

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)

MELISSA CRISTINA SILVA

**A PERCEPÇÃO DAS MÃES DE CRIANÇAS ATENDIDAS EM
EQUOTERAPIA**

CAMPO GRANDE-MS

2006

MELISSA CRISTINA SILVA

**A PERCEPÇÃO DAS MÃES DE CRIANÇAS ATENDIDAS EM
EQUOTERAPIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como exigência para obtenção do título de Mestre em Psicologia, área de concentração Psicologia da Saúde, sob a orientação da Prof^ª. Dr^ª. Heloisa Bruna Grubits Freire.

CAMPO GRANDE-MS

2006

Ficha Catalográfica

Silva, Melissa Cristina
S586p A percepção das mães de crianças atendidas em equoterapia / Melissa
Cristina Silva; orientação, Heloisa Bruna Grubits Freire. 2006.
200 f. + anexos

Dissertação (mestrado) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo.
Grande, 2006.
Inclui bibliografias

1. Ecuoterapia 2. Equitação – Uso terapêutico 3. Crianças deficientes –
Cuidados e tratamento .I. Freire, Heloisa Bruna Grubits . II. Título

CDD-155.45

A dissertação apresentada por MELISSA CRISTINA SILVA, intitulada “EQUOTERAPIA: A PERCEPÇÃO DAS MÃES”, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Heloisa Bruna Grubits Freire (orientadora)

Profa. Dra. Sonia Margarida Gomes de Sousa (UCG)

Profa. Dra. Sonia Grubits (UCDB)

Campo Grande-MS, de 2006.

À minha mãe e à minha avó, pelo apoio,
carinho e auxílio.

Ao meu marido, pelo amor, incentivo e
compreensão de minha ausência.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por conceder-me inteligência, projetando minha mente para ser continuamente receptiva a novos conhecimentos.

À minha mãe e à minha avó, cujas orientações me conduziram pelos caminhos do saber, com muito apoio e incentivo, e às quais jamais poderei ser suficientemente grata.

A meu marido, que me encorajou a concluir o mestrado, compreendeu minha ausência e irritabilidade e, sobretudo, dedicou-me carinho e apoio moral, minha eterna gratidão!

Minha gratidão à minha orientadora Heloisa Bruna G. Freire pela paciência, pelo cuidado e incentivo; por ter sido a primeira pessoa a me despertar o interesse em fazer este mestrado, além de me orientar, apoiar e comigo compartilhar seus conhecimentos.

Agradeço ao amigo e companheiro de trabalho, Marcos Antônio França, pela confiança depositada, por ter me apresentado a Equoterapia e acompanhado meus primeiros passos na utilização desse recurso.

À Ana Carla Lima, companheira de sala de aula, pelas suas palavras de incentivo e pelos laços de amizade que construímos.

Aos meus tios João e Aderlurde o meu agradecimento pelo acolhimento em sua casa e atenção dispensada durante o mestrado.

Homenageio e agradeço a todos os professores e ex-professores que contribuíram para o meu êxito, pela amizade e dedicação ou pelo simples convívio.

Agradeço em especial aos pacientes e às famílias que aceitaram participar deste estudo, contribuindo com informações preciosas. Foram eles a matéria prima deste trabalho; sem eles nada teria sido possível.

Aos companheiros da equipe do Centro de Equoterapia Rancho Dourado, Jorcy, Fernanda, enfim a todos, agradeço a compreensão, o companheirismo e a ajuda para a conquista deste sonho.

A Ângela, eficiente secretária do mestrado, o meu obrigada pela atenção e palavras de incentivo, e pela prontidão em nos auxiliar na resolução dos problemas burocráticos.

Meu reconhecimento a todos que, direta ou indiretamente, colaboraram para esta conquista.

Jóia Rara

Quando fui concebido, foi com muito amor e alegria.

Quando meu coraçõzinho bateu pela primeira vez, senti a vida.

Quando ainda morava no útero de minha mãe, eu sentia o carinho e ouvia os planos de meus pais para o meu futuro.

Quando nasci foi só alegria, pois naquele momento ninguém notou que eu era especial.

