitos e vivências particulares ao indivíduo. A segunda dimensão envolve o fato de que o lúdico suporta-se em relações de empatia e confiança, aspectos esses determinantes e decisivos para a efetivação ou não de resultados terapêuticos esperados.

## **2.2 A INTERAÇÃO ENTRE HOMEM E ANIMAL – BREVE HISTÓRICO**

É descrito por DOTT (2005, p 146), autor na qual muito me norteará durante o percurso deste trabalho, que a trajetória da história da TAA, através de relatos que ilustram, por exemplo, de eventos ocorridos na Alemanha após a Segunda Guerra Mundial, quando soldados que buscavam bombas com a ajuda de cães ficaram cegos e foram guiados por esses animais após a deficiência. Por volta de 1972, um hospital psiquiátrico da Inglaterra permitiu o contato dos pacientes com animais de uma fazenda. Depois da experiência, constatou-se maior tranquilidade e redução da frequência do uso de medicamentos por parte dos pacientes. No Brasil, na década de 50, a Doutora Nise da Silveira implantaria a utilização de animais no Rio de Janeiro em um hospital psiquiátrico. Já em 1960, Dr. Boris Levinson dá início a utilização da mesma prática em terapia com crianças.

Entende-se por Terapia Assistida por Animais a utilização de animais como recurso terapêutico que objetiva a recuperação física, emocional, social ou das funções cognitivas, de crianças e adultos, através da interação com um animal, associado a um treino que permita a reabilitação dos pacientes com critérios previamente estabelecidos, objetivos claros e dirigidos, dos quais o animal é parte integrante do trabalho.

Segundo ainda o autor, a interação homem-animal é classificada de duas formas:

- Atividade Assistida por animais (AAA) que engloba situações de visitação, recreação e distração por meio dos animais com as pessoas.
- Terapia Assistida por animais (TAA) em que são envolvidos paciente, animal e profissionais da área da saúde e/ou educação, como recurso terapêutico.

Nas décadas de 1970 e 1980 é que se intensificam as pesquisas, sendo criada a Pet Terapia. A prática se iniciou quando Hannelore Tuchs visitou hospitais em São Paulo levando animais consigo e notou resultados positivos nos doentes. Nos anos de 1990, o termo Pet

Terapia é abandonado, por não se acreditar que traduza de forma eficaz a possibilidade do trabalho com animais. Finalmente chegou-se à terminologia aplicada no mundo inteiro, a TAA, seguindo o padrão norte-americano.

Dott (ibidem) ainda discorre em seu livro sobre a relação homem e animal. O homem, desde a gênese, tem explorado o ambiente natural com um olhar particularmente atento e interessado para as outras formas de vida animal do planeta. As primeiras expressões humanas de arte gráfica representavam animais. As figuras de paredes do Paleolítico mostram uma grande variedade de animais e quase nunca espécies vegetais.

Grande parte da simbologia e da metáfora presente e passada referem-se ao mundo animal. A raposa é sempre símbolo da esperteza e astúcia. A pomba é mensageira da paz. O touro representa força e virilidade. O cordeiro é símbolo cristão da mansidão. A tartaruga está associada ao conceito de lentidão e desajeitamento.

A relação homem-animal tem evoluído nos milênios através de três fases destacadas:

Primeira fase: Concepção arcaica do animal.

Nesta fase o homem tinha, através do animal, uma ligação que poderíamos definir como mágico-totêmica. O ser não humano era assimilado a uma entidade divina (exemplo: culto pagão de alguns animais junto aos antigos egípcios). O animal foi percebido como uma divindade iniciadora de estirpes. A esta concepção arcaica se relaciona a presença de símbolos animais na antiga heráldica.

Segunda fase: Concepção econômico-funcional do animal

Neste período histórico se afirma o conceito do homem “*dominus*”, conceito presente também em certa teologia cristã, afirmativa de uma Natureza constituída por um conjunto de elementos considerados a serviço das necessidades materiais do ser humano.

O animal nesta fase é considerado “útil” – mediando um neologismo de origem anglo-saxônica, atualmente um tanto em voga em matéria econômico-financeira – produtores de carne, leite, lã, pele, ovos, força de trabalho.

Terceira fase: Concepção ética do animal

Dott (ibidem), afirma que esta fase corresponde à visão do animal que se tem no período histórico. A criatura não humana, graças aos progressos da biologia, etologia, medicina veterinária, não é mais considerada, como no passado, como “corpo vil”, mas um ser sensível em condições de percepções conscientes de prazer e dor. Nasce uma legislação de tutela dos animais em todos os países mais evoluídos.

O animal torna-se depositário de direitos elementares. A questão é vista sob uma ótica ético-filosófica, que se insere no atual conceito de *pet-therapy*, já que o animal passa a ser considerado também como distribuidor de benefícios psico-sociais. O homem primitivo vivia na savana, em pequenos núcleos familiares nômades. Dedicava-se inicialmente à caça e depois ao pastoreio. A sua ligação com os animais – única fonte de sustentação – era estreitíssima. Os nossos antigos progenitores tiveram mais contatos com o mundo animal que com os próprios semelhantes.

Ainda nessa linha, é descrito pelo autor o quanto o homem contemporâneo é parte integral de um mecanismo produtivo freqüentemente bem mais amplo, fora do qual está mais só e isolado. A progressiva urbanização e o desaparecimento da antiga civilização rural o relegaram a viver em ambientes metropolitanos caóticos e estressantes. Aumenta o número de solteiros, das famílias sem filhos, ou com filho único. Cresce de modo exponencial o exército de animais considerados “de companhia” que compartilham a nossa existência nas residências de hoje.

Quanto ao termo *Pet*, significa literalmente “animal de afeição predileto”, não é bem uma descoberta, mas, através da aproximação do animal de companhia, o homem renova no seu novo contexto de vida uma antiga ligação desejada essencialmente em nível inconsciente.

É indissolúvel o atavismo relacionado com o mundo animal, revisitado e revivido na idade moderna. A *pet-therapy* leva sobre esta contínua exigência do homem e sobre o seu papel regulador, extensivo e tranquilizador no nível psíquico, em termos de satisfação de uma necessidade natural. O homem contemporâneo, na busca da aproximação de um *pet*, tende à “infantilização” pelo animal de companhia. Através da seleção, tem miniaturizado muitos dos animais que os circunda, conferindo a diversas raças portes somáticos permanentemente infantis, em grau de reforçar a ligação de adoção por parte do homem.

O termo *Pet therapy* é de origem anglo-saxônica. Também se tem a notícia de um emprego terapêutico dos animais em muitas formas de patologias humanas do comportamento

a partir de 1700; todavia deve-se ao psiquiatra e pesquisador Boris Levinson a primazia da terminologia, avançada em 1961 com a publicação do trabalho “*The dog as co-therapist*”. O termo *Pet* tem um significado ambivalente, já que pode ser traduzido como “animal de afeição predileto”, como também “acariciar, afagar”. Tal ambivalência de expressão é, todavia explicada pela essência do método, na qual se empregado. Em época mais recente, tem-se notado que a definição de “*Pet therapy*” torna-se inadequada já que não compreende o uso dos animais comumente definidos como “de renda” (herbívoros domésticos – aves de corte), positivamente usados nas experiências deste método, em seus primórdios.

Isso levou à substituição do velho histórico termo por um mais adequado como “Atividades com o auxílio de animais” ou mesmo “Terapia desenvolvida com uso de animais”. Assim sendo, *pet therapy* é um método suave, sem efeitos colaterais e pode ser considerada uma co-terapia, quando empregada na forma para o cuidado de patologias psíquicas e físicas.

O princípio do método leva em conta a capacidade do animal de evocar emoções comunicativas no ser humano. Estabiliza – em outros termos – uma sólida ligação empática entre o homem e o animal, capaz de comunicações afetivas, em base a um processo de identificação que leva o paciente humano ao *pet*. A *Pet therapy* é um método claramente multidisciplinar que requer a intervenção de especialistas de diferentes ramos: o médico, o psicólogo, o médico veterinário, a fim de avaliar a indicação do uso do método no paciente humano e o tipo de animal a ser utilizado no programa de recuperação.

Nise da Silveira foi uma pioneira na pesquisa das relações emocionais entre pacientes e animais, que costumava chamar de co-terapeutas. Percebeu esta possibilidade de tratamento ao observar como um paciente, a quem delegara os cuidados de uma cadela abandonada no hospital, melhorou tendo a responsabilidade de tratar deste animal como um ponto de referência afetiva estável em sua vida.

A *Pet therapy* torna-se de fato eficaz somente quando o animal está em grau de expressar o natural e apropriado repertório etológico, sem ser forçado ou obrigado a isso. Quando se fala de uso de animais de estimação com finalidade puramente terapêutica, geralmente se refere aos "humanizáveis" cães, embora também outras espécies domésticas sejam suscetíveis de emprego com ótimos resultados.

Dott (2005, p. 162) ressalta sobre os campos de aplicação da TAA são muito vastos e vão desde a terapia de reabilitação para pacientes com distúrbios físicos ou comportamentais, à prevenção de estados depressivos e de patologias cardiovasculares, até a pura e simples função de formação e educação das crianças em idade evolutiva.

O TAA tem se revelado eficaz no tratamento do autismo. Nestes pacientes com graves distúrbios da esfera afetivo-relacional, embora poucos, mas há relatos de que o cão co-terapeuta tem permitido freqüentemente grandes progressos clínicos.

Na realidade, o mamífero doméstico suscita na criança com autismo um processo indicativo: através do estabelecimento de uma comunicação "coerente" não verbal entre os dois, do tipo mímico-gestual, semelhante àquela que acontece entre a gestante e o recém nascido. O animal adquire o papel de "sujeito transacional" entre mundo interior e exterior da criança inválida, acaba contribuindo para restabelecer a homeostasia de relação gravemente comprometida pela psicose.

Sempre na idade evolutiva, o animal de companhia de jogos estimula a percepção do próprio corpo e da própria individualidade, educando o filhote de homem à biodiversidade, à alteração e infundindo na criança segurança, capacidade criativa e imaginação, melhoramento da comunicação não verbal, mímico-gestual; recusa de todo racismo e artificialismo.

Como aspectos confirmatórios, temos que considerar os históricos de crianças crescidas longe do contato com os animais, os quais se apresentam freqüentemente mais suscetíveis à zoofobia e zoomania, ansiedade, insegurança. Em algumas experiências descritas como as desenvolvidas por Becker e Morton, (1985 ), a introdução de *pets* nas classes de ensino obrigatório melhorou o nível de atenção e de rendimento dos alunos, reduzindo o fenômeno de desvio e de abandono escolar. O emprego de animais em hospitais em algumas áreas da pediatria influencia favoravelmente o restabelecimento de muitas doenças, reduzindo o tempo de hospitalização.

A relação homem-animal oferece a vantagem de ser isenta de confrontos, não competitiva, não verbal e, assim, totalmente isenta de mensagens contraditórias; apresentando-se relaxante e conciliadora.

Qualquer relação entre humanos - familiar e amigável - impõe sempre uma necessidade de confrontar o específico e, em tal sentido, sempre gera estresse de uma parte, embora mínimo.

A proximidade dos animais preenche o sentido de solidão das pessoas sós: crianças órfãs, presos, velhos. É um estímulo à socialização com outras pessoas que também possuam animais. Estimula o jogo, reduz a agressividade, tem favoráveis efeitos reguladores sobre a fraqueza cardíaca e pressão arterial.

Kaufman, (2002) in “ Animal Experimentation: Benefits to Humans Exaggerated” destaca o potencial normotenso/hipertensão que os cães podem ter durante o acariciamento por parte do homem. A presença de aquários nas salas dos consultórios dos dentistas causa relaxamento nos pacientes, provocando efeitos ansiolíticos e hipotensores, comparáveis aos primeiros estádios da hipnose.

Nos indivíduos mais jovens, a posse de um *pet* ativa antigas emoções e renova o interesse pela vida; estimula o exercício físico, sobretudo quando o animal de companhia é um cão, e faz o velho se sentir ainda útil e indispensável para alguém.

O animal é uma preciosa ajuda terapêutica e re-educativa para pacientes com deficiências. Crianças e adultos diminuem os acidentes neurológicos ou traumáticos do aparelho esquelético.

O jogo com o animal e o ter que cuidar dele favorecem uma espontânea atividade motora, reduzindo a hipertonía muscular espástica.

Uma modalidade dentro dessa abordagem de utilização de animais como recurso é a Equoterapia, de indiscutível eficácia em grau de determinadas melhoras clínicas, do ponto de vista neurológico e físico em pacientes com debilidades físicas ou psíquicas.

Estudos apresentam que a presença de um animal num ambiente carcerário tende a reduzir a conflitualidade entre detentos que cuidam do próprio *pet*, reduz a frequência de suicídios, melhora a cooperação entre os detentos e guarda carcerária. Já em 1983, Pethes tinha notado durante uma pesquisa estatística feita na Hungria, que eram raros os episódios de auto-lesões em comunidades com presença de animais. Nos Estados Unidos, uma norma de 1978 permite a introdução de pequenos animais de estimação nas prisões (aves, répteis, anfíbios, peixes ornamentais). Há referencia histórica de Robert Stroud, homicida e protagonista de crimes bárbaros, condenado ao enforcamento e depois perdoado em 1920 pelo presidente Wilson, que comutou a sentença capital a que havia sido condenado para a pena de

isolamento permanente. Depois de várias transferências Stroud fica na prisão de Alcatraz, localizada na ilha homônima, na baía de São Francisco, Califórnia.

Em reclusão, no horário de banho de sol no pátio a ele reservado, achou um filhote de pardal no chão, frio e quase morrendo. O recolheu, cuidou dele, conseguindo salvá-lo e fazê-lo crescer. Depois pediu e obteve da direção da penitenciária consentimento para criar na cela alguns casais de canários e, daquele momento em diante, Stroud manifestou uma verdadeira e própria metamorfose. Aquele homem rude e sanguinário se transformou, quase que por um encanto, em um delicado e apaixonado estudioso da biologia das aves, chegando a se tornar em poucos anos um ornitólogo de fama mundial.

Versado nos estudos de observações científicas sobre patologias das aves de gaiola, Stroud mandou imprimir, como autêntico autodidata, dois tratados de ornitopatologia: "*Diseases of Canaries*" (Doenças dos Canários) e "*Stroud's digest of BIRD diseases*" (Resumo das doenças das aves por Stroud). Robert Stroud morreu na penitenciária de Alcatraz em 21 de novembro de 1963, com a idade de 73 anos, depois de ter passado no isolamento 53 anos de sua vida, confortado somente pela grande paixão pelo mundo das aves e da sua alegre, multiforme e multicolorida vizinhança. Essa história é descrita na no filme "O Homem de Alcatraz", dirigido por John Frankeimer, com o mítico Burt Lancaster no papel de Robert Stroud, filme que obteve uma indicação para o Oscar.

Dott (2005), através de sua análise, conclui que é possível afirmar de forma otimista que os animais estão documentadamente em condições de melhorar a qualidade de vida do homem e até mesmo auxiliar na cura de patologias de várias naturezas.

Considerando a validade que a TAA, vem alcançando, principalmente na área da Saúde Mental, quanto à promoção de qualidade de vida, frente a sua complexidade e benefícios, faz objeto de investigação a desenvolver se em pesquisa com os objetivos à frente descritos.

### **3. OBJETIVO**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar a sociabilização no comportamento da criança com deficiência intelectual durante o processo de intervenção clínica em Terapia Assistida por Animais.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1) Levantar o perfil sócio-demográfico-clínico da criança com deficiência intelectual contemplada por Terapia Assistida por Animais em organização não governamental.
- 2) Observar o comportamento da criança em atendimento mediado por TAA, com foco em sua socialização.
- 3) Verificar a opinião dos pais e responsáveis sobre os benefícios observados pelo TAA.
- 4) Verificar a percepção dos profissionais sobre a TAA, inclusive sobre a sua utilização mediando seus objetivos.

### **4- HIPÓTESE**

Pacientes com Deficiência Intelectual em atendimentos de reabilitação clínica, assistidos terapeuticamente dentro da modalidade de Terapia Assistida por Animais, apresentam melhora em sua socialização.

### **5 - MÉTODO**

Trata-se de estudo descritivo exploratório clínico. Projeto de pesquisa com parecer substanciado, aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Metodista de São Paulo – CEP – UMESP (Apêndice A), em 26/08/2010, protocolo nº 339776 -10. Sendo que durante esta pesquisa, foram obedecidas todas as normas que regem pesquisas com seres humanos, deliberados pelo decreto 196/96 do ministério da saúde (Brasil, 1996).

## 5.1 - PARTICIPANTES

Fazem parte da pesquisa: 46 sujeitos, sendo: seis terapeutas de diferentes especialidades que atendem segundo as necessidades da população sob seus cuidados, 20 pacientes que são atendidos dentro de seus planos de atendimento e seus respectivos pais e responsáveis.

Referente aos 06 terapeutas, todos são técnicos responsáveis pelos procedimentos. Fazem parte ainda como sujeitos dessa pesquisa, 20 pacientes, sendo estes pacientes crianças e adolescentes com deficiência intelectual de ambos os gêneros, com idade compreendida entre 6 a 16 anos, que já são privilegiados por atendimentos terapêuticos nas mais diversas áreas da reabilitação, conforme sua indicação clínica, além do atendimento convencional, são contemplados com atendimento de TAA complementar. Embora a clínica tenha uma população semanal em torno de 600 atendidos, apenas um número reduzido é privilegiado por essa modalidade terapêutica.

Nessa amostragem, serão contemplados os pais e/ ou responsáveis dos 20 pacientes, que atendem aos critérios de inclusão da amostragem.

- Critérios de Inclusão na amostra de crianças e adolescentes

Ser paciente da Instituição AVAPE no programa de Reabilitação Clínica.

Ser Portador de Deficiência Intelectual, podendo ser associada ou não à deficiência física

Ter elegibilidade de acordo com as normas da instituição, para integrar o grupo de TAA, tais como crianças sem alergias a pêlo, ou com fortes fobias ao animal, dentre outras, o que faz ser contra-indiciada essa modalidade terapêutica.

Terapeuta – Colaboradores da instituição que são responsáveis pelo atendimento clínico reabilitacional, com identificação e preparo técnico para atendimento em TAA.

Adestrador – Colaborador da instituição responsável pelo adestramento e preparo dos animais, bem como monitoramento da condição de vida do animal que seleciona. Cães com adestramento especializado para Atendimento em Terapia Assistida por Animais, monitorado por seu adestrador.

## 5.2 - LOCAL

A pesquisa foi realizada na Unidade Clínica AVAPE – Associação para Valorização de Pessoas com Deficiência - de São Bernardo do Campo. Trata-se de uma organização filantrópica de assistência social, que atua no atendimento e na defesa de direitos, promovendo a inclusão, a reabilitação e a capacitação de pessoas com todo tipo de deficiência, além de pessoas em situação de risco social. A Associação foi fundada em 1982 na região do ABC e é considerada modelo de gestão, tendo sido a primeira no mundo a receber o certificado ISO 9001 pela DNV – Det Norske Veritas.

A AVAPE tem como missão promover as competências das pessoas com deficiência, visando a sua autonomia, segurança e dignidade para o exercício da cidadania. A associação oferece um trabalho completo que engloba o atendimento clínico, o desenvolvimento de competências para o convívio social, a reabilitação e capacitação profissional, além da inserção no mercado de trabalho.

Atua na inclusão social de pessoas com deficiência por meio de programas e projetos sociais voltados à prevenção, diagnóstico, reabilitação clínica e profissional, qualificação e colocação profissional, programas comunitários e capacitação em gestão de organizações sociais, assim como atividades culturais e recreativas.

Além de oferecer atendimento para pessoas com todos os tipos de deficiência, do recém-nascido ao idoso, a AVAPE também atua na defesa dos direitos desta parcela da população, que hoje soma cerca de 27 milhões de brasileiros.

A escolha da instituição se deu em função da credibilidade e idoneidade nacional na área de Reabilitação, bem como a já utilização deste recurso terapêutico de Terapia Assistida por Animais. O projeto de TAA dentro da AVAPE impõe algumas etapas de implantação, que foram mantidas nesta pesquisa:

Respeitar a definição e delimitação de área de atuação, sala apropriada;

Estruturação de projeto a contemplar objetivos da pesquisa, a ser encaminhado para gerência objetivando a aprovação;

Estruturação de recursos necessários: cão e adestradores voluntários e recursos adicionais;

Aprofundamento teórico-científico da abordagem adotada;

Responder às exigências impostas a Vigilância Sanitária, frente a essa modalidade;

Respeitar o estabelecimento de grupos e perfis dos pacientes já formados;

Efetivação de documentações específicas (pacientes, proprietários de cães, adestrador, etc.) através de autorizações e contratos pertinentes;

Sensibilização da clientela externa da clínica (pacientes e familiares);

Sensibilização da clientela interna (técnicos e profissionais da unidade);

Efetivação dos atendimentos.