Quando se constatou que eu não era igual às outras crianças, foi tormento, desespero, aflição, tristeza e decepção.

Mas depois veio a resignação, pois foi Deus quem quis assim.

Agora dizem que sou especial e até mesmo excepcional, mas estas palavras também indicam coisa rara, e de alto valor.

Então papai e mamãe, eu sou a jóia rara de vocês.

RESUMO

Introdução: A Equoterapia é um recurso terapêutico e educacional que utiliza o cavalo dentro de uma abordagem interdisciplinar nas áreas de saúde, educação e equitação, visando o desenvolvimento biopsicossocial de pessoas com diversos tipos de deficiência. Esse recurso terapêutico destaca-se por possibilitar uma maior participação, integração ou acompanhamento mais próximo dos familiares à sessão. **Objetivo:** Analisar o conhecimento e a percepção que as mães dos pacientes possuem sobre a Equoterapia. **Casística e Método:** Trata-se de um estudo exploratório descritivo de caráter qualitativo, que utilizou o método da análise de conteúdo. A amostra foi composta por vinte e duas mães de pacientes que realizavam Equoterapia no Centro de Equoterapia Rancho Dourado, na cidade de Cuiabá-MT. Das vinte e duas mães entrevistadas, onze eram mães de pacientes atendidos pelo convênio com o CRIDAC, e onze de pacientes particulares. Adotou-se como critérios de inclusão mães biológicas de pacientes que realizaram no mínimo oito sessões de Equoterapia. Para nortear as entrevistas, foi elaborado um roteiro básico com questões abertas, que foram gravadas e transcritas visando à apreensão dos significados contidos nas respostas, depois agruparam-se as respostas de significados semelhantes, para a contagem das frequências e outros aspectos que podiam ser quantificados. **Resultados:** Verificou-se que as mães de pacientes atendidos pelo convênio com o CRIDAC possuem diferença quanto ao nível socioeconômico quando comparadas às mães de pacientes particulares. Todas apresentaram algum conhecimento sobre a Equoterapia e falaram sobre alguns benefícios terapêuticos, sendo que Benefícios Físicos foi a categoria mais identificada, Problemas Motores foi a categoria das patologias mais mencionada. A maioria das mães é casada, seus filhos situam-se na faixa etária de 1 e 8 anos de idade, aproximadamente metade deles tem Paralisia Cerebral, a que se segue a Síndrome de Down, e a maioria deles realizavam outro tipo de atendimento, além da Equoterapia, com a qual todos os pacientes apresentaram mudanças indicadoras de melhora. Aproximadamente metade das participantes ouviu falar sobre equoterapia pela primeira vez, por meio de um profissional de saúde, e o profissional que mais a indicou foi o Neurologista. **Conclusão:** As participantes deste estudo possuem conhecimento suficiente sobre a Equoterapia, todas perceberam mudanças nos seus filhos após o início desse recurso, porém apresentam algumas diferenças que têm relação com as características sociodemográficas e ocupacionais das participantes. As mães que são cuidadoras (grupo A) identificam também mudanças mais sutis, como o relaxamento, e conseguem relacionar ganhos obtidos por seus filhos nas atividades da vida diária. A possibilidade de acompanharem os atendimentos dos filhos faz com que essas mães compreendam as potencialidades de suas crianças, percebendo-as de um modo diferente, e essa experiência pode ser transferida para o ambiente familiar.

Palavras-chave: Equoterapia. Mães. Informação. Percepção.