Para a observação, os atendimentos foram realizados em sala previamente preparada e destinada a este tipo de atendimento, seguindo as normas impostas pela Vigilância Sanitária à instituição, de forma muito criteriosa.

### **5.3 MATERIAL E INSTRUMENTOS**

– Prontuários dos 20 pacientes crianças /adolescentes - entendendo-se documentos, exames, dados e registros sobre a vida clínica progressiva deste paciente, dentro de sua evolução clínica;

– Observação não participativa - é definida como a situação em que o observador não interage de forma alguma com o objeto de estudo no momento em que realiza a observação, e não poderá ser considerado como participante. Este tipo de técnica possui características interessantes para este estudo, pois:

Permite o uso de instrumentos de registro sem influenciar o grupo-alvo.

Possibilita um grande controle das variáveis a observar.

Esta modalidade de observação foi selecionada por reduzir substancialmente a interferência do observador na situação observada e permitir o registro sem influenciar o grupo-alvo.

– Roteiro de observação - desenvolvido com base em roteiro de observação não participante aplicado a grupo de crianças com deficiência, utilizado em situação de aprendizagem, construído e testado por Amaro (2004) (Anexo D)

- Escala; Como instrumento será utilizado a Escala Achenbach Behavior Checklist, criada por Thomas M. Achenbach e Edelbrock Craig (anexo E) foi desenvolvida para uso em crianças com idades entre 4 e 18 para determinar os problemas comportamentais e competência social. A Escala concentra-se em como as crianças se comportam e como elas interagem com outras crianças e adultos. A lista pode ser usada por um entrevistador ou tomada de forma individual. Ela também inclui um relatório com os pais sobre a criança.

Esse recurso foi escolhido tendo em conta que o material oferece para os profissionais da saúde mental uma ampla coleção de inventários de avaliação, que são aplicáveis para diversos clientes sob variadas situações. Este inventário facilita a comunicação entre os clientes e profissionais de diversas áreas e entre profissionais e terceiros envolvidos, além de fornecer uma documentação padronizada sobre a decisão do profissional com relação às estratégias de tratamento.

Vale ressaltar que tal instrumento já foi utilizado com caráter científico (ACHENBACH, 2007), nessa instituição, em outra unidade, um Centro de Convivência, com consentimento e orientação da própria responsável pela tradução do material, do Laboratório de Terapia Comportamental da USP (SILVARES, 2006). Esse guia fornece uma rápida introdução a um sistema de procedimentos padronizados para avaliar o funcionamento adaptativo e problemas comportamentais/ emocionais.

- Entrevista; afim de melhor direcionar a coleta de dados, realizou se entrevistas de natureza semi-dirigida com os Pais e responsáveis, em função de permitir um grau maior de liberdade e aprofundamento, pois objetiva se buscar relatos nas próprias palavras do entrevistado. Formulada a partir de um guia de temas, sem pré formular questões e sem pré-estabelecer a ordem delas; com os Técnicos sobre informações gerais sobre a instituição e sobre sua pratica frente à TAA
- Equipamentos de foto e imagem para registros;

#### **5.4. PROCEDIMENTO**

Inicialmente estabeleceu-se o contato com a instituição objetivando assim a autorização para a realização da pesquisa nas suas dependências, sendo resolvidas todas as exigências de tramitações legais, para obtenção da autorização formalizada.

Em um primeiro momento, buscaram-se as informações para caracterização da população e conseqüentemente o recorte da mesma. Para tanto realizou-se um estudo breve sobre o perfil da população, onde se é focado nos pacientes que são beneficiados pelo atendimento em Terapia Assistida por Animais.

A partir deste momento foi feito o levantamento dos prontuários da população enfocada, a fim de se levantar o perfil sócio demográfico clínico dessa população.

Vale ressaltar que embora os funcionários estivessem vinculados à instituição que autoriza a coleta de dados para a pesquisa, ela foi consultada quanto à concordância, podendo ou não autorizar a sua participação. Os responsáveis, embora no ato da matrícula já autorizem a vinculação a pesquisas e publicação de imagem, serão da mesma forma consultados a partir do TCLE ( anexo A). Realizou-se uma reunião prévia com o grupo de terapeutas e adestrador, na apresentação da proposta, na qual motiva a minha presença, nos atendimentos de TAA, bem como acesso às informações dos pacientes.

Após esse momento, onde houve a disponibilidade total de acompanhamento dos atendimentos terapêuticos realizados, solicitou-se o agendamento em data de realização do TAA, com os pais e responsáveis legais, pelos pacientes, onde faz se o esclarecimento sobre os objetivos, direitos e aspectos éticos assegurados, sendo a todos os pais e responsáveis entregue o TLCE (Anexo B) específico e direcionado a essa população, sendo igualmente totalmente acolhido.

Com base nos dados obtidos no levantamento das informações dos pacientes que recebem a indicação para o atendimento TAA, foi extraída uma amostra representativa dessa população, referente a dois dos grupos em atendimento em TAA. Foram realizadas junto a esses grupos selecionados, 12 observações não participativas e consecutivas, por grupo, do atendimento realizado. Como dado significativo observado em informações representativas de amostragem, estabelece se como grupo de observação não participativa dois grupos de atendimento, para registro e monitoramento dos atendimentos. Vale ressaltar que os demais atendimentos continuavam a serem observados e registrados em imagem e som.

O roteiro a ser utilizado foi adequado em forma de piloto para verificação e confirmação de sua eficácia durante a observação não participativa. Este roteiro descritivo visava permitir uma reflexão analítica qualitativa de cada sessão, assim como da evolução da TAA, tendo como foco a socialização das crianças em atendimento.

Cada grupo reunia-se semanalmente, por 30 minutos em horário fixado, com um mínimo de um até no máximo seis participantes. Havia uma tolerância de cinco minutos de atraso. A observação dos grupos em atendimento acontece em sala designada, com poucos estímulos sensoriais, com cadeiras, mesa, seguindo padrões exigidos pela vigilância sanitária, tais como pia e recursos de higienização rigorosos.

O atendimento observado contemplava: o paciente em situação individual ou em grupo - conforme já determinado pelo terapeuta; o terapeuta responsável pelo atendimento clínico; o animal e o adestrador, mais a pesquisadora que faria a observação não participativa. A observação se dava de forma criteriosamente registrada, para descrição e comparação analítica posterior, com possibilidade de registros fotográficos. Garantiu a não interferência durante os atendimentos, conforme previstos em realização da observação de natureza não-participativa.

Devido ao fato de estar prevista a possibilidade de até haverem grupos com maiores números de participantes, em média em cada atendimento de TAA, o roteiro acima descrito será preenchido em relação a cada criança, em dois grandes momentos do atendimento: Fase inicial da sessão (primeiros 10 minutos) e Fase final da sessão (últimos 10 minutos), conforme procedimento testado no teste piloto, em grupo distinto afim de não intervir na observação dos grupos.

No decorrer das observações, estabeleceu-se contato com os terapeutas, de maneira posterior sobre os objetivos traçados a cada paciente, e a expectativa frente ao alcance dos objetivos através do recurso de TAA.

Finalmente com relação aos atendimentos, foi aplicada a escala Achenback junto aos pais e responsáveis legais pelos pacientes atendidos em TAA, com frente as suas percepções sobre a essa modalidade de atendimento em relação ao seu filho. Aplicação de escala Achenbach respondida pelos terapeutas serve como base para visualização do alcance dos objetivos traçados, no último dia de observação.

Após a conclusão do trabalho foi realizada devolutiva à instituição e seus profissionais, quanto aos dados analisados.

Vale ressaltar que tal atendimento complementar já vem sendo realizado, sem a mensuração dos dados obtidos, nesta Unidade Clínica de Reabilitação

Desta forma, como objeto de estudo, face necessário ressaltar que foram realizadas:

Entrevistas iniciais com os terapeutas, sendo estas entrevistas não estruturadas, com o objetivo de colher informações sobre os critérios utilizados para direcionamento dos objetivos reabilitacionais nessa população, através desse recurso. A partir da observação não participativa, o registro se dará de forma transcrita, para análise e comparação posterior dos dados.

Entrevista para Lakatos e Marconi (1985, p.38) é um procedimento usado na investigação social para coletar dados, ou ajudar no diagnóstico ou tentar solucionar problemas sociais. Acontece o diálogo entre duas pessoas, em que uma delas passará informações à outra.

Foram realizados registros com fotos, para os quais a autorização é dada no ato da matrícula. Uma vez autorizada a pesquisa pela instituição, a utilização é automaticamente liberada. Tal autorização é muito mais detalhada para os pacientes que são atendidos por essa modalidade.

Foram mantidos os critérios de avaliação, da Escala Achenbach, onde o entrevistado pode avaliar os tipos de problemas comportamentais possíveis em uma criança a partir das respostas a estas perguntas. A outra seção do checklist centra-se na competência social. Como de interesse, a parte comportamental da lista foi concebida para avaliar tais aspectos da personalidade da criança como ansiedade e depressão, dificuldades de atenção, as tendências de quebrar regras e estilo de interação, bem como se a criança tem processos de pensamento padrão ou questões desafio.

Analisou-se a forma como a criança lida com situações sociais, nas quais incluem-se a participação em esportes, grupos ou organizações, jogos, passatempos e outras atividades. Ele também se concentra em como a criança lida e participa em tarefas ou empregos, em número e qualidade das amizades.

Entrevista com os pais dos pacientes utilizando-se a Escala Achenbach, para identificação do grau de percepção do nível de mudança de comportamento, ao final das observações não participativas.

As realizações das observações em TAA seguiram e respeitaram os procedimentos e normas internas, impostos pela instituição, tais como:

## Definições Internas à Instituição

### Recursos Necessários

- Respeito à pré determinação de sala ampla.
- 1 cão adestrado por atendimento, com duração de 30 minutos, acompanhado do adestrador.
- Materiais terapêuticos, conforme necessidade do cliente diante do atendimento clínico indicado.
- Instrumentos e formulários do Sistema de Padronização.
- Sala específica para descanso do animal.
- Caixa de transporte e descanso.

### Cuidados Especiais

- Rotina de limpeza da sala e higienização de utensílios de sala de atendimento e descanso, com água e solução a base de quaternário de amônio 0,2%.
- Assegurar a higienização básica do animal, para realização dos atendimentos (escovação, banho, aparo de unha, higiene bucal e ouvido).
- Uso frequente de guia condutora do cão, exceto na sala reservada para os atendimentos.
- Circulação apenas em locais pré determinados (locais já descritos anteriormente).
- Garantir que as necessidades fisiológicas do cão se dêem no ambiente externo com recolhimento imediato das fezes, com material apropriado (luva e saco plástico), que deverão ser descartados em lixeiras.

### Desvio e Ações necessárias

Em situação de acidentes, ou eventualidades, sendo ocasionados ao paciente, ferimentos causados pelo cão, o procedimento será a higienização do local ferido com água e sabão e encaminhamento para posto de saúde, se necessário, conforme orientação médica do profissional da Unidade Clínica, com orientação à família e registro em prontuário.

No caso de possíveis ferimentos causados ao cão, o atendimento é interrompido, contatado e o cão será encaminhado para o veterinário responsável.

As necessidades fisiológicas do cão ocorrerem em ambientes externos à clínica. Caso ocorram, acidentalmente, dentro da clínica, o procedimento será o recolhimento imediato com material apropriado e higienização imediata do ambiente, como já descrito anteriormente.

Não houve restrição quanto à patologia para TAA, desde que previamente liberado pelo médico responsável.

Seriam contra-indicados ao Trabalho com TAA:

Pacientes com medo ou que não gostem de animais.

Alergias ou sérios problemas respiratórios.

Quando houver a possibilidade de acidentes por manuseio inapropriado do animal porém dentro desta amostragem, não houveram paciente com tal perfil

Quanto à efetivação dos atendimentos

Por norma para efetivação imposta pela instituição, cada atendimento de TAA tem determinado seu tempo de 30 minutos com intervalos consecutivos de 30 minutos a cada atendimento para descanso do animal, minimizando assim riscos de intercorrências, ocasionados por conta de fadiga.

Para realização da Atividade de Terapia assistida por animais, faz-se necessário e imprescindível, o terapeuta com objetivos terapêuticos previamente estabelecido, adestrador em acompanhamento do animal adestrado, e paciente em atendimento clínico, com autorização familiar e liberação médica, devidamente documentada e registrada.

Visando atender aos objetivos estabelecidos para esta pesquisa, inicialmente houve a coleta de informações de vida pregressa dos pacientes, com investigação em prontuários clínicos dos pacientes, cedidos pela instituição. Após a construção do perfil demográfico clínico dos pacientes em TAA, deu-se início à observação não participativa, realizada de forma contínua em 12 encontros.



Figura -1 Estrutura técnica necessária para TAA

Após a finalização desses encontros foi realizada individualmente com cada familiar responsável pelos pacientes envolvidos no atendimento de TAA, a aplicação da escala Achenbach, para coletas de maiores informações específicas de cada paciente. Simultaneamente houve a entrevista não dirigida com os terapeutas objetivando identificar os aspectos motivacionais para utilização dessa prática dentre outras.

## 5.5. TRATAMENTOS DE DADOS

O nível de sociabilização foi mensurado a partir da Escala Achenbach (anexo E) em especial na parte relativa ao inventário dos Comportamentos de Crianças e Adolescentes de 06 a 18 anos (CBCL/6-18), na qual são solicitadas informações sobre as competências da criança, incluindo esportes e outras atividades, organização, trabalhos e tarefas, amizades, relacionamento com outras pessoas, capacidade de brincar e trabalhar sozinha e funcionamento na escola. Objetiva-se que a escala seja preenchida em entrevistas com os pais e terapeutas.

Observação dos atendimentos deu-se conforme roteiro apresentado e grade de atendimentos definida pela instituição.

Visando atender os objetivos aos quais se coloca essa pesquisa, utilizou-se como ferramentas o recurso de estruturação de dados, análise exploratória de dados, tabela de controgência simples, e gráficos e tabelas dinâmicas, do pacote *Office Excel for Windows*, bem como pacote estatístico do Programa *Statistical Package for Social Sciences for Windows*, versão 14.0, para mensuração dos aspectos quantitativos da pesquisa. Os dados relativos às observações não participativas foram registrados em seus relatos e agrupados em relação a sua maior incidência, sendo realizada escolha de dois grupos por conveniência, frente ao maior índice de patologia e ocupação por setor.

Com relação as fotos, visando o assegurar os aspectos éticos se tratando das crianças, houve a preservação das identidades com distorção das faces, mantendo-se a apresentação da estrutura registrada.

## 5.6. ANÁLISES DE RISCOS E BENEFÍCIOS

O estudo proposto, com os procedimentos descritos, não colocou os participantes sob risco algum, físico, moral ou social, pois mesmo tratando-se da utilização dos animais, eles serão conduzidos por adestradores experientes, pertencentes ao quadro de colaboradores da AVAPE, muito exigente quanto à segurança dos atendidos.

A natureza acadêmica do estudo, bem como o objetivo a ser atingido por ele, apesar de não incluir benefícios imediatos para os seus participantes, contribui de forma muito positiva para a possível validação benéfica da TAA junto ao paciente portador de deficiência intelectual, no sentido de sua maior integração social.

## 6- RESULTADOS E DISCUSSÃO

A fim de apresentar os resultados com maior clareza, devido à sua abrangência, optou-se por iniciar pelos relativos aos objetivos específicos, complementando-os ao final com os relativos ao objetivo geral.

Quanto ao primeiro objetivo específico, relativo a levantar o perfil sócio-demográfico-clínico da criança com deficiência intelectual contemplada por Terapia Assistida por Animais em organização não-governamental, inicialmente foi feito o levantamento dos usuários (denominados internamente como clientes / pacientes da instituição) dos atendimentos prestados pela intuição, quanto a características quanto à idade e tipo de deficiência dos que se encontravam em processo de reabilitação clínica, ainda sem alta dos programas, como segue:

Classificação	menor que 12 anos		13 - 21 anos		22 - 60 anos		acima de 60 anos		Total
	masc	fem.	masc.	fem.	masc.	fem.	masc	fem.	
PCD Intelectual	19	17	39	32	19	15	0	0	141
PCD Auditiva	2	2	2	1	1	1	0	0	9
PCD Visual	2	2	0	0	0	0	0	0	4
PCD Física	47	37	16	12	9	7	1	1	130
PCD Múltipla	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PSD	521	448	456	351	331	260	5	3	2375
TOTAL	591	506	513	396	360	283	6	4	2659

Tabela 1: Apresentação por faixa etária x deficiência na instituição

Observa-se que, embora exista uma grande concentração de pacientes sem deficiência, denota a primeira grande patologia de significância é de Deficientes Intelectuais, na faixa etária de 13 a 21 anos, do sexo masculino. Sendo seguida por pessoas com Deficiência Física, também em maior índice do sexo masculino, na faixa etária menor que 12 anos.



Figura 02: Pacientes por Deficiência na Instituição

O gráfico representa que o índice de pessoas sem deficiência é a maior concentração, sendo seguida pelos pacientes com Deficiência Intelectual, bastante aproximados dos pacientes com deficiência física, sem haver demais patologias com relevância significativa enquanto números estatísticos, o que confirma a maior concentração de pacientes com deficiência intelectual e física, nos grupos em atendimento em TAA, conforme amostragem definida a serem apresentados na sequência.

Na maioria dos casos de Deficiência Intelectual (DI), especialmente os de níveis leves e moderados não se pode identificar as causas, ficando aí uma discussão acirrada entre autores organicistas, que consideram a prevalência dos fatores constitucionais da DI e os autores sociológicos, para os quais prevaleceriam as causas ambientais, como por exemplo, a falta de estímulos adequados e em épocas precoces da vida. É um erro acreditar que a maioria das crianças com DI tem um aspecto físico diferente das outras.

A maioria dessas crianças é portadora de DI leve e não se distinguem fisicamente das outras crianças. As exceções são os casos de DI grave e severa, bem como na Síndrome de Down, onde elas guardam alguns aspectos comuns entre si. Ditas sem necessidades educativas especiais. Outro engano leigo é achar que o nível de funcionamento mental se mantém sempre igual e definitivo em todos os casos. Nos casos de deficiência mental leve os programas educativos intensivos e adequados podem atenuar significativamente essa situação.

A maioria dos casos de deficiência mental pode ser identificada na infância, entretanto, muitas crianças só são diagnosticadas quando vão para a escola. Isso é porque muitas crianças com DI apresenta grau Leve da patologia e os testes de inteligência para

crianças pequenas não são muito confiáveis e válidos. Ao entrar na escola as solicitações intelectuais aumentam significativamente e a eventual DM torna-se mais evidente.

Moraes, Magna e Faria (2006) descrevem, que:

A deficiência intelectual afeta entre 2 e 3% da população geral e 1% das crianças em idade escolar. No Brasil, 1,6% da população apresenta essa condição, valor provavelmente subestimado, mas suficiente para ser considerada como problema de saúde pública.

Dados do Censo Demográfico do IBGE, levantados no ano de 2000, indicam que 8,3% dos tipos de deficiência são de natureza intelectual, o que equivale a 2.844.936 pessoas (sendo 1.545.462 homens e 1.299.474 mulheres).

É importante ressaltar que muitas vezes (em 42% dos casos), mesmo com a utilização de sofisticados recursos diagnósticos, não é possível definir com clareza a etiologia da deficiência intelectual, se ela, invariavelmente, decorre de inúmeras e complexas causas, que englobam fatores genéticos (29%), hereditários (19%) e ambientais (10%).

A seguir veremos os dados relativos ao perfil sócio demográfico clínico da criança com deficiência intelectual contemplada por Terapia Assistida por Animais em organização não governamental. Sendo este o segundo objetivo específico, onde se constatou que a TAA dentro da instituição, em função de questões de restrições impostas pela dinâmica do próprio atendimento, e em função de especificidades e exigências próprias, até mesmo adesão por parte dos terapeutas que se identificam com essa proposta, apresentou-se com número restrito de atendidos. Dentro desse cenário clínico, 06 profissionais da área terapêutica, resolveram lançar mão dessa nova modalidade terapêutica, em que se disponibilizaram a buscar formação teórica científica na área da TAA, com reuniões semanais de equipe, a fim de unificarem suas abordagens, elegendo frente à disponibilidade dos terapeutas, adestradores e animais em um dia da semana, no qual estipularam um horário fixado para os atendimentos de TAA na Unidade Clínica de São Bernardo do Campo.

No objetivo de construir um perfil demográfico dos pacientes de cada profissional envolvido no TAA, utilizou-se para melhor visualização dos pacientes de responsabilidade dos profissionais por setor, a seguinte tabela:

Legendas:

HD 1º - Diagnóstico Primário, sendo: 1 - Transtorno Déficit de Atenção com Hiperatividade de tipo combinado; 2 - Paralisia Cerebral com rebaixamento Intelectual; 3 - Deficiência Intelectual; 4 - Transtorno Misto do Desenvolvimento; 5- Transtorno

de Ansiedade e Depressão; 6 - Síndrome genética a esclarecer; 7 - Outras patologias; 8 - Transtorno Global do Desenvolvimento; 9 - Deficiência Auditiva; 10 - Transtorno de fala e linguagem; 11- Atraso desenv. Neuropsicomotor; 12 - Transtorno Emocional da Infância.

HD 2º - Diagnóstico Secundário / comorbidades: 0 - sem comorbidades; 1 - Transtorno Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade; 2 - Transtorno Desafiante Opositor; 3 - Transtorno Misto Habilidades Escolares; 4 - Transtorno Específico da Articulação e Fala; 5 – Dislexia; 6 - Transtorno Bipolar; 7 - Transtorno Emocional/ Depressão

Gênero: 1 – Sexo Feminino; 2 – Sexo Masculino

Idade: Faixa etária em anos: 1 - 07 a 12 anos; 2 - 13 a 18 anos; 3- 13 a 18 anos.

Tempo de Tratamento em meses: 1 - até 12 meses em tratamento; 2 - de 13 a 24 meses em tratamento; 3 - de 25 meses a 36 meses em atendimento; 4 - de 37 a 48 meses em atendimento; 5- de 49 a 60 meses de atendimento; mais de 61 meses em atendimento

Escolar: Escolaridade atual: 1 - 1ª e 2ª ano do Ensino Fundamental; 2 - 3ª e 4ª ano do Ensino Fundamental; 3 - 5º e 6º ano do Ensino Fundamental; 4 - 7º 8º e 9º ano do Ensino Fundamental; 5 - Ensino Médio; 6 - Ensino Infantil; 7 - Sem escolaridade

Retenção: Episódio Progresso de Retenção: 1 – Sim; 2 – Não

Med.: Uso de medicação controlada contínua: 1 – Sim; 2 – Não

Neur.: Atendimento médico associado de Neurologia 1 – Realiza; 2 - Não Realiza

Fisi.: Atendimento médico associado de Psiquiatria; 1 – Realiza; 2 - Não Realiza

Fono: Atendimento associado de Fonoaudiologia; 1 – Realiza; 2 - Não Realiza

TO. Atendimento associado de Terapia Ocupacional; 1 – Realiza; 2 - Não Realiza

Fisio.: Atendimento associado de Fisioterapia; 1 – Realiza; 2 - Não Realiza

OPP.: Atendimento associado de Psicopedagogia; 1 – Realiza; 2 - Não Realiza

Psico.: Atendimento associado de Psicologia; 1 – Realiza; 2 - Não Realiza

TAA: Beneficia-se da Terapia Assistida Por Animais; 1 – Sim; 2 – Não

Tabela 4 – Perfil sócio-demográfico Pacientes privilegiados em Terapia Assistida por Animais

Perfil Clínico Sócio Demografico Pacientes em atendimento TAA																		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Nº	Nome	HD	HD			Tempo	escolar.	Retenç	med.	Atendimento setores								Aten.
		1º	2º	genero	idade	Trat.				Neur	Pqt	Fst	fono	to	fisio	Psico	opp	TAA
1	A	4	3	1	2	4	3	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1
2	B	2	3	1	1	2	2	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1
3	C	6	3	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	1
4	D	2	3	2	4	6	5	2	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1
5	E	1	3	2	2	4	3	1	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1
6	F	3	3	1	1	3	3	1	2	1	1	2	1	2	2	1	2	1
7	G	6	3	2	2	2	2	1	2	1	2	2	1	1	2	2	2	1
8	H	8	3	2	2	1	2	1	2	2	2	2	1	1	2	1	2	1
9	I	8	3	2	1	3	2	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1
10	J	3	3	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1
11	L	3	1	2	1	3	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1
12	M	2	7	2	1	2	2	1	2	1	1	2	1	1	2	2	2	1
13	N	1	3	1	1	2	2	1	2	2	1	2	1	1	2	1	2	1
14	O	6	3	1	1	3	2	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2	1
15	PP	3	3	1	2	3	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1
16	Q	3	3	1	2	4	2	1	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1
17	R	3	3	1	1	5	2	1	2	2	1	2	1	1	2	2	2	1
18	S	6	8	1	1	3	3	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1
19	T	2	3	1	1	4	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1
20	U	2	3	2	1	3	2	2	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1

Tabela 02: Perfil Sócio -Demográfico Pacientes TAA

Através do estudo sócio demográfico dos pacientes em TAA, observou-se que as amostras denotam igualmente, independente das áreas de especialidades, onde o maior número de pacientes são pacientes com deficiência intelectual, com maior concentração nos setores de Terapia Ocupacional e de Psicologia. A seguir serão analisados em três desses aspectos importantes, dados sendo eles: Diagnóstico Primário, Diagnóstico Secundário e Setores de Atendimento.

## PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO

### DIAGNOSTICO PRIMÁRIO

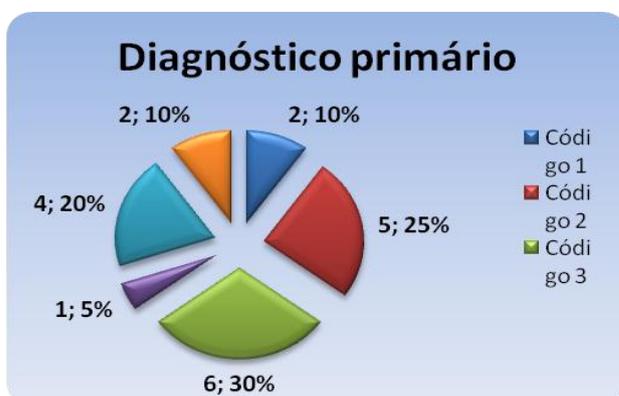


figura 3 Diagnóstico Primário

#### Códigos para diagnóstico primário:

- 1: Transtorno Déficit de Atenção com Hiperatividade tipo Combinado
- 2: Paralisia Cerebral com rebaixamento Intelectual
- 3: Deficiência Intelectual
- 6: Síndrome Genética a esclarecer
- 8: Transtorno Global do Desenvolvimento

Neste item entende-se por diagnóstico primário, segundo orientações recebidas que é a condição estabelecida após um estudo ou exploração, em aspectos relacionados à Saúde, como causa ou motivo preliminar para justificar a admissão do paciente ao tratamento. Diante destes cenários, os dados evidenciam uma maior concentração de deficientes intelectuais, quanto ao diagnóstico primário, seguido pelo Diagnóstico de Paralisia Cerebral, o que normalmente acometem prejuízos cognitivos como consequência.

Atualmente, esboça-se a tendência em classificar a Deficiência Intelectual de acordo com o suporte de que a pessoa necessitará. Essa classificação exige conhecimento das características do sujeito e das demandas de seu ambiente.

Schallock, Baker e Croser (1999 p 7.) apresentaram a definição de quatro tipos de suportes, a saber:

"a) Intermitente: são suportes de natureza episódica, de curto prazo ou transitório. Eles podem ser de baixa ou de alta intensidade; b) Limitado: são suportes consistentes ao longo do tempo, que podem ser limitados, mas não são intermitentes, podem requerer uma pequena equipe e custo menor que os níveis intensivos; c) Extensivo ou amplo: são suportes regulares (por exemplo, diários) e apenas restritos a alguns ambientes, mas não são de tempo limitado; d) Pervasivo ou permanente: caracterizam-se por serem constantes, de alta intensidade, fornecidos em vários ambientes, duradouros, envolvem uma equipe grande de pessoas, e mais intervenções do que suportes extensivos ou por tempo limitado".

Esta classificação procura diminuir o peso do rótulo e conseqüente estigmatizar e, além disso, aponta para a possibilidade de aumentar a crença nas possibilidades de aprendizagem das pessoas com Deficiência Intelectual, na medida em que os apoios serão baseados nas necessidades individuais de cada sujeito.

Nunes e Ferreira (1994) constaram que os modelos mais utilizados no diagnóstico da Deficiência Intelectual são: o médico, o psicopedagógico e o social. Esses diferentes enfoques implicam em formas, concepções e práticas diferenciadas sobre o diagnóstico. O modelo médico busca investigar a etiologia da Deficiência Intelectual relacionando causa física com comportamentos do sujeito.

### DIAGNOSTICO SECUNDÁRIO E OU COMORBIDADES

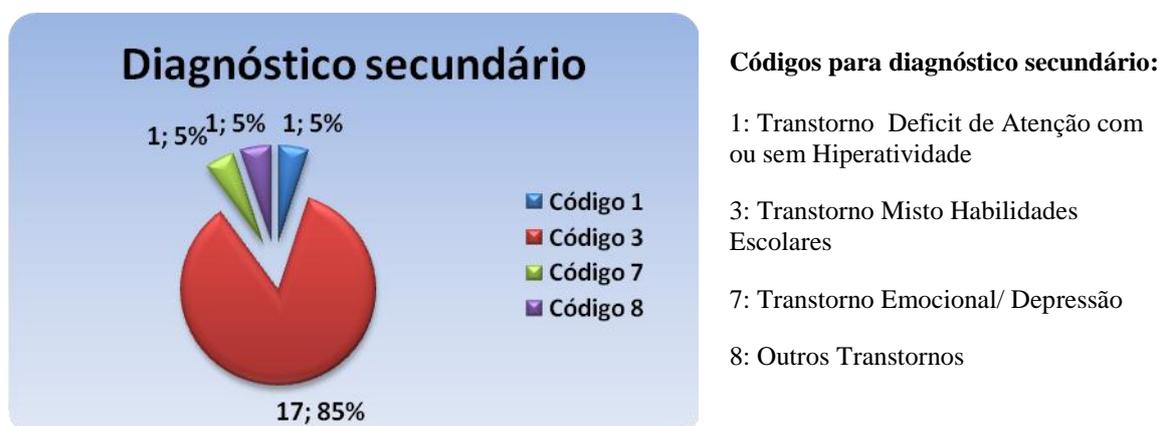


Figura 04 Diagnostica Secundário

Dando continuidade para os aspectos relacionados, como diagnóstico secundário, na qual entende-se por uma patologia desencadeada por um quadro patológico primário, ou se tratando de comorbidades, um segundo quadro patológico, sem causa oriunda da primeira patologia, e ainda sem interferência ou correlação sobre a primeira. Neste sentido a causa de maior significância evidenciada pelos números, remetem ao quadro de Transtorno misto das Habilidades Escolares, sintetizando assim dificuldades escolares pela maioria dos pacientes observados. As demais características, igualmente evidenciadas, referem-se a aspectos comportamentais.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde, Os efeitos da Deficiência Intelectual entre as pessoas são diferentes. Aproximadamente 87% dos portadores tem limitações apenas leves das capacidades cognitivas e adaptativas e a maioria deles pode chegar a levar suas vidas independentes e perfeitamente integrados na sociedade. Os 13%

restantes pode ter sérias limitações, mas em qualquer caso, com a devida atenção das redes de serviços sociais, também podem integrar-se na sociedade.

Nem sempre um único caminho terapêutico é eficiente para a pessoa que se encontra em processo de reabilitação; às vezes é necessário que se construam caminhos Alternativos de pensamento e ação. Vygostky (1991) chama de compensações, que são mediações capazes de proporcionar uma organização psicológica que contorne as defasagens específicas de sua condição. Compensar, na visão do autor, é buscar novos recursos, que contribuam no desenvolvimento e modificação da estrutura cognitiva da pessoa com deficiência.

### Setores de atendimento:

O atendimento multidisciplinar formado por vários técnicos em suas diversas especialidades, entre eles médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, psicopedagogos e fonoaudiólogos entre outros, tem a necessidade de uma inter-relação entre os diferentes profissionais, os quais devem ver o paciente como um todo, numa atitude humanizada; faz-se necessário também que o psicólogo transmita seus conhecimentos e percepções do paciente aos demais membros da equipe, a fim de que estes possam ter uma visão integral do paciente.

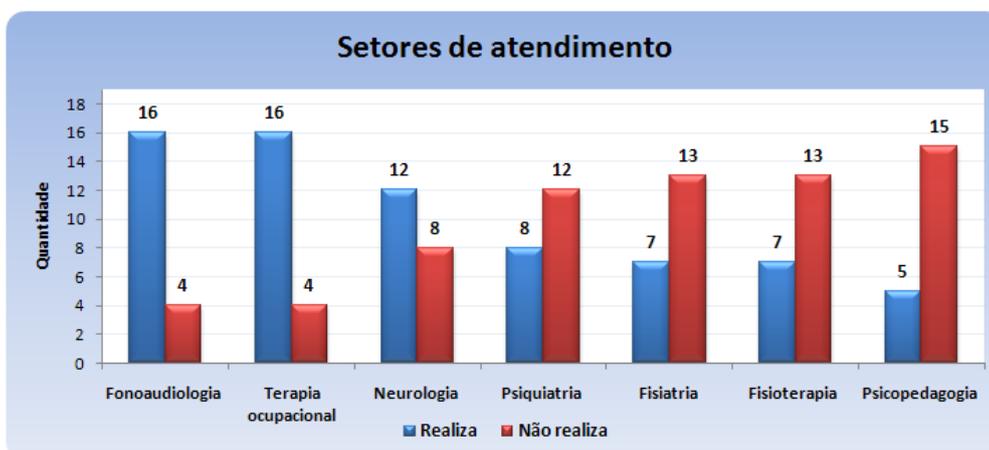


Figura 05 Setores de Atendimento

Referente aos tratamentos reabilitacionais técnicos realizados pelos pacientes que se encontram em atendimento de TAA, o maior índice de apresentação de realização refere-se ao atendimento de Terapia Ocupacional, seguido pelos acompanhamentos médicos, em aproximada equiparação.

Segundo dados da instituição, a AVAPE adota esse modelo desde 1988, onde a partir daí, a instituição pode olhar para o paciente de maneira holística - o foco não se restringe à

deficiência, mas também em como ele pode conquistar sua condição de cidadão. A equipe multidisciplinar se reúne para decidir o que é prioritário para o tratamento e é capaz de oferecer assistência completa desde quando ele procura a clínica até o final do processo, incluindo avaliações periódicas, acompanhamento, exames complementares, orientações ao paciente e seus familiares

Desta forma conforme o objetivo de pesquisa estabelecida, o estudo do perfil sócio demográfico, evidencia a concentração de deficientes intelectuais na amostragem.

Para atender o segundo objetivo específico do presente trabalho, buscou-se observar o comportamento da criança em atendimento mediado por TAA, com foco em sua socialização. Através de uma observação não participativa, dentre 12 encontros consecutivos às segundas feiras, respeitando o horário previamente estabelecido em relação ao paciente e terapeuta responsável. Durante os atendimentos, seguiu-se o roteiro de observação, conforme anexo (ANEXO A), onde as questões estabeleceram se a verificação das informações nos primeiros minutos do atendimento e últimos, conforme já descrito nos procedimentos.

Os registros foram realizados, mediante a observação não participativa, dos 12 encontros consecutivos em seus 20 pacientes, gerando um total de 240 protocolos. Após as observações, estabeleceu-se pós-categorias a fim de melhor visualizar as informações, respeitando os itens observados, levando em conta sua maior ocorrência.

Ainda com relação ao atendimento, objetivou-se através do roteiro de observação direcionamento para os pontos cruciais a serem observados. Para a realização das atividades propostas foram utilizados objetos de estímulos para as crianças, tais como brinquedos, bolas e objetos coloridos para estimulação sensorial (auditiva e visual), escova para cães de diversos modelos para que trabalhar a motricidade, guia para cães para o estímulo de marcha, buscando basicamente os objetivos que os atendimentos convencionais se lançariam, porém, através de recursos mais direcionados ao TAA, ou seja, os objetos inanimados como carrinhos, bonecas, foram substituídos pelo cão terapeuta. Todas as atividades foram realizadas de forma lúdica buscando-se o desenvolvimento cognitivo e motor dessas crianças, com a proposta mediadora de TAA, para alcançar os mesmos objetivos de tratamento, em que deve se ressaltar que os objetivos de tratamentos foram mantidos conforme planejados inicialmente.

Cada seção de TAA teve a duração de 30 minutos, sendo realizada uma única vez por semana, em ambiente previamente determinado para essa modalidade. Durante os

atendimentos, estiveram presentes de forma ativa os pacientes em seus respectivos grupos, o terapeuta responsável pela especialidade técnica, o adestrador responsável pelo animal e um animal adestrado preparado para esta finalidade. E de forma não participativa o observador, na coleta de dados e registros.

Com base no roteiro de observação, os dados foram organizados em tabelas a fim de poderem ter um tratamento sistemático. Assim, a fim de ilustrar, reproduz-se logo a seguir uma das tabelas, relativa à primeira observação, com as devidas categorias de análise.

Conforme já apresentado em materiais, e anexado ao presente trabalho, esse roteiro de observação é estruturado em duas categorias: uma a identificação do paciente, que confirma os dados obtidos em perfil sócio demográfico levantado e, dois: o roteiro descritivo, que se divide em três aspectos de direcionamento, sendo que o primeiro se subdivide em seis questões relativas a relacionamento com as pessoas, e os demais dois e três em relação à atividade e ao contato com o animal, respectivamente.

Através desses aspectos estabeleceu a seguinte legenda a ser acompanhada:

Legendas Pós Categóricas do Roteiro de Observação Não Participativa:

QP1 - Relaciona se com as pessoas: 1 - sim 2- não

QP2 - 1 - Contato Proximal ( Contato físico)

2 - Contato distal ( Contato com olhar, sorriso)

3 - Sem Contato

QP3 - 1 - Emoções positivas ( riso, satisfação)

2 - Emoções Negativas ( medo, insegurança, raiva)

3 - Sem demonstração de emoção

QP4 - Comunicação Verbal: 1 - Sim 2- não

QP5 - Comunicação não Verbal: 1 – Sim 2- não

QP 6 - Atitudes Agressivas - Gestuais ou verbais 1 - sim 2- não

QAt - 1 Demonstra compreensão

2 Demonstra compreensão por imitação

3 Não demonstra compreensão

QAn - Interage com o animal 1 - Sim 2- não

## Registros das Observações não participativas.

sujeito	QP 1.1	QP 1.2	QP 2.1	QP 2.1	QP 3.1	QP 3.2	QP 4.1	QP 4.2	QP 5.1	QP 5.2	QP 6.1	QP 6.2	QAt1.1	QAt1.2	QAn1.1	QAn1.2
A	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2	3	1	1	1
B	2	1	1	1	3	1	2	1	1	1	2	2	1	2	1	1
C	2	1	3	1	3	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
D	1	1	2	3	2	3	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1
E	1	1	3	1	2	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1
F	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
G	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	2	1	1
H	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	3	2	1	1
I	1	1	3	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1
J	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
L	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1
M	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1
N	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
O	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1
P	1	1	3	2	3	2	1	1	1	1	1	2	3	2	1	1
Q	2	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1
R	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
S	1	1	3	2	1	1	1	1	2	1	1	2	3	2	1	1
T	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1
U	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1

Tabela 3 Observação Não Participativa – Registro - Encontro nº 01

As demais tabelas dos atendimentos seguintes, (do segundo ao décimo segundo encontram anexo ao presente trabalho – ANEXO F)

A seguir, segue a apresentação dos itens observados frente a sua incidência e frequência.

- QP1 Relacionamento com outras pessoas – 1 A Criança interage com membros do grupo (terapeuta e demais crianças?)

Observa-se que os atendimentos apresentam com significativo crescimento partindo do primeiro encontro de 65% de relacionamento do paciente com os membros do grupo (terapeuta, colegas de grupos, adestardor e o próprio cão) para 90% de receptividade ao contato interpessoal.

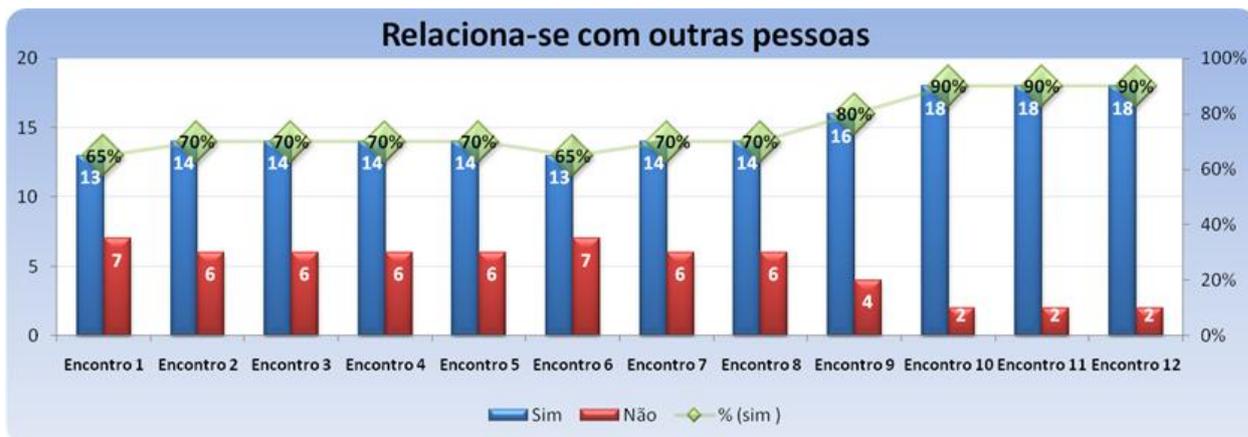


figura 06 apresentação QP1 – Relação com as pessoas

A partir do gráfico apresentado, nota-se que a melhora no relacionamento deu-se entre os encontros 8 e 10, pois 20% dos pacientes apresentaram melhora nesse período. Por outro lado, se desconsiderarmos o período intermediário da pesquisa, ou seja, o período 2º e o 11º encontro devemos considerar que o 1º encontro como situação inicial (antes do tratamento) e o 12º encontro como situação final (depois do tratamento), houve uma melhora de relacionamento de 35% (pontuação de 13 para 18).