ABSTRACT

Introduction: The Horseback riding therapy is a therapeutical and educational resource that uses the horse in an interdisciplinary approach in the health, educational and equestrian areas, aiming the biological and psychosocial development of people with various kinds of handicap. This therapeutical resort is pointed out because it makes possible a better participation, integration or a closer accompaniment of the family to the sessions. **Goal:** To analyze the patient's mother's knowledge and perception about the riding therapy. **Casuistry and Method:** It is about an exploratory and descriptive study of qualitative character, which had used the analysis of content method. The sample was composed by twenty-two patient's mothers that attend the Horseback riding therapy at the Centro de Equoterapia Rancho Dourado, in Cuiabá-MT. From the twenty-two interviewed mothers, eleven were patient's mothers who were CRIDAC members, and eleven were private patients. It was adopted, as inclusion criteria, biological patient's mothers that attended at least eight sessions of riding therapy. To guide the interviews, it was elaborated a basic script with open questions, that were recorded and transcribed aiming the apprehension of the contained meaning in the answers, later the similar meaning answers were grouped, to count the frequency and other aspects that could be quantified. **Results:** It was verified that the patient's mothers who were CRIDAC members have a difference in the socio-economic level when compared to the private patient's mothers. All of them present some knowledge about the riding therapy, and had talked about some therapeutical benefits, the Physical Benefits was the most identified category, and the Motor Problems was the most mentioned among the pathology categories. Most of the mothers are married, their children are in the 1-8 age band, approximately half of them have Cerebral palsy, followed by Down syndrome, and most of them attended another kind of treatment, apart from the riding therapy, from which all of the patients improvement gauge changes. Approximately half of the participants heard about the riding therapy for the first time, from a health professional, and the Neurologist was the one that most pointed it. **Conclusion:** The participants of this study have enough knowledge about the Horseback riding therapy, all of them noticed changes on their children after the beginning of this therapy, however they presented some differences related to the socio-demographics and occupational characteristics of the participants. The caregiving mothers (group A) also identified more subtle changes, such as relaxation, and can relate the obtained profits of their children on the daily activities. The possibility to accompany their children makes these mothers understand the potentialities of the children, noticing them in a different way, and this experience can be transferred to the home environment.

Keywords: Horseback riding therapy. Mothers. Information. Perception.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRAz	– Associação Brasileira de Alzheimer e Idosos de Alta Dependência
ANDE-Brasil	– Associação Nacional de Equoterapia
ANIRE	– Associazione Nazionale Italiana di Riabilitazione Equestre
AVC	– Acidente Vascular Cerebral
AVD	– Atividade de Vida Diária
c.	– Completo
CCCCN	– Comissão Coordenadora da Criação do Cavalo Nacional
CFP	– Conselho Federal de Psicologia
CONEP	– Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CRIDAC	– Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino Corrêa
DM	– Deficiência Mental
DTA	– Demência Tipo Alzheimer
EEG	– Eletroencefalográfico
ERA	– Reeducação Através da Equitação
FRDI	– Federação Internacional de Equoterapia
i.	– Incompleto
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPI	– Instituto Nacional da Propriedade Industrial
OIT	– Organização Internacional do Trabalho
OMS	– Organização Mundial de Saúde
ONU	– Organizações das Nações Unidas
P.C.I.	– Paralisia Cerebral Infantil
PC	– Paralisia Cerebral
SD	– Síndrome de Down

SNC -	- Sistema Nervoso Central
SR	- Síndrome de Rett
SUS	- Sistema Único de Saúde
SW	- Síndrome de West
TCC	- Terapia com Cavalos
TCE	- Traumatismo Cranioencefálico
TMC	- Terapia por Meio do Cavalo
T.O.	- Terapeuta Ocupacional
UCDB	- Universidade Católica Dom Bosco

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Distribuição das mães segundo a idade	90
TABELA 2 - Distribuição das mães segundo a escolaridade	90
TABELA 3 - Distribuição das mães segundo a ocupação	91
TABELA 4 - Distribuição das mães segundo o estado civil.....	91
TABELA 5 - Distribuição dos pacientes segundo a idade.....	92
TABELA 6 - Distribuição dos pacientes segundo o sexo.....	92
TABELA 7 - Distribuição dos pacientes segundo o diagnóstico e/ou patologias.	93
TABELA 8 - Distribuição das mães por categoria de acordo com o relato sobre o que entendiam por Equoterapia	93
TABELA 9 - Distribuição das patologias com indicação para Equoterapia segundo o conhecimento das mães.....	94
TABELA 10 - Distribuição dos benefícios da Equoterapia mencionados pelas mães	95
TABELA 11 - Distribuição das mães segundo o meio pelo qual ouviram falar sobre a Equoterapia pela primeira vez	95
TABELA 12 - Distribuição das mães segundo quem indicou a Equoterapia.....	96
TABELA 13 - Distribuição dos pacientes que já fizeram a Equoterapia em outro local	96
TABELA 14 - Distribuição dos pacientes segundo o tempo que realiza Equoterapia	97
TABELA 15 - Distribuição dos pacientes segundo as terapias e/ou atividades que realizam.....	97
TABELA 16 - Distribuição das mudanças apresentadas pelos pacientes segundo a percepção das mães.....	98
TABELA 17 - Distribuição das mães que acreditavam nos efeitos da Equoterapia antes de iniciar os atendimentos.....	99