É importante ressaltar os 10 minutos finais do encontro, pois todos os pacientes que iniciaram o encontro sem estabelecer qualquer tipo de relacionamento com outras pessoas finalizaram o encontro de maneira diferente, demonstrando assim a eficácia do tratamento.

- QP1 Relacionamento com outras pessoas –2 Como estabelecem essa interação?

Muitas vezes na chegada do paciente observa-se desorganização de pensamento no relato de situações vivenciadas, tanto com relação à sequenciação, como tempo. Ao final das atividades propostas a terapeuta solicitava um repasse dos pontos e atividades vivenciadas de forma concreta, onde observa-se melhora na organização do pensamento e sequenciamento de fatos.

Nos grupos de atendimento a Transtornos Globais do Desenvolvimento, observa-se que o paciente por características patológicas, muitas vezes chegava até o atendimento, com reserva ou ausência do contato próxima e distal. A partir do momento em que o cão era introduzido verifica-se que o cão tinha uma função mediadora entre o paciente e terapeuta, sendo ele a figura e recurso da comunicação.

	Encontro 1	Encontro 2	Encontro 3	Encontro 4	Encontro 5	Encontro 6	Encontro 7	Encontro 8	Encontro 9	Encontro 10	Encontro 11	Encontro 12
Qp2.1	5	5	5	3	5	5	5	5	4	4	4	4
Qp2.2	16	16	16	17	16	16	16	16	15	17	18	18
% melhora	55%	55%	55%	70%	55%	55%	55%	55%	55%	65%	70%	70%

Tabela 4 Relação com as pessoas 1

Observou-se ainda que durante muitos atendimentos, as crianças chegavam de forma automática para os atendimentos, muitas vezes com baixo ou fraco contato social, com pouca disponibilidade e aderência para as ações desencadeadas nos atendimentos. Uma vez que o cão era introduzido, observava-se que os pacientes demonstravam-se muito disponíveis, sorrindo, com grande disponibilidade, melhorando visivelmente a organização e dinâmica do grupo, sendo respeitadas as vezes de atuação entre os pacientes; melhorando a qualidade da realização da tarefa proposta uma vez que denotava atenção no momento em que a terapeuta executava a atividade utilizando-se do cão como modelo passivo.

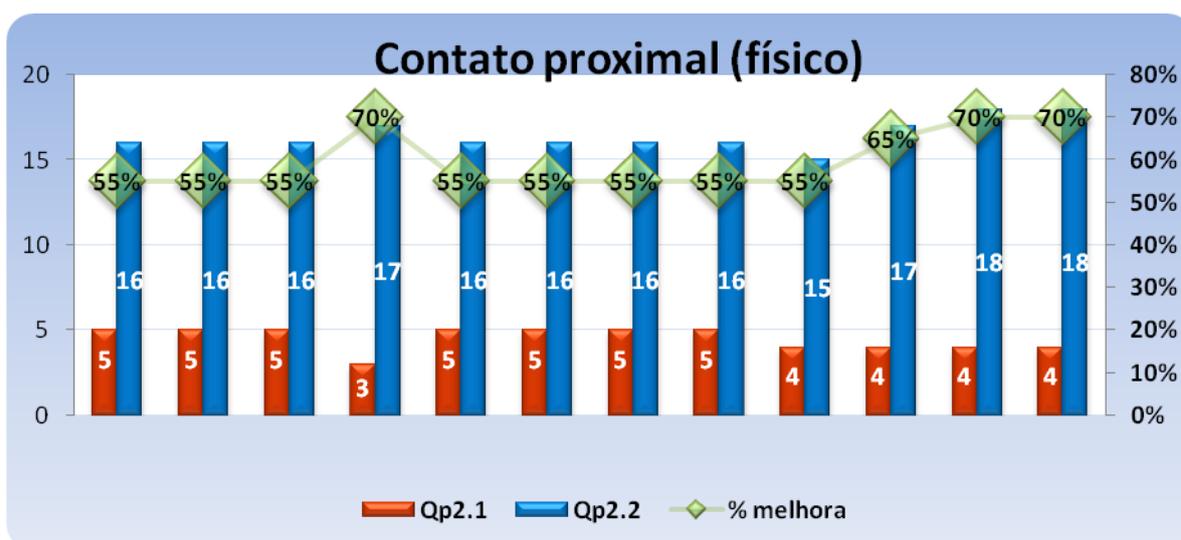


figura 07 apresentação QP2 - Contato Proximal

Como descreve Dotti (2005) Para que houvesse o sucesso na relação entre o paciente (individual e/ou em grupo) e o animal, é necessário que a aproximação se dê respeitando alguns momentos observados de forma consistente e duradoura. A confiança estabelecida segue algumas etapas bastante evidenciadas nas observações:

Essas etapas dividem-se em cinco momentos, que vão do início até o momento em que a relação afetiva é de total entrega. Isso inclui a família, que mesmo que não presente ao atendimento, é de grande interferência na qualidade do vínculo terapêutico estabelecido. Não se observa grande intervalo de tempo entre uma etapa e outra, porém mesmo que rápidas, essas fases são visivelmente presentes nos atendimentos, tais como:

- 1- Empatia – é o início – o primeiro contato do paciente com o animal. Nesse primeiro contato é possível perceber o grau de disponibilidade que o paciente apresenta com essa proposta.
- 2- Afeto – a partir do momento em que o animal passa a ter maior aproximação para com o paciente, é possível identificar as afinidades, simpatia pela proposta.
- 3- Apego – a necessidade de ver e estar com o animal aumenta. Favorecendo a motivação e aderência ao tratamento.
- 4- Vínculo – Observa-se maior cumplicidade e preocupação com o bem estar do animal. O paciente demonstra e muitas vezes verbaliza a saudade e o interesse em estar naquele atendimento.
- 5- Confiança – Nesse momento o paciente aceita o atendimento e suas implicações com prazer e confiança no trabalho do profissional que o assiste e de seu co-terapeuta (o cão).

Ressalta-se que na observação pode ser observado que vários destes comportamentos se evidenciaram.

- QP - Relacionamento com outras pessoas – 3 Demostra emoções prazerosas ou de medo, insegurança e raiva?

Emoções positivas	Encontro 1	Encontro 2	Encontro 3	Encontro 4	Encontro 5	Encontro 6	Encontro 7	Encontro 8	Encontro 9	Encontro 10	Encontro 11	Encontro 12
10 min. Iniciais	8	8	6	8	8	8	8	8	10	10	10	10
10 min. Finais	18	18	18	20	18	18	18	18	18	18	19	19
% melhora	50%	50%	60%	60%	50%	50%	50%	50%	40%	40%	45%	45%

Tabela 5 Emoções positivas

Neste quesito, há a distinção frente aos sentimentos apresentados, quanto emoções positivas (riso, satisfação) emoções Negativas (medo, insegurança, raiva), sendo possível verificar a alternância das apresentações, em momentos distintos. Observa-se media de 49% dos sentimentos positivos, com amplitude de 20% em seu crescimento.

Emoções negativas	Encontro 1	Encontro 2	Encontro 3	Encontro 4	Encontro 5	Encontro 6	Encontro 7	Encontro 8	Encontro 9	Encontro 10	Encontro 11	Encontro 12
10 min. Iniciais	9	9	12	10	9	9	9	9	9	9	9	9
10 min. Finais	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
Melhora (%)	-40%	-40%	-55%	-50%	-40%	-40%	-40%	-40%	-40%	-40%	-40%	-40%

Tabela 6 Emoções Negativas

O percentual médio de melhora do início para o final dos encontros foi de 49% com amplitude de 20%. Os maiores percentuais de melhora foram registrados no 3º e 4º encontros atingindo 60%.

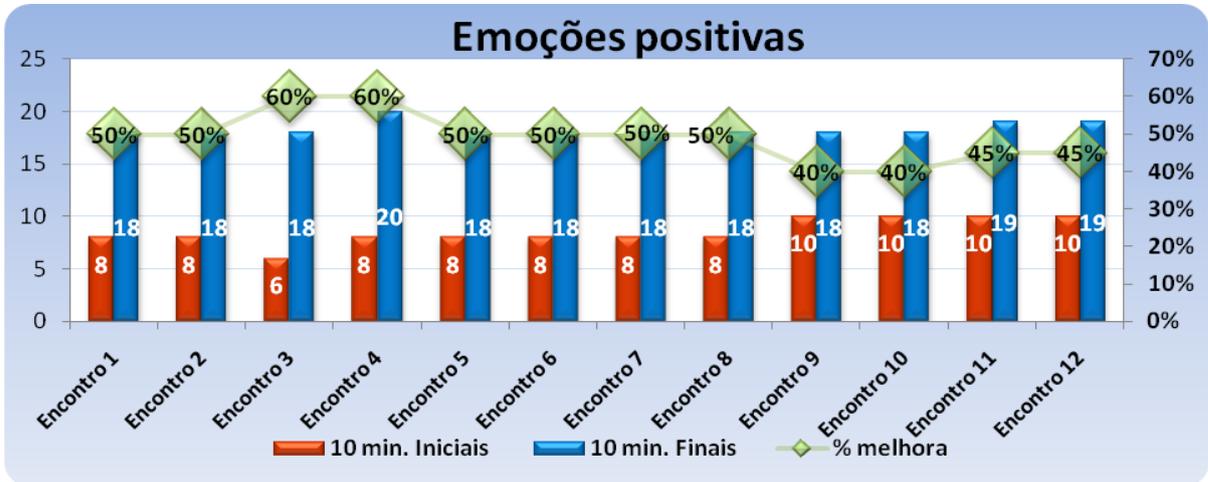


Figura 08 apresentação QP 3 - Emoções positivas

Há um decréscimo dos sentimentos negativos no período final do atendimento, com uma discreta melhora nos minutos iniciais.

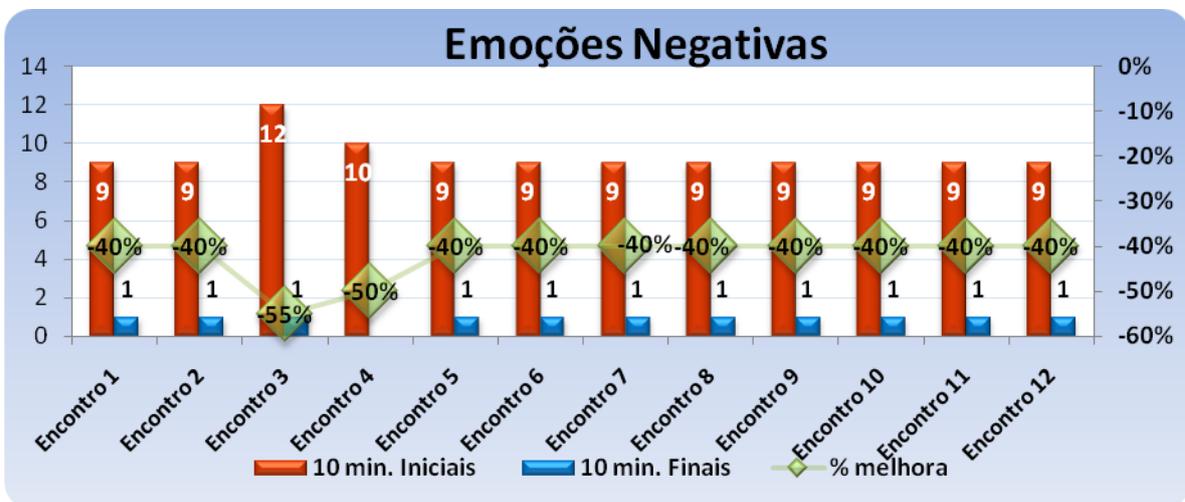


figura 09 apresentação QP4 –Emoções Negativas

Médias (%) -42%

Amplitude (%)15%

De maneira análoga ao exposto ao lado, verificamos que as emoções negativas diminuíram em média 42% com amplitude de 15%, sendo que a melhora mais significativa foi registrada no 3º encontro.

Dotti, (2005, p. 34), refere que o animal é agente facilitador para a terapia, onde pode ser considerada a ponte de comunicação entre o terapeuta e o paciente/ usuário, ele dá ressonância as sentimentos e favorece sua exteriorização, transformando esses sentimentos, o autor ainda refere: “ O animal é um catalisador, ele atrai, modifica e faz a conexão entre dois elementos: a pessoa e o profissional.” (Ibidem 2005, p.34)

- QP1 Relacionamento com outras pessoas – 4 Comunica-se verbalmente?

Comunicação Verbal	Encontro 1	Encontro 2	Encontro 3	Encontro 4	Encontro 5	Encontro 6	Encontro 7	Encontro 8	Encontro 9	Encontro 10	Encontro 11	Encontro 12
10 min. Iniciais	18	16	15	17	16	18	16	16	18	19	20	20
10 min. Finais	19	19	18	20	19	19	19	19	19	20	20	20
Melhora (%)	5%	15%	15%	15%	15%	5%	15%	15%	5%	5%	0%	0%

Tabela 7 - Comunicação Verbal

Verifica-se, que embora haja registro de melhora na comunicação verbal em quase todos os encontros, não há como evidenciar a força do tratamento aplicado, pois amplitude de variação registrada foi de 15% e o percentual máximo de melhora também foi de 15%. Isso se deve ao fato de que em média 87% dos pacientes já apresentavam comunicação verbal no início do tratamento.

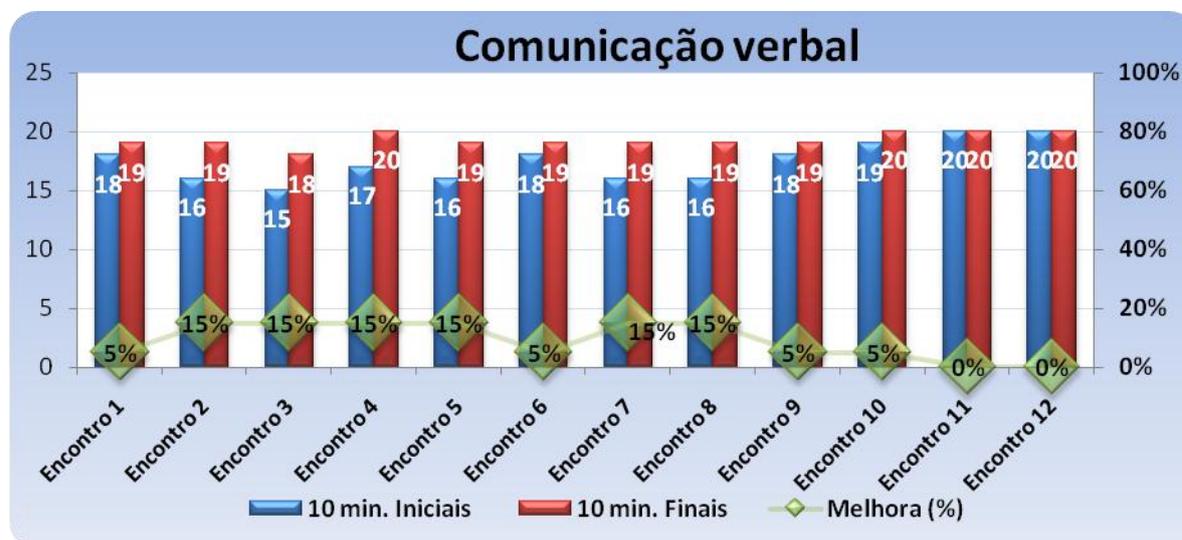


figura 10 apresentação QP5 - Comunicação Verbal

A título de ilustração será descrito uma situação observada com paciente, com diagnóstico de Transtorno Global do Desenvolvimento (encontro numero 07):

... durante o atendimento, terapeuta solicita: “Vamos escovar o “cabelo” do Átila, pois ele deve ter acordado e se esquecido de pentear os cabelos, por estar atraso a chegar aos atendimentos” C responde para terapeuta, buscando o contato proximal do cão. Referindo em sua defesa: “não briga com ele... tadinho eu não consigo e minha mãe me ajuda... pode ser que a mãe dele não o ajudou e ele precise que eu o ajude...”

- QP1 Relacionamento com outras pessoas – 5 - Comunica-se por gestos amigáveis e/ou sorrisos, demonstrando prazer e bem estar no convívio social?

	Encontro 1	Encontro 2	Encontro 3	Encontro 4	Encontro 5	Encontro 6	Encontro 7	Encontro 8	Encontro 9	Encontro 10	Encontro 11	Encontro 12
10 min. Iniciais	9	9	6	8	9	9	9	9	8	10	10	10
10 min. Finais	18	17	16	18	17	18	17	17	18	20	20	20
% (sim)	45%	40%	50%	50%	40%	45%	40%	40%	50%	50%	50%	50%

Tabela 7 - Comunicação não Verbal

Houve melhora significativa na comunicação não verbal dos pacientes, pois o percentual médio de melhora foi de 46% com amplitude de 10%. Cabe ressaltar que os maiores percentuais de melhora foram registrados já no 3º e 4º encontros

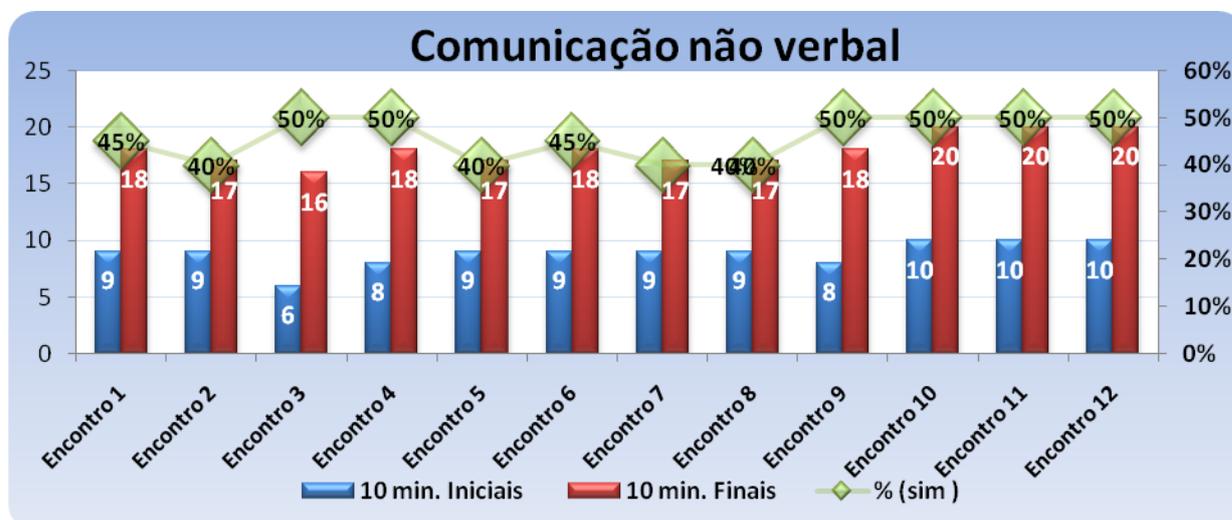


Figura 11 apresentação QP6 Comunicação Não verbal

Podemos verificar que as observações denotam que os animais auxiliam nas técnicas de atendimento, independente de sua patologia ou modalidade terapêutica, a TAA como já comentado inicialmente, documentada originalmente pelo Drº Boris Levinsosn, que defende que a habilidade dos animais não oferece ameaça alguma a criança, mas sim afeição incondicional. Há estudos que indicam o TAA, oferece sensações mais confortáveis quando permeiam sentimentos de abandono, solidão e infelicidade (SERPEL, 1999). Assim sendo, os animais poderão fazer a ponte, e este poderá alcançar o paciente de forma mais rapidamente. (FRIDMANN, KATCHER, 1983)

O toque pode facilitar a comunicação não verbal e a interação social, incluindo a expressão de sentimentos. É uma via de mão dupla, onde dois ou mais elementos se expressam. Nesta proposta, o toque tem apresentado resultados benéficos a pessoas deprimidas, doentes, estressadas, por meio de vários recursos, entre eles massagens, visitas

(Doutores da Alegria) que mesmo através de um simples contato, se faz no toque um componente vital entre as relações. Nesse sentido o ato de afagar um animal, já atribui à sensação de conforto e bem estar, dando a satisfação da utilidade e alegria. Os animais promovem mais interação com o meio aumentando assim as condições de comunicação, além de servirem de apoio emocional. (MARTIN, FARNUM, 2002)

- QP1 Relacionamento com outras pessoas - 6 atitudes agressivas verbais ou gestuais?