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 EQUOTERAPIA	19
2.1.1 Histórico	19
2.1.2 Conceito	23
2.1.3 Áreas de aplicação e a equipe de Equoterapia	25
2.1.4 Programas básicos de Equoterapia.....	26
2.1.5 Indicações e contra-indicações.....	27
2.1.6 Benefícios e efeitos terapêuticos	29
2.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE A DEFICIÊNCIA	32
2.2.1 A deficiência ao longo da história.....	33
2.2.2 A definição do conceito.....	37
2.2.3 Caracterização das patologias	40
2.2.3.1 Deficiência Mental.....	41
2.2.3.2 Síndrome de Rett.....	42
2.2.3.3 Síndrome de West	43
2.2.3.4 Síndrome de Down.....	45
2.2.3.5 Lesão Cerebral	47
2.2.3.6 Paralisia Cerebral	48
2.2.3.7 Toxoplasmose	51
2.3 MATERNIDADE E DEFICIÊNCIA	51
2.3.1 A maternidade ao longo da história.....	51
2.3.2 A gestação	54
2.3.3 A chegada do filho com deficiência.....	55
2.4 O CUIDADOR	61
2.4.1 Definição	63

2.4.2	Características	65
2.4.3	O cuidador familiar	67
2.4.4	A saúde do cuidador	71
3	A PESQUISA	74
3.1	<i>LOCUS</i> DE PESQUISA	75
3.2	HISTÓRICO	75
3.3	HIPÓTESES	75
3.4	OBJETIVOS	76
3.4.1	Objetivo geral	76
3.4.2	Objetivos específicos	76
4	CASUÍSTICA E MÉTODO	77
4.1	PARTICIPANTES	80
4.1.1	Critérios de inclusão	80
4.1.2	Critérios de exclusão	81
4.2	RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS	81
4.3	INSTRUMENTOS	81
4.4	PROCEDIMENTOS	85
4.5	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	85
4.6	ANÁLISE DOS DADOS	86
5	RESULTADOS	87
5.1	DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E OCUPACIONAIS	88
5.1.1	Dados sócio-demográficos e ocupacionais das mães entrevistadas	90
5.1.2	Dados sócio-demográficos dos filhos (pacientes) das entrevistadas	92
5.2	CONHECIMENTOS GERAIS QUE AS MÃES POSSUEM SOBRE A EQUOTERAPIA	93
5.3	INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS QUE AS MÃES POSSUEM DOS SEUS FILHOS EM RELAÇÃO A EQUOTERAPIA	96
6	DISCUSSÃO	100
7	CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	121
	REFERÊNCIAS	126
	APÊNDICES	140
	ANEXO	203

1 INTRODUÇÃO

Desde da graduação do curso de Psicologia, as áreas de Neurologia e Reabilitação despertaram nesta pesquisadora imensa curiosidade. No estágio obrigatório de Psicologia clínica, houve a oportunidade de atendimento a crianças com deficiência, o que levou ao tema do relatório de conclusão de graduação, sobre o caso de uma criança do sexo feminino, com Síndrome de Down (SD), bem como ao da monografia de pós-graduação, sobre a inclusão dos portadores de necessidades especiais no ensino regular.