Atitudes agressivas ou gestos verbais	Encontro 1	Encontro 2	Encontro 3	Encontro 4	Encontro 5	Encontro 6	Encontro 7	Encontro 8	Encontro 9	Encontro 10	Encontro 11	Encontro 12
10 min. Iniciais	3	3	4	2	3	3	3	3	5	5	5	5
10 min. Finais	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>Melhora (%)</b>	<b>-50%</b>	<b>-50%</b>	<b>-60%</b>	<b>-33%</b>	<b>-50%</b>	<b>-50%</b>	<b>-50%</b>	<b>-50%</b>	<b>-67%</b>	<b>-67%</b>	<b>-67%</b>	<b>-67%</b>

Tabela 8 - Atitude agressivas

Observa-se frente à visualização dos dados que houve reduções das taxas de atitude agressivas, verbais ou gestuais.

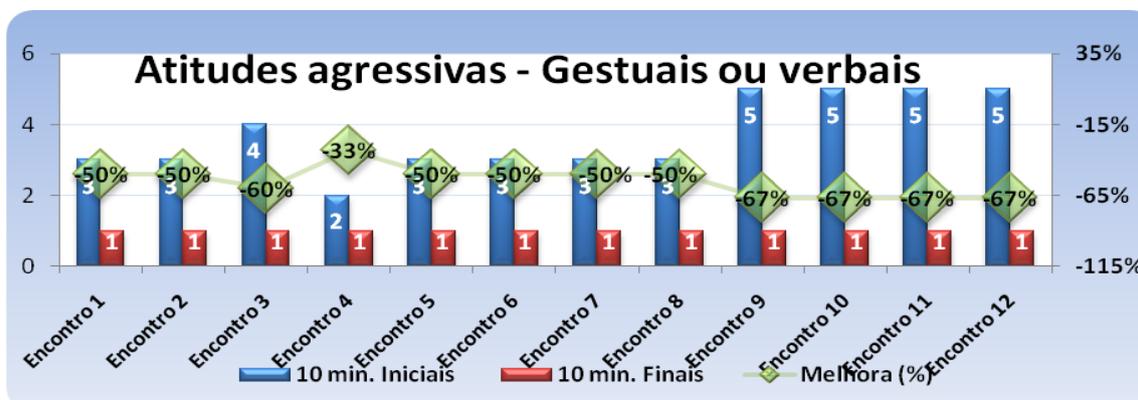


Figura 12 apresentação QAt Atitudes Agressivas

Para esta característica não é relevante mencionarmos a média ou a amplitude dos percentuais de melhora do comportamento, porque o 4º encontro possui apenas três observações a serem avaliadas e prejudica a apuração dos resultados. A mediana apresenta-se mais atrativa uma vez que esta é uma medida de centralidade dos dados mais robusta, ou seja, menos susceptível a valores extremos. Assim sendo, é possível dizer que houve melhora significativa no comportamento dos pacientes, pois houve redução dos comportamentos agressivos em todos os encontros.

Observou-se que os pacientes com Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD) apresentavam condições por vezes até agressivas, que causavam prejuízo às habilidades de

interação e comunicação social. Essa condição, como inerente a patologia, não tem cura absoluta, mas existem tentativas de controles sintomáticos para a doença. (BALLONE G.J., 2001). Relatos de estudos na Universidade Estadual de Washington demonstraram que os cães podem chamara a atenção de crianças autistas. Este estudo foi conduzido por François Martin e sua equipe, através de registros de imagem, onde contava com um terapeuta com uma bola, outro com bicho de pelúcia e o ultimo com um cão. Ao final de 45 sessões, observou se que essas crianças olhavam o cão e conversavam com ele, por um período maior que os outros das duas situações. (BECKER e MORTON, 1986, p.187).

- QAt – Relação com a atividade – Demonstra compreender as regras das atividades propostas pelo terapeuta e colabora mostrando interesse ou motivação?

Os dados apresentados são significativos, pois demonstram a utilização do cão como modelo, e agente favorecedor de situações de aprendizagem, quando percebemos a efetivação da condição de demonstrar compreensão através da imitação.

	Encontro 1		Encontro 2		Encontro 3		Encontro 4		Encontro 5		Encontro 6		Encontro 7		Encontro 8		Encontro 9		Encontro 10		Encontro 11		Encontro 12	
	10 Min. Inic.	10 Min. Fin																						
Demonstra	4	2	4	5	3	6	2	5	4	5	4	2	4	5	4	5	2	4	2	4	2	4	2	4
Demonstra por imitação	0	18	0	15	0	14	0	15	0	15	0	18	0	15	0	15	0	16	0	16	0	16	0	16
Não demonstra	16	0	16	0	17	0	18	0	16	0	16	0	16	0	16	0	18	0	18	0	18	0	18	0

Tabela 9 - Compreensão

Com relação à apresentação gráfica dos dados, houve a necessidade de mudar a visualização e o tipo de gráfico, pois existem fatores interessantes que seriam omitidos se utilizássemos a análise feita nos anteriores.

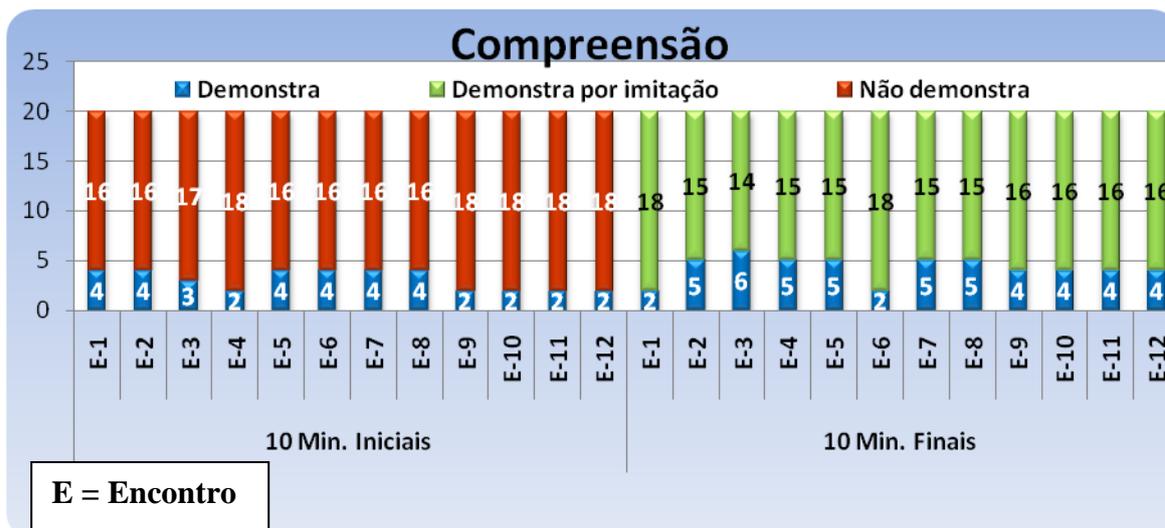


Figura 13 - Compreensão 1

Como se percebe que em média 80% dos pacientes não apresentaram compreensão, das propostas realizadas, por conta da dificuldade imposta pela patologia, nos primeiros 10 minutos, entretanto, esses mesmos pacientes apresentam, nos 10 minutos finais, pelo menos uma das duas formas de compreensão abordadas. É importante ressaltar que do total de pacientes que não apresentaram compreensão nos primeiros 10 minutos, aproximadamente 93% demonstraram compreensão por imitação nos 10 minutos finais e 7% compreensão "própria", isto é, depois da aplicação do tratamento todos os pacientes demonstraram compreensão, seja por imitação ou não.

usando as palavras do próprio Piaget (1977), dá-se o desenvolvimento da função simbólica, por meio da qual um significante (ou um sinal) pode representar um objeto significado, além do desenvolvimento da representação, pela qual a experiência pode ser armazenada e recuperada". (SCARPA, 2001, p.210)

Segundo FARIA (1998), os esquemas cognitivos, os quais conduzem à formação da inteligência, têm necessidade de serem repetidos, podendo vivenciar a mesma atividade por varias vezes.

Para Vygotsky (1994, citado por OLIVEIRA, DIAS, ROAZZI, 2003), o prazer não pode ser considerado a característica definidora do brinquedo, como muitos pensam, uma vez que, na verdade, ele preenche várias necessidades que geram motivos que impelem a criança à ação. São exatamente estas necessidades que fazem a criança avançar em seu desenvolvimento.

Nesse sentido, os registros das observações sugerem que o cão, além de estimular capacidades cognitivas superiores, através de estímulos sensoriais, motores e afetivos, tem

forte função lúdica no processo terapêutico, sendo visto como que um brinquedo vivo, capaz de dar respostas imediatas e interativas sem programação, ao estímulo ocasionado pela paciente.

O jogo não é simplesmente um “passatempo” com o objetivo de distração, ao contrário, corresponde a uma profunda exigência do organismo e ocupa lugar de extraordinária importância, seja ela na escola, ou área do atendimento à saúde. Estimula o crescimento e o desenvolvimento, a coordenação muscular, as faculdades intelectuais, a iniciativa individual, favorecendo o advento e o progresso da palavra. Estimula ainda a observar e conhecer as pessoas e as coisas do ambiente em que se vive. Através da situação lúdica, na qual inclui se o TAA, o indivíduo pode brincar naturalmente, testar hipóteses, explorar toda a sua espontaneidade criativa.

Assim sendo, o lúdico, tem papel marcante e essencial para que seja manifestada sua criatividade, utilizando suas potencialidades de maneira integral. É somente sendo criativa que a criança descobre seu próprio eu. (TEZANI, 2004).

Com relação ao item relação com o animal, não houve variação neste aspecto, pois 100% dos pacientes interagem com o animal.

No intuito de melhor registrar as ações observadas, registrou se fotograficamente algumas atividades, sobre o objetivo terapêutico estabelecido previamente.

Objetivos do tratamento: Melhorar o controle de cabeça e tronco.

Atividades propostas em TAA: Escovar o cão em diferentes posições, jogar a bolinha para o cão, imitar o cão em posição de gato.



Figura 14 atendimento TAA Controle Motor

Objetivos do tratamento: Melhorar o equilíbrio global.

Atividades propostas em TAA: Escovar o cão em diferentes posições, levar o cão para passear em terrenos estáveis e instáveis com ou sem obstáculos, elevar um dos membros e fazer o cão passar por baixo, imitar a marcha do cão – engatinhar.



Figura 15 atendimento TAA Equilíbrio

Objetivos do tratamento: Estimular reações de proteção.

Atividades propostas em TAA: Imitar o cão, levar o cão para passear, elevar uns dos membros para criação de obstáculos para o cão.



Figura 16 atendimento TAA Reação de Proteção

Objetivos do tratamento: Estimular adoção das posições sentado, gato, ajoelhado, semi ajoelhado e ortostatatismo.

Atividades propostas em TAA: Escovar o cão em diferentes posições, levar o cão para passear, elevar uns dos membros para criação de obstáculos para o cão, jogar a bola para o cão.



Figura 17 atendimento TAA Adequação de Postura

Objetivos do tratamento: Melhorar a coordenação motora

Atividades propostas em TAA: Escovar o cão em diferentes posições, levar o cão para passear, vestir o colete no animal, brincar com os joelhos colados no colete, arremesso a distância da bola, elevar uns dos membros para criação de obstáculos para o cão.



Figura 18 atendimento TAA Coordenação Motora

Objetivos do tratamento: Melhorar a marcha

Atividades propostas em TAA: Levar o cão para passear em diferentes tipos de terrenos



Figura 19 atendimento TAA: Treino de Marcha

Os registros fotográficos evidenciam grande satisfação na atividade proposta, com foco no animal, e empenho no alcance das solicitações estabelecidas pelos terapeutas.

Assim sendo, percebeu se que de forma bastante similar, os quadros de patologias evidenciam características aproximadas durante os atendimentos, havendo incidências dos mesmos comportamentos observados .

A seguir apresenta se uma breve e sucinta reunião de evidencias:

<b>Grupo de paciente em estimulação global</b>	<b>Período inicial (10 minutos) da observação</b>	<b>Período final da observação</b>
<b>Relação com as pessoas</b>	Os pacientes integram as orientações estabelecidas pelo terapeuta como uma regra lúdica como uma nova brincadeira. A condição de respeito mútuo e democracia no grupo são respeitadas.	Observou-se maior tolerância e menor resistência à permanência dentro das atividades propostas pela terapeuta, uma vez que o animal é colocado como modelo desse comportamento.
<b>Relação com a atividade</b>	Observa-se maior prontidão para o início das atividades e organização interna do grupo.	Diminuição da dispersão.
<b>Relação com o animal</b>	Evidencia prazer na atividade proposta, sem restrição ou queixas.	O prazer pela atividade é bastante evidenciado na relação entre paciente e animal, ficando o terapeuta como um moderador e coadjuvante.

Tabela 10 - Pacientes de Estimulação Global

Procurou-se aqui registrar os achados, onde as características eram peculiares a pacientes de diferentes grupos, porém de igual natureza de hipótese diagnóstica:

<b>Pacientes com Paralisia Cerebral</b>	<b>Período inicial (10 minutos) da observação</b>	<b>Período final da Observação</b>
<b>Relação com as pessoas</b>	Observa-se que o paciente nos primeiros atendimentos mostrava-se curioso pela proposta, porém com grande confiança e motivação. A questão das manobras a serem realizadas em terapia era realizada sem resistência, ou nem dada tamanha relevância.	A comunicação apresentava-se de forma mais efetiva e determinada. Demonstra prazer e satisfação pelas atividades propostas. Maior iniciativa e diminuição de comportamento de reserva ou restrição.
<b>Relação com a atividade</b>	É observada maior concentração quanto às ordens passadas pela terapeuta.	Denota maior controle e resistência à atividade observada.
<b>Relação com o animal</b>	Evidencia prazer na atividade proposta, sem restrição ou queixas.	O prazer pela atividade é bastante evidenciado na relação paciente e animal, ficando o terapeuta como um moderador e coadjuvante

Tabela 11 - Pacientes com Paralisia Cerebral

Ao finalizar o período da observação não participativa, com o objetivo de ainda complementar o objetivo de delinear o objetivo geral, convocou-se os pais e/ou representante legais para aplicar a escala Achenbach, conforme descrito em procedimentos.

A partir das respostas colhidas buscou-se a sistematização de todas as questões trabalhadas junto aos pais, sendo 45 questões de abertas e semi abertas e 113 questões

fechadas, nas quais utilizou-se como categorias de respostas, as seguintes atribuições de valores, conforme definido pela autora, sendo:

0 = Não é verdadeira;

1 = Um pouco verdadeira ou algumas vezes verdadeira e;

2 = Muito verdadeira ou frequentemente verdadeira.

Devido à grande extensão do questionário, contando tantas questões, optou-se por uma seleção das questões do instrumental que enfocassem aspectos relacionados à sociabilização dentre outros, as quais se referem às páginas três e quatro do instrumental referido

Questão - 19	Comporta-se de maneira infantil para sua idade
Questão - 31	Desastrado ou tem falta de coordenação
Questão - 30	Seus trabalhos escolares são fracos
Questão - 22	Não consegue concentrar-se, não consegue ficar atento muito tempo
Questão - 21	Não termina as coisas que começou
Questão - 33	Prefere estar com crianças/adolescentes mais novos
Questão - 37	Desatento ou se distrai facilmente
Questão - 29	É muito medroso ou ansioso
Questão - 38	Tem problemas de fala
Questão - 23	Agarra ao adulto ou é demasiadamente dependente
Questão - 25	É desobediente em casa
Questão - 36	Muito acanhado ou tímido

Tabela 12 - Relação Questão Objetivo

Sugere-se observar os aspectos abaixo selecionados, quanto os desempenhos apresentados nas questões relacionadas à questão da sociabilização, conforme o objetivo geral do presente trabalho.

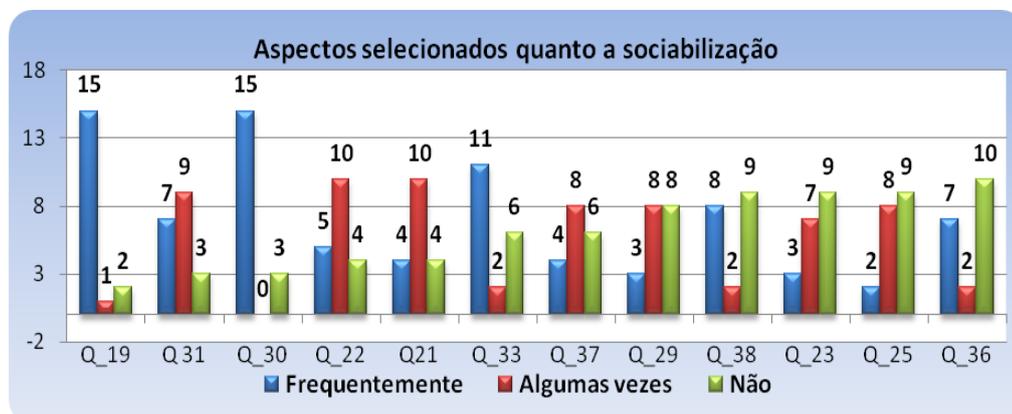


Figura 20 aspectos Relacionados Quanto a Sociabilização

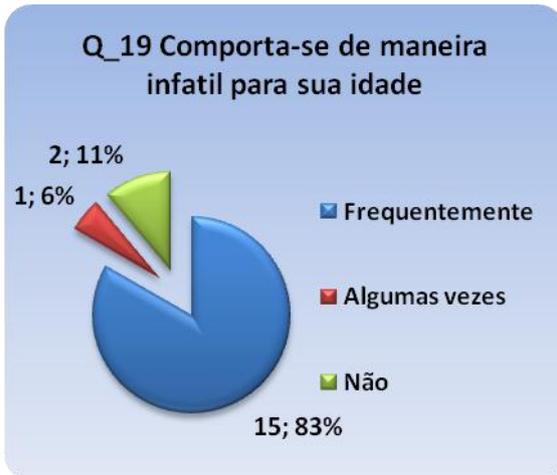


Figura 21 Comportamento Pueril

É sabido que uma característica bastante manifesta no deficiente intelectual diz respeito a comportamentos e atitudes abaixo do esperado para sua faixa etária, principalmente em situações que demandam uma abstração maior.



Figura 22 Comportamento desastrado ou com dificuldade de coordenação

Embora inerente ao quadro patológico aparece a questão da desatenção e a dificuldade de coordenação, conforme mencionado por Bartalotti (2004).

Nesse sentido, segundo o autor, devemos ter claro que a Deficiência Intelectual é uma condição do sujeito, e deve ser compreendido não como um diagnóstico estanque, mas como um processo, e dessa maneira a intervenção é voltada para a promoção do desenvolvimento global, com ênfase na construção de instrumentos cognitivos para a ação, o mais autônoma possível:

O terapeuta realiza uma intervenção, na qual tem como papel principal desenvolver junto ao seu cliente, possibilidades de partilha de dignificados e construção de instrumentos motores, psíquicos e sociais para uma vida plena e produtiva (p.246) .

Dentre essas questões os desempenhos nas atividades sociais e disciplinas escolares não apresentam diferenças significativas em relação ao sexo. Desempenho nas disciplinas escolares em relação á média: Este item nos mostra que 16, das 20 unidades amostrais pesquisadas, apresentam desempenho nas disciplinas escolares abaixo da média, ou seja, 84% dos indivíduos estudados apresentam rendimento insatisfatório.



Figura 23 Não consegue concentrar-se, não consegue ficar atento muito tempo

O gráfico acima corrobora com a questão com relação à dificuldade escolar, diretamente relacionada com a questão da dificuldade de concentrar se e a sustentação da concentração.

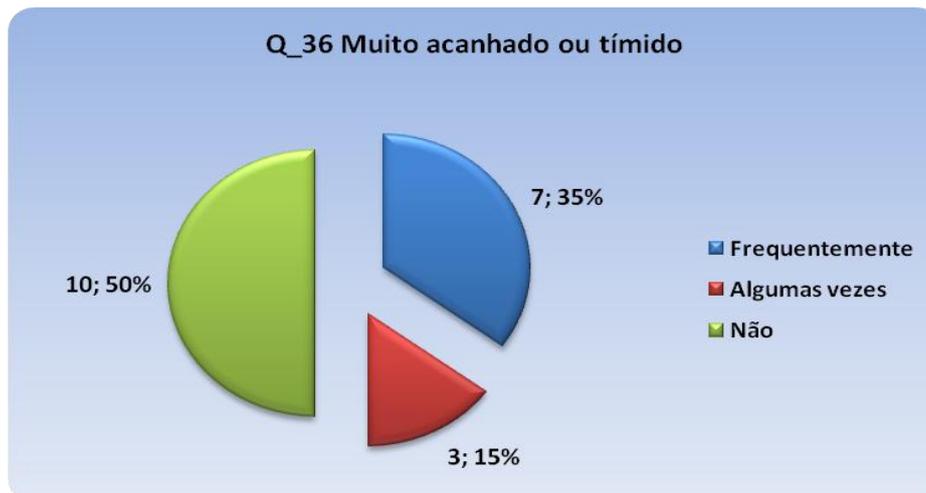


Figura 24 Muito acanhado ou tímido

Observa-se que com relação à timidez, não percebe se como característica relacionada especificamente à patologia, podendo ser vista como uma característica relacionada à questão de personalidade individual, que poderia ser igualmente evidenciada em pacientes com ou sem deficiência.

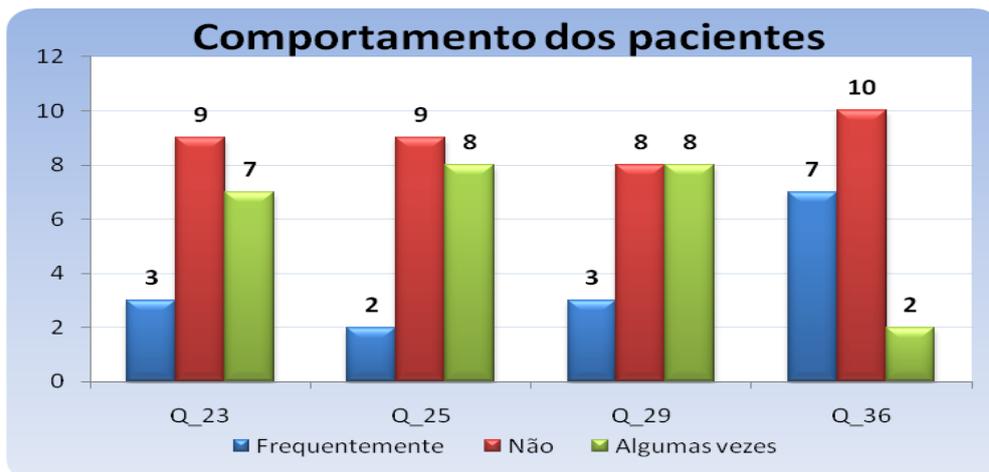


Figura 25 Comparativo de comportamento dos pacientes

Como Ballone (2001) refere que o funcionamento adaptativo da pessoa com Deficiência Intelectual, pode ser influenciado por vários fatores, o que inclui educação, treinamento ou reabilitação, motivação, características de personalidade, oportunidades sociais e vocacionais, necessidades práticas e condições médicas gerais. Em termos de cuidados e condutas, os problemas na adaptação habitualmente melhoram com esforços terapêuticos, sem aumento do QI, o qual tende a permanecer mais estável.

O autor chama a atenção para o sistema qualitativo de classificação da Deficiência Intelectual, o qual possibilita refletir para o fato de que muitos deficientes não apresentam limitações em todas as áreas das habilidades adaptativas, portanto, nem todos precisam de apoio nas áreas que não estão afetadas, recomendando que não se deva supor portanto, de antemão, que as pessoas deficientes intelectualmente não possam aprender a ocupar-se de si mesmos.

Estudos revelam, como Ballone (2001), que hoje felizmente a maioria das crianças deficientes intelectuais pode aprender muitas coisas, chegando à vida adulta de maneira relativamente independente e, o mais importante, tendo a oportunidade de desfrutar a vida. Assim sendo, os resultados deste estudo corroboram para que se reflita sobre a relevância da interferência positiva na história de vida do paciente, particularmente, do apoio familiar e clínico que gerem oportunidades de ação, de autonomia e de interação para essas crianças e adolescentes.

Nesse sentido, neste estudo, ao se estudar a Deficiência Intelectual, destacam-se os conceitos de Inteligência Social e Inteligência Pragmática, que abordam a habilidade para

compreender e interagir com as demais pessoas e com as coisas, ou seja, para atuar adequadamente nas relações humanas e na vida prática. Segundo os atuais critérios de definição da Deficiência Intelectual, segundo o mesmo autor ainda, esta seria predominantemente a incapacidade de adaptação satisfatória ao ambiente social, portanto, predominantemente relacionada às inteligências Social e Pragmática.

Segundo o autor, ao estudar o Deficiente Intelectual na vida em sociedade, não são apenas as Inteligências Sociais e Pragmáticas as únicas responsáveis pelo bom trânsito em meio aos seus pares e para lidar com as coisas, mas, para aprimorar o relacionamento com os outros e consigo própria, a pessoa deve dispor também de outra inteligência, a Inteligência Emocional.

Os recentes estudos sobre a Inteligência Emocional procuram explicar porque certas pessoas com um QI elevado frequentemente falham na vida social, enquanto outras, com um QI mais modesto se destacam surpreendentemente. A Inteligência Emocional seria então a habilidade de autocontrole, de cuidados sociais e pessoais, a determinação e a capacidade de motivação, podendo ser para um segundo posterior momento de aprofundamento temático.

Neste sentido, frente aos dados apresentados que, TAA, associada à prática de reabilitação clínica convencional, implicou em maior eficiência terapêutica, frente ao alcance mais imediato de objetivos estabelecidos, favorecendo sim, a melhora de aspectos relacionados ao prazer em determinada situação, bem estar e alegria, atribuídos ao fato da influência positiva do lúdico no desenvolvimento cognitivo e motor das crianças em decorrência da interação homem-animal.

Desta forma, observa-se que muitos comportamentos são inerentes a questão imposta pela patologia, por deve se considerar aspectos próprios de personalidade que são bastante decisivos em qualquer indivíduo, seja ele portador de deficiência intelectual ou não. Porém, ao considerarmos que o processo reabilitacional é vital para uma melhora na condição adaptativa do indivíduo, enquanto processo de estimulação, crescimento e potencialidades; a TAA desenvolve um grande benefício na condição da melhora da sociabilização, uma vez que os resultados evidenciam um favorecimento no alcance dos objetivos estabelecidos, sendo sim agente motivador e de promoção de qualidade de vida.

- **ENTREVISTA COM OS PAIS E/OU RESPONSÁVEIS**

Os dados obtidos nas entrevistas com os pais/responsáveis sobre os atendimentos com a modalidade TAA revelaram uma percepção positiva dos mesmos. De forma unânime, os pais/responsáveis referiram que seus filhos demonstram frente aos atendimentos:

- **Motivação:** houve vários relatos quanto ao maior interesse e expectativa com o atendimento terapêutico agendado, apresentando desejo e compromisso com a frequência. Muitos deles, mesmo com as dificuldades cognitivas, começavam a estabelecer de alguma forma, estruturas para contar o dia dos próximos atendimentos.
- **Maior autonomia** por parte da criança e maior conscientização da mesma, quanto a delegar novas responsabilidades. Essa autonomia, passa por processos de inversões de papéis percebendo que seu filho demonstra maior conscientização do que estão fazendo, mobilizando-os a superar suas dificuldades. A seguir segue a título de ilustração, uma citação referida por uma mãe que acompanha sua filha em treino de marcha.

“Eu mesma me emocionei a ver minha filha conduzindo o cão a passeio sozinho, mesmo em sua cadeira de rodas – foi emocionante, ver o quanto ela é capaz” – Genitora de paciente portadora de Deficiência Intelectual e Portadora de Paralisia Cerebral

O momento de entrevista foi de grande riqueza para visualização concreta do quanto os pais possuem um olhar em relação aos seus filhos de pouco potencial e grande limitação, conforme descrito inicialmente sobre a relação da deficiência intelectual x mental neste presente estudo.

Desta forma observa-se que além do favorecimento direto nos atendimentos terapêuticos, favorece de forma indireta a valorização e reconhecimento dos potenciais e condições evolutivas dos pacientes.

A definição de objetos transacionais, segundo D.W. Winnicott liga a necessidade da criança de eleger um objeto que lhe permite passar do mundo subjetivo para o objetivo, realizando as primeiras transições entre relação com os pais e o mundo exterior real. Nesse aspecto o cão ou animal, serviriam de apoio emocional, para experiências que teriam uma forte carga emocional. O animal como objeto transacional, além de suprir tais necessidades, é capaz de oferecer suporte. Crianças e idosos vêem os animais como seus amigos especiais, membros importantes da família e seres que proporcionam interações sociais, afeição e apoio

emocional (TRIBENBACHER, 1998) Dessa forma, o cão é um objeto transacional vital no processo de restabelecimento de vínculos com outros seres humanos (CHARNAUD,2000).

#### • ENTREVISTA COM OS TERAPEUTAS

No objetivo de melhor compreender os motivos pelos quais alguns terapeutas de abordagens clínicas diferentes lançam mão desse procedimento, sendo uns dos objetivos específicos deste trabalho: verificar a percepção dos profissionais sobre a TAA, inclusive sobre a sua utilização mediando seus objetivos, estabeleceu-se um momento de entrevista não dirigida, conforme descrito anteriormente.

Observou-se que diante de todo o quadro de técnico profissional, apenas uma pequena parcela manifesta interesse por essa abordagem, com interesse predominante na manutenção da realização dos atendimentos convencionais, pela grande maioria.

É uma condição, segundo todos os entrevistados, para a realização desta abordagem terapêutica, a aceitação da relação homem e animal, não podendo haver por parte do profissional disposto a lançar mão dessa modalidade, medos ou inseguranças. Como característica peculiar, todos possuem animais domésticos e referem alguma experiência informal com a convivência, embora reconheçam que muitos colegas não acreditam nos benefícios observados e vivenciados por eles.

Os seis terapeutas entrevistados acreditam que não existam restrições quanto à utilização da TAA nas demais patologias. Identificam a TAA como a modalidade preferida dentro do quadro de seus pacientes assistidos. Assim sendo, relatam:

“essa atividade é preferida em geral pelas crianças devido à simpatia que os cães conquistam” (Psicóloga equipe TAA).

“Os resultados aparecem mais rapidamente, pois o paciente se sente motivado ao interagir com o cão e isso tira o foco do problema” explica a terapeuta ocupacional que integra a equipe de profissionais de TAA.

Relatam também que, “com cara de brincadeira”, a TAA vai aos poucos mostrando resultados nos tratamentos de pacientes como, por ex., de Paralisia Cerebral, Autismos e Deficiência Intelectual. É assim que, segundo a fisioterapeuta da equipe, um paciente com resistência em determinadas manobras terapêuticas, passa a utilizar-se do membro

comprometido, realizando atividades de forma lúdica, sem reserva ou restrição. Anteriormente o mesmo paciente entrava nos atendimentos chorando e recusando-se a colaborar com os atendimentos.

“é a terapia que mais gosta de fazer e por isso já conseguimos observar uma grande melhora do lado paralisado” refere à fisioterapeuta integrante da equipe de TAA.

Odendaal e Lehamann ( apud Odendaal, 2000) referem em seus estudos que tanto nos humanos como em animais, há uma mudança hormonal benéfica que ocorre nas endorfinas betas, phenilalamina, prolactina, dopamina e oxcitocina dentro de uma interação positiva de quinze minutos. A liberação dessas substância química não somente faz as pessoas felizes, mas também diminui o hormônio do estresse que é o cortisol.

Estudos recentes indicam que a interação homem-animal implica, favoravelmente, nos níveis de lipídios no sangue, glicose, bem como influencia positivamente na produção de substâncias pelo corpo, que impulsionam o sistema imunológico e ajudam o alívio da dor, dando uma sensação de bem estar (BECHER e MORTON, 1986)

Segundo os terapeutas o objetivo estabelecido é atingido de maneira diferente, sendo que o cão coloca-se de forma interlocutora, diferenciando o enfoque dado pelo paciente:

“O uso do cão como interlocutor diferenciado com o qual o paciente necessita melhorar a impostação vocal para ser atendido em sua ordem, obrigando-o a melhorar, motivando-o a trabalhar todas as áreas motoras orais defasadas descritas em seus objetivos de plano terapêutico.” (Fonoaudióloga integrante da equipe de TAA).

Todos os terapeutas colocam o animal como um aliado, um “apoiador” que auxilia dinamicamente a efetivação das terapias. É referido que um animal, em especial o uso do cão em seus atendimentos, é o melhor exemplo de “apoiador” ou co-terapeuta, fortalecendo fortemente o vínculo do paciente com o atendimento/ terapeuta. Assim sendo, o animal é o agente facilitador que contribui para uma melhor aceitação da realidade, através da motivação e prazer.

Refere-se ainda perceber aumento do pensamento crítico e, estimulando o cognitivo, um olhar mais amplo da realidade que o rodeia. A criança passa, por exemplo, no caso de cães, a observar outras raças, a trazer conteúdos mais amplos, começa a manifestar seu gosto por determinado cão e suas características, e conseqüentemente melhora seu poder de comunicação social e sua auto-estima aumenta sensivelmente. Na família, ele passa a ser

percebido como um indivíduo que apresenta preferências próprias, no caso de animais, o que devido à sua patologia, muitas vezes são vistos como incapazes de manifestar algum interesse.

Sintetizando, os resultados dos instrumentos utilizados convergem no sentido de apontar a validade da TAA como facilitadora da sociabilização das crianças/adolescentes com deficiência intelectual, com aumento da motivação e engajamento às intervenções, assim como, repercussões positivas em sua autonomia, em seu humor e em sua organização cognitiva temporal e narrativa linguística. Os terapeutas ressaltam o componente lúdico presente nas intervenções, o qual facilita atingir seus objetivos terapêuticos.

## 7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo, que visou avaliar o nível de sociabilização no comportamento da criança/adolescente com deficiência intelectual, em intervenção clínica em TAA, constatou uma predominância de pacientes com deficiência intelectual dentre os quadros de deficiência, seguido pelo de deficiência física, o que justifica também o foco desta pesquisa. Dentre os sujeitos com deficiência intelectual encontrou-se predomínio do gênero masculino, na faixa etária de 13 a 18 anos.

Os terapeutas que se utilizavam da TAA eram das áreas de Psicologia e Terapia Ocupacional. As observações das intervenções, no total de 240, sendo 12 encontros junto a cada um dos 20 pacientes, possibilitaram observar a interação da criança com o animal, mediada pela TAA, a qual, ao propiciar um ambiente lúdico favoreceu possibilidade de o terapeuta alcançar seus objetivos, uma vez que houve aumento da motivação, da interação e da atenção.

O cão foi visto pela criança de forma muito atraente e convidativa à participação, podendo-se realmente vê-lo como um objeto transicional, em leitura winnicottiana. Esta vivência causou aumento na aderência aos tratamentos prescritos, com interferência positiva na agilização do plano traçado de tratamento, onde a TAA coloca-se em ambiente facilitador para trabalhar todos os aspectos necessários e objetivados. Esta maior estimulação pela presença lúdica do cão, em situações de vivenciadas na terapia permitiu ao paciente desenvolver-se integralmente, imaginando, fantasiando, e construindo regras e realidades, resolvendo conflitos, às vezes de maneira mais concretizada, inclusive em situações de seu dia-a-dia, fora dos atendimentos, conforme relato dos pais.

O fato de as entrevistas junto aos terapeutas terem ocorrido de forma simultânea às observações, pode ter se constituído em uma variável comprometedora, uma vez que os mesmos tornaram-se mais conscientes do foco da pesquisa.

O estudo sugere que TAA, associada à prática de Reabilitação Clínica convencional, implique em maior eficiência terapêutica, frente ao alcance mais imediato de objetivos estabelecidos, comparados com atendimentos puramente convencionais, atribuídos ao fato da influência positiva do lúdico no desenvolvimento cognitivo e motor das crianças em decorrência da interação homem-animal, assim como no desenvolvimento integral das crianças/adolescentes, com ênfase em saúde social.

As investigações sobre essa prática, principalmente quanto aos efeitos positivos, carecem, contudo de pesquisas a serem desenvolvidas. Por mais que as situações nos apresentem efeitos positivos na intervenção mediada com um animal, faz-se necessária uma validação científica, inclusive perante a comunidade médica, na busca de conhecer melhor como emoções positivas, que resultam em alterações bio-psíquicas em nosso organismo, podem desencadear processos psicológicos voltados para a sociabilização. Pois ainda paira a questão: como a interação com o animal pode resultar numa melhora da saúde mental e física?

*“quanto mais nos preocupamos com os outros, maior se torna nossa sensação de bem estar. Cultivar um estreito e cálido sentimento em relação aos outros faz com que automaticamente nossa mente se alivie; ajuda-nos a remover medos e inseguranças e nos dá a força necessária para vencer qualquer obstáculo. É a fonte fundamental do eixo na vida”*

*(DALAI-LAMA, 1999)*

## Referências

ACHEMBACH, T.M. e RESCORLA, L.A **Guia para profissionais da saúde mental sobre o sistema de avaliação empiricamente baseado do ACHENBACH (ASEBA)** Um sistema integrado de avaliação a partir de múltiplos informantes, 4<sup>a</sup> edição, São Paulo, Laboratório de Terapia Comportamental, IPUSP: 2007

AJURIAGUERRA, J. **Manual de Psiquiatria**. Barcelona: Masson, 1977

AMARO, D. G. **Indícios da Aprendizagem de crianças com deficiências em escolas de educação infantil: roteiro de observação no cotidiano escolar**. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

ANTUNHA, E. L. G. e OLIVEIRA, V. B. **Processamento cerebral na resolução de quebra-cabeças informatizados**. In: VALLE, L. E. L. R.; Capovilla, F. C. (Org.). Temas multidisciplinares de neuro psicologia & aprendizagem. Ribeirão Preto: (editora), 2004,

BALLARINI G. **Uso terapeutico e profilattico degli animali familiari**. In: Obiettivi e Documenti Veterinari. Bologna, 1994

BALLONE, G.J. **Psiquiatria e Patologias Básicas**, São Paulo: Vetor, 2003

BALLONE G.J., **Estratégia de Tratamento Medicamentoso do Autismo Infantil, Depressão na Adolescência** in Psiqweb, <http://sites.uol.com.br/gballonr/infantil,2001>, acesso em 12.10.2010

BARTALOTTI, C. **"Nenhum de nós é tão esperto como todos nós"**: Construindo histórias de sucesso na inclusão de crianças com deficiência mental na creche. Tese de Doutorado em Psicologia da Educação. Programa de Estudos Pós-Graduados em Educação: Psicologia da Educação, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2004

BATES, A. Of patients and horses: Equine-facilitated psychotherapy. **Journal of psychosocial nursing and mental health services**. Journal of América. 2002, pp. 16

BARBA, B. E. The positive influence of animals: **Animal-assisted therapy in acute care**. **Clinical Nurse Specialist**, 9(4), 1995 pp . 199-202

BECK, A. M., SERAYDARIAN L. E HUNTER, G. F. Use of animals in the rehabilitation of psychiatric inpatients. **Psychological Reports**, 58(1), 1986, pp. 63-66,

BECKER, M. e MORTON **O poder curativo dos animais**. Rio de Janeiro: Ed. Bertrand, 1986

BRASIL, **Parâmetros Curriculares Nacionais**: adaptações curriculares, estratégias para a educação de alunos com necessidades educacionais especiais. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação. Brasília: MEC/SEF, 1999

BRICKEL, C. **Pet-facilitated therapies**: a review of the literature and clinical implementation considerations. **Clinical Gerontology**, 1986

BOUCHER, K. e WILL, L. **An overview of animal facilitated therapy.** Iowa State University Vet, 1992

CADERNOS DE SAUDE PUBLICA, vol 22 n° 03, Rio de Janeiro, 2006

CHANDLER, C. K. **Animal assisted therapy in counseling.** New York: Routledge. approach to animal-assisted therapy. *Anthrozoös*, 11 (3), pp. 172-176. (2005)

CHARNAUD, A, B. **Dogs as Transitional Objects in the treatment of Patients with Drug Dependently,** the SCAS Journal, UK, Summer, 2000

CHIEPPA, F. **A relação homem animal.** Disponível em: <<http://www.ao.com.br/pet.htm>.> Acesso em: 09 set.2010.

COHEN, L.; MANIOM, L. e MARRISON, K. **Research Methods in Educacion.** 5ª Edição. Londres: Routledge, 2000

CUNHA, N.H. **Brinquedos, desafio e descoberta: subsídio para utilização e confecção de brinquedos.** Rio de Janeiro: FAE, 1998

DARRAH, J.P. **A pilot survey of animal-facilitated therapy in southern California and South Dakota nursing homes.** Occupational Therapy International, 1996

DOTT, J. **Terapia e Animais.** São Paulo: Ed. Noética, 2005

FARIA, N.R.B **Buscando os limites do dado na aquisição da linguagem.** Disponível em <[http://sw.npd.ufc.br/abralin/anais\\_con2nac\\_tema014.pdf](http://sw.npd.ufc.br/abralin/anais_con2nac_tema014.pdf)>. Acessado em 18 ago. 2009

FAVE, A D. **Deficiência, reabilitação e desenvolvimento do indivíduo: questões psicológicas e trans-culturais.** Riberão Preto: Paidéia, 1999

FEDERAÇÃO DAS APAES DO ESTADO DE SÃO PAULO, **Prevenção - a única solução.** São Paulo: APAE, 1991

FERLAND, F. **O modelo lúdico: o brincar, a criança com deficiência física e a terapia ocupacional. 3.** Ed. São Paulo: Roca, 2006

FORNEIRO, L.I. **Organização do espaço escolar. Qualidade em Educação Infantil.** Tradução por Beatriz Affonso Neves. Porto Alegre: Artede, 1999

FRIEDMANN, A. **Brincar: crescer e aprender: O resgate do jogo infantil.** São Paulo: Editora Moderna, 1996.