Durante a trajetória profissional, esta pesquisadora sempre optou por atender crianças com deficiência. Nos cinco últimos anos, a vivência *in loco*, utilizando a Equoterapia como recurso terapêutico no Centro de Equoterapia Rancho Dourado – Cuiabá-MT, onde se atende pacientes com diversas patologias e de faixas etárias variada, não deixa dúvidas sobre os resultados alcançados com esse recurso, porém percebe-se a necessidade de um maior aprofundamento no tema.

Assim, tendo em vista a relevância do tratamento Equoterápico na reabilitação de pessoas com deficiências, procurou-se, com este estudo, contribuir para preencher algumas das muitas lacunas ainda existentes sobre o tema, por acreditar que o conhecimento mais aprofundado sobre o assunto é de fundamental importância para a sociedade como um todo, e principalmente, para a melhoria de qualidade de vida das pessoas com deficiência e de suas famílias.

Neste estudo, adotou-se o termo “pessoas com deficiência” ao invés de “pessoas portadoras de deficiência” ou “pessoas com necessidades especiais”, por considerá-lo atualmente o mais adequado, apesar de existirem algumas correntes que ainda preferem os outros termos. Discorre-se mais sobre essa questão no capítulo 2.

Para a Associação Nacional de Equoterapia (2005), a Equoterapia é um método terapêutico e educacional que utiliza o cavalo dentro de uma abordagem interdisciplinar, nas áreas de Saúde, Educação e Equitação, buscando o desenvolvimento biopsicossocial de pessoas portadoras de deficiências e/ou com necessidades especiais.

A Equoterapia é uma dos poucos recursos que possibilitam uma maior participação, integração ou acompanhamento mais próximo por parte dos pais durante a sessão. A maioria deles leva seus filhos a outros atendimentos, como: Fonoaudiologia, Fisioterapia, Psicologia, entre outras, porém não podem participar das sessões e/ou não vêm como estas ocorrem.

Portanto, torna-se importante o preparo dos profissionais que trabalham com Equoterapia para lidar com a família, tornando-se necessário que esses profissionais conheçam as informações e as percepções dos familiares em relação à técnica, ao conhecimento sobre diagnóstico do filho e às suas reações e potencialidades.

Optou-se por realizar esta pesquisa com as mães por serem elas quem, na maioria dos casos, acompanham os filhos à sessão de Equoterapia, e por não haver na literatura estudos sobre o perfil, o conhecimento e a percepção dessas mães. Desse modo, este estudo se revela valioso para os profissionais de Equoterapia e colabora com o desenvolvimento de trabalhos voltados aos familiares.

Esta pesquisa buscou conhecer as informações, a compreensão e a percepção que as mães dos pacientes do Centro de Equoterapia Rancho Dourado - Cuiabá-MT possuem sobre a Equoterapia.

O segundo capítulo deste estudo abrange referencial teórico e divide-se em quatro sub-capítulos: no capítulo 2.1 aborda-se a Equoterapia, seus aspectos teóricos e conceituais; no capítulo 2.2, a deficiência e algumas patologias; no capítulo 2.3, discorre-se sobre a maternidade, a gestação e a chegada do filho com deficiência; e o capítulo 2.4 refere-se à definição do termo cuidador e suas características.

No terceiro capítulo, aborda-se a pesquisa, o local onde foi realizada, suas hipóteses e objetivos. O quarto capítulo detalha a casuística e o método desenvolvido para a execução desta pesquisa.

O quinto capítulo apresenta os resultados deste estudo, e o sexto, a discussão dos resultados, a análise das respostas das participantes, correlacionadas com o referencial teórico. Por fim, no sétimo capítulo, apresentam-se as conclusões e as considerações finais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 EQUOTERAPIA

A Equoterapia é reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina como método terapêutico (Parecer n. 6, aprovado em sessão plenária de 9 de abril de 1997) e, também, como método educacional que propicia a alfabetização, a socialização e o desenvolvimento global dos alunos portadores de necessidades educativas especiais, pela Divisão de Ensino da Secretaria de Educação do Distrito Federal (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EQUOTERAPIA, 2005).