FRIEDMANN E. e KATCHER A.H. "**Social Interaction and Blood Pressure: Influence of Animal Companions,**" *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171,1983

GRANGER, B. P.; KOGAN, L.; FITCHETT, J. & HELMER, K. **A human-animal intervention team.** TWA, 1998

JOFRÉ, M. **Visita Terapêutica de mascote em hospitais.** Disponível em: <<http://www.dogtimes.com.br/petrapia.htm> Acesso em 21 out. 2010.

JUNGED, W.S.A. **Atitude simbólica na obra de Carl Gustav Jung** Disponível em <http://symbolon.com.br/artigos/atitude.htm> acessado em 01/05/2008

KAUFMAN, S – **Animal Experimentation: Benefits to Humans Exaggerated**, Psyeta News, The Newsletter of Psychologists for the Ethical Treatment of Animals, Vol 22, 2002

KAY B. S. e RANDALL J.P. **Adaptive Behavior, Mental Retardation, and the Death Penalty**. Journal of Forensic Psychology Practice, Vol. 6, Issue 3, 1-29.. 2006

KISHIMOTO, Tizuco. **Jogo, brinquedo, brincadeira e a educação**.Org. 7.ed. São Paulo: Cortez, 2003.

KLINGER, Karina. **Pesquisas mostram benefícios com animais**. Disponível em: <<http://www.folha.uol.com.br/equilibrio/noticias>>. Acesso em: 22 set. 2010.

KRYNSKI, S. et. al. **Novos rumos da deficiência mental**. São Paulo: Sarvier, 1983.

LAKATOS, E.M; MARCONI, M.A: **Fundamentos de Metodologia Científica**, São Paulo, Ed. Atlas, 1985

LAVILLE, C.& DIONNE, J. Entrevistas, in \_\_\_\_\_. A Construção do saber: **Manual de metodologia de pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Artmed, 1999. P 186 -190.

LEVINSON, B. M. & MALLON, G. P. **Pet-Oriented Child Psychotherapy** 2nd ed. Springfield: Charles C Thomas Publisher, 1997

LUCKASSON, R et. al. **Mental retardation: definition, classification and systems of supports**. 9ª ed. Washington: AAMR, c1992, 1997.

MANTOÁN, M. T. **Ser ou estar: eis a questão – explicando o déficit intelectual**. Rio de Janeiro: WVA, 1996

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS. DSM IV.Tradução de Dayse Batista. 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

MARTIN F. e FAUNUM J. **Animal-assisted therapy for children with pervasive developmental disorders**. West J Nurses Res, College of Veterinary Medicine Washington State University, USA, 2002

MENDES, E. G.; NUNES, L. R. e FERREIRA, J. R. **Diagnóstico e caracterização de indivíduos com necessidades educacionais especiais: produção científica nacional entre 1981 e 1998**. Temas em Psicologia da SBP, 10 (1), 11-25, 2002

MISES, R. **A criança deficiente mental – uma abordagem dinâmica**. São Paulo: Zahar, 1977

MORAES, A.M.S.M; MAGNA, L.A. e FARIA, A.P. Prevenção da Deficiência Mental, em Marco de 2006 no site [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000300023&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000300023&script=sci_arttext), acessado em 12.10.2010

MOYLES, J. **Só brincar?: O papel do brincar na educação infantil**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002.

NEGRINE, A. **Brinquedoteca: Teoria e prática Dilemas da formação do brinquedista.** SANTOS, Santa Marli Pires (org). **Brinquedoteca: o lúdico em diferentes contextos.** Pet

NUNES, L. R. e FERREIRA, J.F. **Deficiência Mental : o que as pesquisas brasileiras tem revelado.** Tendências e Desafios da Educação Especial, Brasília, SEESP, 1994  
rópolis, RJ: Vozes, 1997.

ODENDAAL J. S. **Animal Assitented Therapy – magic or medicine?** Psychosom Res, Life sciences Research Institute, Technickon Pretoria, Private Bag x680,0001,Pretoria, South Africa, 2000

OLIVEIRA, S. S. G.; DIAS, M.G. e ROAZZI, A. **O lúdico e suas implicações nas estratégias de regulação das emoções em crianças hospitalizadas.** Psicol. Reflexvol.16, no.1, 2003

OLIVEIRA, V. B. e MÁXIMO, I. M. N. S. **Reabilitação lúdica da imagem corporal.** Boletim da Academia Paulista de Psicologia, São Paulo, 2005

OLIVEIRA, V. B.e MILANI, D. **A representação lúdica e gráfica em crianças com síndrome de Down.** Boletim da Academia Paulista de Psicologia, São Paulo, 2003

OLIVEIRA, V.B. **O Brincar no Hospital e a Aderencia ao Tratamento.**In SIQUEIRA, MM M; Jesus S N; Oliveira V B (org) Psicologia da Saude: Teoria e Pesquisa . São Bernarso do Campo, UMESP, 2007

PIAGET, J. **A construção do real na criança.** Trad. Álvaro Cabral, Rio de Janeiro, 1977

PUGLIESE A. e CRISCIONE, L. **Pet therapy in bambine i stituzionalizzate.** In: Obiettivi e Documenti Veterinari, n° 7-8/ – Edagricole Bologna, 1997

REVISTA BRASILEIRA DE TERAPIA COMPORTAMENTAL E COGNITIVA -  
Impressa ISSN 1517-554-5545

RIBEIRO, M.L.S. **O jogo na organização curricular para deficientes mentais.** Jogo, brinquedos, brincadeiras e a educação. São Paulo: Editora Cortez, 2005

SANTOS, E. **A teoria do Amadurecimento de D. Winnicott como ciência ôntinca da acontecência humna** – apresentação do projeto de doutorado .http//  
[www.psicanalisefilosofia.com.br/edere/doutorado.pdf](http://www.psicanalisefilosofia.com.br/edere/doutorado.pdf) 17 de julho de 2008

SASSAKI, R.K. **Inclusão. Construindo uma sociedade para todos.** Rio de Janeiro: WVA, 1991.

SCARPA, E.M. **Aquisição da linguagem.** In: MUSSALIM, Fernanda; BENTES, Ana Cristina. Introdução à lingüística: domínios e fronteiras. São Paulo: Cortez. v.2., 2001

SCHALOCK, R.L.; BAKER, P.C. e CROSER, M.P. **Embarking on a new century.** American Association On Mental Retardion, 2002

SERPELL, J. **Animals in Children's Lives,** University of Pensilvania, Society Animals journal of Human-Animals Stdies., vol 7, N2, 1999.

SILVARES, E. F. M. **Avaliação e intervenção clínica comportamental infantil**. In: E. F. M. Silveiras (org.): Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil, v. 1. Campinas: Papirus, 2006

STEVENS, K.B e PRICE R.Kay B. **Adaptive Behavior, Mental Retardation, and the Death Penalty**. *Journal of Forensic Psychology Practice*, Vol. 6, Issue 3, 1-29, 2006

TEZANI, T.C.R. **O jogo e os processos de aprendizagem e desenvolvimento: aspectos cognitivos e afetivos**. 2004. Disponível em: <http://www.psicopedagogia.com.br/artigos/artigo.asp?entrID=621>. Acesso no dia 16 de dezembro de 2010.

TRIBENBACHER, S.L., **Pets as transitional objects: their role in children's emotional development**. *Psychol Rep*, Department of child Development and Family Relations, East Carolina University, Greenville, 1998

TRUKSA, M.H. **A importância da comunicação homem animal**. Disponível em: [http://www.geocities.com/dadaeia2/cura\\_pelo\\_bicho.html](http://www.geocities.com/dadaeia2/cura_pelo_bicho.html) Acesso em: 12 out. 2010.

VERDUGO, M.A. **El cambio de paradigma en la concepcion del retraso mental: la nueva definicion de la AAMR**. *Ciclo Cero*, Vol. 25(3). Pág.5-25, 1994.

VICÁRIA, L. **A cura pelo bicho Terapia com animais ajuda a enfrentar algumas doenças, como depressão e paralisia cerebral**. Disponível em: <http://www.petsco.com.br/cura.php>. Acesso em: 05 out. 2010.

VYGOTSKY, L. S. **A formação Social da Mente**. São Paulo, Martins Fontes, 1991.

WEI, Y., OAKLAND, T. e ALGINA, J. **Multigroup Confirmatory Factor Analysis for the Adaptive Behavior Assessment Form**. *American Journal on Mental Retardation*, v113, n3, 178-186., 2008

## ANEXO A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Profissionais da Área da Reabilitação Clínica

Eu \_\_\_\_\_

Consinto, de minha livre e espontânea vontade, em participar do estudo sobre A INTERVENÇÃO DA TERAPIA ASSISTIDA POR ANIMAIS NA REABILITAÇÃO CLÍNICA DE CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS. O estudo se justifica pela importância de compreender os benefícios nesse recurso terapêutico, como agente motivador, objetivando assim a verificação dos benefícios em curto prazo para o processo terapêutico em que a criança está inserida. O procedimento adotado será a realização do atendimento semanal dos atendimentos clínicos, com a presença do cão adestrado e seu adestrador para acompanhamento de observação clínica não participativa e aplicação de escalas para a mensuração de dados observados, sendo garantido o sigilo e privacidade das informações recolhidas. A sua participação no estudo é de natureza espontânea e não acarretará nenhum desconforto ou riscos para sua integridade física ou emocional, muito menos represarias por parte da Instituição cedente. Asseguro-lhe total sigilo sobre o quadro clínico de seu paciente, quanto às informações colhidas, bem como sua abordagem profissional, visto que os dados serão analisados de forma coletiva visando a reunir todas as informações em uma única análise. A sua Participação na pesquisa não implicará custos, despesas, danos ou represálias para você e seu paciente (a) bem como não está prevista nenhuma forma de ressarcimento nem de indenização. Como o estudo acontecerá durante a realização de alguns atendimentos clínicos, a rotina e indicação clínica por você estabelecidas não será alterada sob nenhum aspecto. Eu como pesquisadora me coloco a sua disposição para maiores esclarecimentos sobre sua participação na pesquisa, antes, durante e após a realização da mesma. Você tem total liberdade para se recusar a participar da pesquisa, durante ou após a realização da mesma sem sofrer qualquer prejuízo de qualquer espécie. Objetiva-se ainda com essa pesquisa, melhor elucidar e sistematizar todos os benefícios dessa abordagem terapêutica por você utilizada, porém ainda pouco difundida, onde você contribuirá com a sistematização teórica dessa abordagem.

Eu, VIVIANE HEREDIA VIVALDINI, pesquisadora responsável pelo estudo, zelarei para que todos os procedimentos aqui descritos sejam cumpridos integralmente.

Fone: (11) 91572232

\_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local

\_\_\_\_\_  
Assinatura do técnico responsável pelo atendimento terapêutico

Documento de Identificação: \_\_\_\_\_

**Anexo B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
para Responsáveis legais dos Pacientes**

Eu \_\_\_\_\_

Consinto, de minha livre e espontânea vontade, em participar do estudo sobre A INTERVENÇÃO DA TERAPIA ASSISTIDA POR ANIMAIS NA REABILITAÇÃO CLÍNICA DE CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS.

O estudo se justifica pela importância de compreender os benefícios nesse recurso terapêutico, utilizados durante os atendimentos semanais, onde é observado grande interesse e prazer por parte dos pacientes, desta forma, é o objetivo, melhor compreender esses fatores dentro do processo de atendimento terapêutico em que se seu filho (a) esta inserido. O procedimento adotado será a realização do atendimento semanal dos atendimentos clínicos, com a presença do cão adestrado e seu adestrador para acompanhamento, onde será realizada a observação clínica não participativa e aplicação de escala para a mensuração de dados observados, onde você será solicitado a responder esse questionário, sobre suas percepções com relação ao benefícios quanto essa abordagem terapêutica, na qual seu filho é submetido se malmente, sendo a você garantido, o total sigilo e privacidade dos das informações recolhidas. A sua participação no estudo é de natureza espontânea e não acarretará nenhum desconforto ou riscos para sua integridade física ou emocional, muito menos represarias por parte da Instituição cedente. Asseguro lhe total sigilo sobre o quadro clinico da criança e informações colhidas, visto que os dados serão analisados de forma coletiva de forma a reunir todas as informações em uma única análise. A sua Participação na pesquisa não implicará custos, despesas, danos ou represalias para você e seu filho (a) bem como não está prevista nenhuma forma de ressarcimento nem de indenização. Como o estudo acontecerá durante a realização de alguns atendimentos clínicos em uma estimativa de 12 atendimentos, onde, a rotina e indicação clinicam não será alterada sob nenhum aspecto. Será solicitado em data previamente agendada, para que possa contribuir respondendo a um questionário que visa identificar mais comportamentos apresentados pela criança. O pesquisador se coloca a sua disposição para maiores esclarecimentos sobre sua participação. Você tem total liberdade para se recusar a participar da pesquisa durante ou após a realização da mesma, sem sofrer qualquer prejuízo de qualquer espécie. Vale ressaltar, que conforme a você informada pela Instituição, os riscos previstos são controláveis e previstos, e para tanto faz necessária a presença do adestrador nos atendimentos, minimizando possíveis margens. Porém, caso algum incidente venha a acontecer, a assistência será imediata, e você imediatamente acionado.

Eu, VIVIANE HEREDIA VIVALDINI SEIF, pesquisadora responsável pelo estudo, zelarei para que todos os procedimentos aqui descritos sejam cumpridos integralmente.

Fone: (11) 91572232

\_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Local

\_\_\_\_\_

Assinatura dos pais e ou responsáveis pela criança

Documento de Identificação: \_\_\_\_\_

**ANEXO C: Roteiro de observação de TAA, com foco  
na sociabilidade da criança**

***I-Identificação:***

Participante: \_\_\_\_\_

Terapeuta: \_\_\_\_\_ área \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ sessão \_\_\_\_ de 12

Local: \_\_\_\_\_

Técnica/ material:

***II- Roteiro descritivo***

**1-Relação com as pessoas**

A criança interage com os membros do grupo (terapeuta e demais crianças)?

\_\_\_\_\_

Como estabelece essa interação? \_\_\_\_\_

Demonstra emoções prazerosas ou de medo, insegurança ou raiva?

\_\_\_\_\_

Comunica-se verbalmente? \_\_\_\_\_

Comunica-se por gestos amigáveis e/ou sorrisos, demonstrando prazer e bem-estar no convívio social? \_\_\_\_\_

Ou por atitudes agressivas verbais ou gestuais?

\_\_\_\_\_

**2- Relação com a atividade**

Demonstra compreender as regras da atividade proposta pelo terapeuta e colabora, mostrando interesse ou motivação?

\_\_\_\_\_

**3-Relação com o animal**

Demonstra prazer em observá-lo e interagir com ele?

\_\_\_\_\_

**ANEXO: D Registro das observações não participativas, por encontro semanal.**

Encontro

01/12

sujeito	QP1.1	QP1.2	QP2.1	QP2.1	QP3.1	QP3.2	QP4.1	QP4.2	QP5.1	QP5.2	QP6.1	QP6.2	QAt1.1	QAt1.2	QAn1.1	QAn1.2
A	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2	3	1	1	1
B	2	1	1	1	3	1	2	1	1	1	2	2	1	2	1	1
C	2	1	3	1	3	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
D	1	1	2	3	2	3	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1
E	1	1	3	1	2	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1
F	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
G	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	2	1	1
H	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	3	2	1	1
I	1	1	3	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1
J	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
L	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1
M	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1
N	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
O	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1
P	1	1	3	2	3	2	1	1	1	1	1	2	3	2	1	1
Q	2	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1
R	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
S	1	1	3	2	1	1	1	1	2	1	1	2	3	2	1	1
T	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1
U	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1

Encontro

02/12

sujeito	QP1.1	QP1.2	QP2.1	QP2.1	QP3.1	QP3.2	QP4.1	QP4.2	QP5.1	QP5.2	QP6.1	QP6.2	QAt1.1	QAt1.2	QAn1.1	QAn1.2
A	1	1	3	1	2	1	1	1	2	1	1	2	3	1	1	1
B	2	1	1	1	3	1	2	1	1	1	2	2	1	2	1	1
C	1	1	3	1	3	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
D	1	1	2	3	2	3	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1
E	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1
F	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	1	1	1
G	2	1	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	2	1	1
H	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	3	2	1	1
I	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1
J	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
L	1	1	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	3	2	1	1
M	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	3	1	1	1
N	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
O	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	2	3	2	1	1
P	1	1	3	2	3	2	1	1	1	1	1	2	3	2	1	1
Q	2	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1
R	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	1	1	1
S	1	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	2	3	2	1	1
T	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1
U	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1

Encontro  
03/12

sujeito	QP1.1	QP1.2	QP2.1	QP2.1	QP3.1	QP3.2	QP4.1	QP4.2	QP5.1	QP5.2	QP6.1	QP6.2	QAt1.1	QAt1.2	QAn1.1	QAn1.2
A	1	1	2	3	2	1	1	1	2	1	2	2	3	1	1	1
B	1	1	3	1	3	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
C	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2	3	1	1	1
D	1	1	2	1	2	3	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1
E	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	2	3	2	1	1
F	1	1	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	3	2	1	1
G	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	1	2	3	2	1	1
H	2	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	3	2	1	1
I	1	1	3	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1
J	1	1	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	3	2	1	1
L	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	3	1	1	1
M	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
N	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1
O	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	1	1	1
P	1	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	2	3	2	1	1
Q	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1
R	2	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1
S	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	1	1	1
T	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1
U	1	1	3	2	3	2	1	1	1	1	1	2	3	2	1	1

Encontro  
04/12

sujeito	QP1.1	QP1.2	QP2.1	QP2.1	QP3.1	QP3.2	QP4.1	QP4.2	QP5.1	QP5.2	QP6.1	QP6.2	QAt1.1	QAt1.2	QAn1.1	QAn1.2
A	1	1	2	3	2	1	1	1	2	1	2	2	3	1	1	1
B	1	1	3	1	3	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
C	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2	3	1	1	1
D	1	1	3	1	3	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
E	2	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1
F	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
G	1	1	3	2	1	1	1	1	2	1	1	2	3	2	1	1
H	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
I	1	1	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	3	2	1	1
J	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	3	1	1	1
L	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
M	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	2	3	2	1	1
N	1	1	3	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1
O	1	1	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	3	2	1	1
P	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	3	1	1	1
Q	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
R	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1
S	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	1	1	1
T	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1
U	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1

Encontro  
04/12

sujeito	QP1.1	QP1.2	QP2.1	QP2.1	QP3.1	QP3.2	QP4.1	QP4.2	QP5.1	QP5.2	QP6.1	QP6.2	QAt1.1	QAt1.2	QAn1.1	QAn1.2
A	1	1	2	3	2	1	1	1	2	1	2	2	3	1	1	1
B	1	1	3	1	3	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
C	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2	3	1	1	1
D	1	1	3	1	3	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
E	2	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1
F	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
G	1	1	3	2	1	1	1	1	2	1	1	2	3	2	1	1
H	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
I	1	1	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	3	2	1	1
J	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	3	1	1	1
L	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
M	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	2	3	2	1	1
N	1	1	3	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1
O	1	1	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	3	2	1	1
P	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	3	1	1	1
Q	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
R	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1
S	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	1	1	1
T	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1
U	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1

Encontro  
06/12

sujeito	QP1.1	QP1.2	QP2.1	QP2.1	QP3.1	QP3.2	QP4.1	QP4.2	QP5.1	QP5.2	QP6.1	QP6.2	QAt1.1	QAt1.2	QAn1.1	QAn1.2
A	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2	3	1	1	1
B	2	1	1	1	3	1	2	1	1	1	2	2	1	2	1	1
C	2	1	3	1	3	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
D	1	1	2	3	2	3	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1
E	1	1	3	1	2	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1
F	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
G	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	2	1	1
H	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	3	2	1	1
I	1	1	3	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1
J	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
L	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1
M	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1
N	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
O	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1
P	1	1	3	2	3	2	1	1	1	1	1	2	3	2	1	1
Q	2	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1
R	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
S	1	1	3	2	1	1	1	1	2	1	1	2	3	2	1	1
T	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1
U	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1

Encontro  
07/12

sujeito	QP1.1	QP1.2	QP2.1	QP2.2	QP3.1	QP3.2	QP4.1	QP4.2	QP5.1	QP5.2	QP6.1	QP6.2	QAt1.1	QAt1.2	QAn1.1	QAn1.2
A	1	1	3	1	2	1	1	1	2	1	1	2	3	1	1	1
B	2	1	1	1	3	1	2	1	1	1	2	2	1	2	1	1
C	1	1	3	1	3	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
D	1	1	2	3	2	3	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1
E	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1
F	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	1	1	1
G	2	1	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	2	1	1
H	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	3	2	1	1
I	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1
J	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
L	1	1	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	3	2	1	1
M	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	3	1	1	1
N	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
O	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	2	3	2	1	1
P	1	1	3	2	3	2	1	1	1	1	1	2	3	2	1	1
Q	2	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1
R	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	1	1	1
S	1	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	2	3	2	1	1
T	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1
U	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1

Encontro  
08/12

sujeito	QP1.1	QP1.2	QP2.1	QP2.2	QP3.1	QP3.2	QP4.1	QP4.2	QP5.1	QP5.2	QP6.1	QP6.2	QAt1.1	QAt1.2	QAn1.1	QAn1.2
A	1	1	3	1	2	1	1	1	2	1	1	2	3	1	1	1
B	2	1	1	1	3	1	2	1	1	1	2	2	1	2	1	1
C	1	1	3	1	3	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
D	1	1	2	3	2	3	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1
E	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1
F	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	1	1	1
G	2	1	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	2	1	1
H	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	3	2	1	1
I	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1
J	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
L	1	1	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	3	2	1	1
M	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	3	1	1	1
N	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
O	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	2	3	2	1	1
P	1	1	3	2	3	2	1	1	1	1	1	2	3	2	1	1
Q	2	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1
R	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	1	1	1
S	1	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	2	3	2	1	1
T	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1
U	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1

Encontro  
09/12

sujeito	QP1.1	QP1.2	QP2.1	QP2.2	QP3.1	QP3.2	QP4.1	QP4.2	QP5.1	QP5.2	QP6.1	QP6.2	QAt1.1	QAt1.2	QAn1.1	QAn1.2
A	1	1	3	1	2	1	1	1	2	1	1	2	3	1	1	1
B	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2	3	1	1	1
C	1	1	3	1	3	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
D	1	1	2	3	2	3	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1
E	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1
F	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	1	1	1
G	2	1	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	2	1	1
H	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	3	2	1	1
I	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1
J	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
L	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
M	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1
N	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1
O	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	2	3	2	1	1
P	1	1	3	2	3	2	1	1	1	1	1	2	3	2	1	1
Q	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
R	1	1	3	2	1	1	1	1	2	1	1	2	3	2	1	1
S	1	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	2	3	2	1	1
T	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1
U	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1

Encontro  
10/12

sujeito	QP1.1	QP1.2	QP2.1	QP2.2	QP3.1	QP3.2	QP4.1	QP4.2	QP5.1	QP5.2	QP6.1	QP6.2	QAt1.1	QAt1.2	QAn1.1	QAn1.2
A	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2	3	1	1	1
B	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	3	1	1	1
C	1	1	3	2	2	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
D	1	1	2	1	2	3	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1
E	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1
F	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	1	1	1
G	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1
H	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
I	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1
J	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
L	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
M	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1
N	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1
O	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	2	3	2	1	1
P	1	1	3	2	3	2	1	1	1	1	1	2	3	2	1	1
Q	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
R	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	3	2	1	1
S	1	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	2	3	2	1	1
T	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1
U	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1

## Encontro 11/12

sujeito	QP1.1	QP1.2	QP2.1	QP2.1	QP3.1	QP3.2	QP4.1	QP4.2	QP5.1	QP5.2	QP6.1	QP6.2	QAt1.1	QAt1.2	QAn1.1	QAn1.2
A	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2	3	1	1	1
B	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	3	1	1	1
C	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
D	2	1	2	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1
E	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1
F	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	1	1	1
G	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1
H	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
I	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1
J	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
L	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
M	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1
N	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1
O	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1
P	1	1	3	2	3	1	1	1	1	1	1	2	3	2	1	1
Q	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
R	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	3	2	1	1
S	1	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	2	3	2	1	1
T	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1
U	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1

Encontro  
12/12

sujeito	QP1.1	QP1.2	QP2.1	QP2.1	QP3.1	QP3.2	QP4.1	QP4.2	QP5.1	QP5.2	QP6.1	QP6.2	QAt1.1	QAt1.2	QAn1.1	QAn1.2
A	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2	3	1	1	1
B	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	3	1	1	1
C	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
D	2	1	2	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1
E	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1
F	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	1	1	1
G	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1
H	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
I	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1
J	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
L	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
M	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1
N	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1
O	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1
P	1	1	3	2	3	1	1	1	1	1	1	2	3	2	1	1
Q	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1
R	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	3	2	1	1
S	1	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	2	3	2	1	1
T	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	3	2	1	1
U	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	1	1

## Inventário dos Comportamentos de Crianças e Adolescentes entre 6 e 18 anos CBCL 6/18 anos

ID (para uso exclusivo do aplicador): \_\_\_\_\_

NOME COMPLETO DA CRIANÇA/ADOLESCENTE: \_\_\_\_\_

Idade _____ anos	Sexo <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino	Raça	TIPO DE TRABALHO DOS PAIS, mesmo que não estejam trabalhando no momento. (Especifique, por favor - por exemplo: mecânico de automóveis, professor(a) de ensino médio, doméstica, operário, vendedor de sapato, sargento do exército)
Escolaridade: _____ série	Data de hoje: Dia _____ Mês _____ Ano _____	Tipo de trabalho do pai: _____	
Não frequenta a escola <input type="checkbox"/>	Data de Nascimento: Dia _____ Mês _____ Ano _____	Tipo de trabalho da mãe: _____	
	Por favor, responda todos os itens de acordo com o modo como você vê o comportamento de seu/sua filho(a), mesmo que outras pessoas possam não concordar. Esteja a vontade para escrever quaisquer comentários adicionais abaixo de cada questão e no espaço livre da página 2.	Formulário preenchido por: (nome completo) _____	
		Seu sexo: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino	
		Sua relação com a criança: <input type="checkbox"/> mãe/pai biológico <input type="checkbox"/> padrasto/madrasta <input type="checkbox"/> avô/avó <input type="checkbox"/> mãe/pai adotivo <input type="checkbox"/> cuidador(a) <input type="checkbox"/> outro (especifique)	

<p>I. Por favor, cite os esportes que seu filho(a) mais gosta de praticar. Por exemplo: natação, futebol, andar de patins ou skate, andar de bicicleta etc.</p> <p><input type="checkbox"/> nenhum</p> <p>a) _____</p> <p>b) _____</p> <p>c) _____</p>	<p>Em comparação com outras crianças/adolescentes da mesma idade, quanto tempo é dedicado a cada um:</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th>Menos</th> <th>Igual</th> <th>Mais</th> <th>Não sei</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Menos	Igual	Mais	Não sei	<input type="checkbox"/>	<p>Em comparação com outras crianças/adolescentes da mesma idade, o desempenho dele(a) em cada um desses esportes é:</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th>Pior</th> <th>Igual</th> <th>Melhor</th> <th>Não sei</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Pior	Igual	Melhor	Não sei	<input type="checkbox"/>																						
Menos	Igual	Mais	Não sei																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
Pior	Igual	Melhor	Não sei																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
<p>II. Por favor, cite os passatempos, atividades e jogos favoritos do seu filho(a) que não sejam esportes. Por exemplo: colecionar figurinhas, tocar violão, desenhar, soltar pipa, pular corda, brincar de boneca, brincar de carinho, ler, cantar, usar o computador, jogar videogame. (não incluir ouvir rádio ou ver televisão)</p> <p><input type="checkbox"/> nenhum</p> <p>a) _____</p> <p>b) _____</p> <p>c) _____</p>	<p>Em comparação com outras crianças/adolescentes da mesma idade, o tempo dedicado a cada um é:</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th>Menos</th> <th>Igual</th> <th>Mais</th> <th>Não sei</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Menos	Igual	Mais	Não sei	<input type="checkbox"/>	<p>Em comparação com outras crianças/adolescentes da mesma idade, o desempenho dele(a) em cada um desses passatempos é:</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th>Pior</th> <th>Igual</th> <th>Melhor</th> <th>Não sei</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Pior	Igual	Melhor	Não sei	<input type="checkbox"/>																						
Menos	Igual	Mais	Não sei																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
Pior	Igual	Melhor	Não sei																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
<p>III. Por favor, cite as organizações, clubes, times ou grupos a que seu filho(a) pertence. Por exemplo, turma de amigos fora da escola, grupos de igreja, teatro, música etc.</p> <p><input type="checkbox"/> nenhum</p> <p>a) _____</p> <p>b) _____</p> <p>c) _____</p>	<p>Em comparação com outras crianças/adolescentes da mesma idade, a participação dele(a) em cada um é:</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th>Menor</th> <th>Igual</th> <th>Maior</th> <th>Não sei</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Menor	Igual	Maior	Não sei	<input type="checkbox"/>																												
Menor	Igual	Maior	Não sei																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
<p>IV. Por favor, cite quaisquer trabalhos ou tarefas de seu filho(a). Por exemplo: office-boy; ajudante de feira; trabalho em loja; lavar a louça; tomar conta das crianças; fazer a cama etc. (incluir tanto trabalhos pagos como não pagos).</p> <p><input type="checkbox"/> nenhum</p> <p>a) _____</p> <p>b) _____</p> <p>c) _____</p>	<p>Em comparação com outras crianças/adolescentes da mesma idade, o desempenho dele(a) em cada um é:</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <th>Menor</th> <th>Igual</th> <th>Melhor</th> <th>Não sei</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Menor	Igual	Melhor	Não sei	<input type="checkbox"/>	<p><b>CERTIFIQUE-SE DE QUE RESPONDEU TODOS OS ITENS. ENTÃO, VÁ PARA A PRÓXIMA PÁGINA.</b></p>																											
Menor	Igual	Melhor	Não sei																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															

Copyright 2001 T. Achenbach. Reproduced under License #207-12-04-06. Proibida reprodução não autorizada.

V. 1. O seu filho(a) tem aproximadamente quantos(as) amigos(as) próximo(as)? (Não incluir irmãos e irmãs)  
 nenhum  1  2 ou 3  4 ou mais

2. Quantas vezes por semana seu/sua filho(a) encontra amigos ou colegas fora do horário da escola? (Não incluir irmãos e irmãs)  
 Menos que 1  1 ou 2  3 ou mais

VI Em comparação com outras crianças/adolescentes da mesma idade, até que ponto seu/sua filho(a):

	Pior	Igual	Melhor	Não tem irmãos ou irmãs
a) Consegue se relacionar adequadamente com seus/suas irmãos ou irmãs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Consegue se relacionar adequadamente com outras crianças/adolescentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Consegue se comportar adequadamente em relação aos pais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) Consegue brincar ou trabalhar sozinho(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

VII. 1. Desempenho nas disciplinas escolares:

Não frequenta a escola porque \_\_\_\_\_

	Abaixo da média exigida pela escola	Pior que a média	Igual a média	Melhor que a média
a) Português	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) História ou Estudos Sociais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Matemática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ciências	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outras matérias - por exemplo: computação, geografia, Inglês. Não inclua educação física, Trabalhos manuais ou artísticos.	e) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	f) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	g) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. O seu filho(a) frequenta alguma escola, aula de reforço ou estabelecimento de ensino especial?  Não  Sim - que tipo?

3. O seu filho(a) repetiu algum ano?  Não  Sim - Cite as séries que repetiu e as razões.

4. O seu filho(a) teve algum problema no desempenho escolar ou outro tipo de problema na escola?  Não  Sim - Descreva-o, por favor:

Quando esses problemas começaram? \_\_\_\_\_

Os problemas mencionados já foram resolvidos?  Não  Sim - quando?

O seu filho(a) tem alguma doença ou deficiência (física ou mental)?  Não  Sim - Descreva-a, por favor:

Qual é a sua maior preocupação em relação ao seu filho(a)?

Por favor, descreva os aspectos mais positivos do seu filho(a).

**POR FAVOR, CERTIFIQUE QUE RESPONDEU TODOS OS ITENS**

Logo abaixo, você encontrará uma lista de afirmações que descrevem as crianças/adolescentes. Para cada afirmação que descreva seu/sua filho(a) **neste momento ou nos últimos seis meses**, trace um círculo à volta do 2 se a afirmação é **muito verdadeira ou frequentemente verdadeira** em relação ao seu filho(a). Trace um círculo à volta do 1 se a afirmação é **algumas vezes verdadeira** em relação ao seu filho(a). Se a afirmação **não é verdadeira** em relação ao seu filho(a), trace um círculo à volta do 0. Por favor responda a todas as afirmações o melhor que possa, mesmo que algumas não pareçam aplicar-se ao seu filho(a).

0 = NÃO É VERDADEIRA (tanto quanto sabe)	1 = UM POUCO VERDADEIRA OU ALGUMAS VEZES VERDADEIRA	2 = MUITO VERDADEIRA OU FREQUENTEMENTE VERDADEIRA
0 1 2	1. Comporta-se de maneira muito infantil para a sua idade	0 1 2 32. Acha que deve ser perfeito(a)
0 1 2	2. Toma bebida alcoólica sem a aprovação dos pais (descreva) _____	0 1 2 33. Acha ou reclama que ninguém gosta dele(a)
0 1 2	3. Discute muito	0 1 2 34. Acha que os outros o perseguem
0 1 2	4. Não termina as coisas que começou	0 1 2 35. Sente-se sem valor ou inferior
0 1 2	5. Poucas coisas lhe dão prazer	0 1 2 36. Machuca-se com frequência, tem tendência a sofrer acidentes
0 1 2	6. Faz cocô na calça ou fora do vaso sanitário	0 1 2 37. Mete-se em muitas brigas
0 1 2	7. É convencido(a), conta vantagem	0 1 2 38. É alvo de muitas provocações
0 1 2	8. Não consegue concentrar-se, não consegue ficar atento(a) muito tempo	0 1 2 39. Anda com pessoas que se metem em encrencas
0 1 2	9. Não consegue tirar certos pensamentos da cabeça; obsessões (descreva) _____	0 1 2 40. Escuta sons ou vozes que não existem (descreva) _____
0 1 2	10. Não consegue parar sentado(a), é irrequieto(a) ou hiperativo(a)	0 1 2 41. É impulsivo(a), ou age sem pensar
0 1 2	11. Agarra-se aos adultos ou é muito dependente	0 1 2 42. Prefere estar sozinho(a) á ficar em companhia de outros
0 1 2	12. Reclama de solidão	0 1 2 43. Mentira ou engana os outros
0 1 2	13. Fica confuso(a) ou desorientado(a)	0 1 2 44. Rói as unhas
0 1 2	14. Chora muito	0 1 2 45. É nervoso(a) ou tenso(a)
0 1 2	15. É cruel com os animais	0 1 2 46. Tem movimentos nervosos ou tiques (descreva) _____
0 1 2	16. Manifesta crueldade, intimidação ou maldade para com os outros	0 1 2 47. Tem pesadelos
0 1 2	17. Sonha acordado(a) ou perde-se em seus pensamentos	0 1 2 48. As outras crianças ou adolescentes não gostam dele(a)
0 1 2	18. Machuca-se de propósito ou já tentou suicidar-se	0 1 2 49. Tem prisão de ventre, intestino preso
0 1 2	19. Exige que prestem muita atenção nele(a)	0 1 2 50. É muito medroso(a) ou ansioso(a)
0 1 2	20. Destroí as suas próprias coisas	0 1 2 51. Sente tontura ou zonzeira
0 1 2	21. Destroí as coisas de sua família ou de outras pessoas	0 1 2 52. Sente-se muito culpado(a)
0 1 2	22. É desobediente em casa	0 1 2 53. Come demais
0 1 2	23. É desobediente na escola	0 1 2 54. Sente-se cansado(a) demais sem motivo
0 1 2	24. Não come bem	0 1 2 55. Está acima do peso
0 1 2	25. Não se dá bem com outras crianças ou adolescentes	56. Tem problemas físicos sem causa conhecida do ponto de vista médico:
0 1 2	26. Não parece sentir-se culpado(a) depois de se comportar mal	0 1 2 a) Dores (exceto de cabeça ou de estômago)
0 1 2	27. Sente ciúme com facilidade	0 1 2 b) Dores de cabeça
0 1 2	28. Desrespeita as regras em casa, na escola ou em outros lugares	0 1 2 c) Náuseas, Enjôos
0 1 2	29. Tem medo de certos animais, situações ou lugares, sem incluir a escola (descreva) _____	0 1 2 d) Problemas com os olhos (que não são corrigidos com o uso de óculos) (descreva) _____
0 1 2	30. Tem medo de ir à escola	0 1 2 e) Assaduras ou problemas de pele
0 1 2	31. Tem medo de pensar ou fazer alguma coisa má	0 1 2 f) Dores de estômago ou de barriga
		0 1 2 g) Vômitos
		0 1 2 h) Outros (descreva): _____

POR FAVOR, CERTIFIQUE-SE QUE RESPONDEU TODOS OS ITENS.

0 = NÃO É VERDADEIRA (tanto quanto sabe)	1 = UM POUCO VERDADEIRA OU ALGUMAS VEZES VERDADEIRA	2 = MUITO VERDADEIRA OU FREQUENTEMENTE VERDADEIRA
0 1 2	57. Ataca fisicamente outras pessoas	0 1 2 84. Tem comportamento estranho (descreva)
0 1 2	58. Cutuca o nariz, a pele ou outras partes do corpo (descreva)	0 1 2 85. Tem idéias estranhas (descreva)
0 1 2	59. Mexe nas partes íntimas em público	0 1 2 86. Teimoso(a), mal humorado(a) ou fácil de irritar
0 1 2	60. Mexe demais nas partes íntimas	0 1 2 87. Tem mudanças repentinas de humor ou de sentimentos
0 1 2	61. Os seus trabalhos escolares são fracos	0 1 2 88. Fica facilmente emburrado(a)
0 1 2	62. Desastrado(a) ou tem falta de coordenação	0 1 2 89. Desconfiado(a)
0 1 2	63. Prefere estar com crianças/adolescentes mais velhos	0 1 2 90. Xinga ou fala palavrões
0 1 2	64. Prefere estar com crianças/adolescentes mais novos	0 1 2 91. Fala que vai se matar
0 1 2	65. Recusa-se a falar	0 1 2 92. Fala ou anda dormindo (descreva)
0 1 2	66. Repete as mesmas ações várias vezes seguidas, compulsões (descreva)	0 1 2 93. Fala demais
0 1 2	67. Foge de casa	0 1 2 94. Provoca muito
0 1 2	68. Grita muito	0 1 2 95. Faz birra ou é esquentado(a)
0 1 2	69. Reservado(a), guarda as coisas para si mesmo(a)	0 1 2 96. Pensa demais em sexo
0 1 2	70. Vê coisas que não existem (descreva)	0 1 2 97. Ameaça as pessoas
0 1 2	71. Mostra-se pouco à vontade ou facilmente envergonhado(a)	0 1 2 98. Chupa o dedo
0 1 2	72. Põe fogo nas coisas	0 1 2 99. Fuma cigarro, masca fumo ou cheira tabaco
0 1 2	73. Tem problemas sexuais (descreva)	0 1 2 100. Tem problemas com sono (descreva)
0 1 2	74. Gosta de se exhibir, fazer palhaçadas	0 1 2 101. Falta à escola sem permissão, mata aula
0 1 2	75. Muito acanhado(a) ou tímido(a)	0 1 2 102. Pouco ativo(a), seus movimentos são lentos ou tem falta de energia
0 1 2	76. Dorme menos que a maioria das crianças ou adolescentes	0 1 2 103. Infeliz, triste ou deprimido(a)
0 1 2	77. Dorme mais que a maioria das crianças ou adolescentes durante o dia e/ou durante a noite (descreva)	0 1 2 104. Barulhento(a) demais
0 1 2	78. Desatento(a) ou distrai-se facilmente	0 1 2 105. Usa drogas sem fins medicinais (não incluir álcool ou tabaco) (descreva)
0 1 2	79. Tem problemas de fala (descreva)	0 1 2 106. Comete atos de vandalismo
0 1 2	80. Fica com o olhar parado	0 1 2 107. Faz xixi na calça
0 1 2	81. Rouba em casa	0 1 2 108. Faz xixi na cama
0 1 2	82. Rouba fora de casa	0 1 2 109. Choraminga
0 1 2	83. Junta muitas coisas que não precisa (descreva)	0 1 2 110. Gostaria de ser do sexo oposto
		0 1 2 111. Isola-se, não se relaciona com os outros
		0 1 2 112. Preocupa-se muito
		113. Por favor, escreva outros problemas do seu filho(a) que não tenham sido mencionados na lista acima:
		0 1 2 _____
		0 1 2 _____
		0 1 2 _____

POR FAVOR, CERTIFIQUE-SE QUE RESPONDEU TODOS OS ITENS.