De acordo Horne e Cirillo (2005), a utilização do exercício eqüestre com o propósito de reeducação psicomotora dos portadores de deficiência não é uma descoberta nova, como podem pensar aqueles que possuem o interesse por essa prática. Assim, torna-se fundamental conhecer como surgiu essa prática e ressaltar que, somente em 1989, esse termo foi criado pela Associação Nacional de Equoterapia (ANDE-Brasil).

2.1.1 Histórico

Conforme Horne e Cirillo (2005), Hipócrates da Loo (458-370 a.C.), em seu “Livro das Dietas”, indicava a equitação principalmente para o tratamento da insônia, além de afirmar que a equitação melhora o tônus dos músculos.

Os autores ainda mencionam que Asclepiades de Prúsia (124-40 a.C.), médico grego, indicava a equitação para seus pacientes caquéticos, epiléticos, paralíticos, etc.

Galeno (130-199 d.C.) era médico particular do imperador Marco Aurélio e sugeriu a ele praticar equitação, com a finalidade de ajudá-lo na tomada de decisão, pois acreditava que ele era um pouco lento para tal (HORNE; CIRILLO, 2005).

De acordo com os autores, o médico Merkurialis, em 1569, em sua obra “De arte gymnastica”, fala sobre os diversos tipos de andadura do cavalo e seus efeitos, além de citar Galeno que diz que a equitação, além de exercitar o corpo, estimula os sentidos.

Sydenham (1624-1689) foi capitão da cavalaria durante a guerra civil e praticava regularmente a equitação por acreditar que esta melhorava o corpo e a mente. Também orientava essa prática como tratamento de tuberculose, cólicas biliares e flatulência. Esta tese

foi aceita por George E. Stahl (1660-1734) e pelo médico da imperatriz Maria Tereza da Áustria e, conforme este último, essa atividade reduzia os episódios de hipocondria e de histeria (HORNE; CIRILLO, 2005).

De acordo com Freire (1999), em 1719, Hoffmann, em seu livro “Instruções aprofundadas de como uma pessoa pode manter a saúde e livrar-se de graves doenças através da prática racional de exercícios físicos”, destina um capítulo à equitação e seus enormes efeitos, no qual diz que a andadura ao passo é a mais saudável. Conforme a autora, Fuller (1654-1734) descreve a equitação como um método adequado para tratar a hipocondria, no tratado “De medical gymnastica”, publicado em 1704.

Conforme Horne e Cirillo (2005), em 1734, Castel, para reduzir o preço do tratamento pela equitação, criou uma “cadeira vibratória” que chamou de “tremousoir”. Os autores mencionam que Quelmalz (1687-758), em seu livro “A saúde através da equitação”, pela primeira vez, menciona o movimento tridimensional do dorso do cavalo.

Os autores citados comentam que, no final de século XVII, Pringle (1707-1782) descreveu que o exercício no cavalo era precioso para manter a saúde dos exércitos nas “Observações acerca das doenças dos militares” (1752).

Na mesma época, em 1772, na Itália, Giuseppe Benvenuti, que era médico das termas dos Banhos De Lucca, se interessou pelo tema e, com os votos de “restabelecimento da saúde com esta prática”, dedicou a Sigismundo Chigi, Príncipe de Farneta, o livro “As reflexões acerca dos efeitos do movimento do cavalo”, no qual escreve que a equitação, além de conservar o corpo saudável e de promover diferentes funções orgânicas, causa uma ativa função terapêutica (HORNE; CIRILLO, 2005).

Os autores apontam que, em 1782, Tissot descreveu os efeitos dos movimentos do cavalo em sua obra “Ginástica médica ou cirúrgica ou experiência dos benefícios obtidos pelo movimento”. Mencionou, pela primeira vez, as contra-indicações da equitação e os diferentes efeitos da andadura do cavalo, inclusive considerou o passo como sendo o mais adequado do ponto de vista terapêutico.

O poeta alemão Goethe (1740-1832), até seu 55º ano de vida, cavalgava diariamente e reconheceu o valor saudável das oscilações do corpo, acompanhando os movimentos do animal, a distensão salutar da coluna vertebral, causada pela posição do cavaleiro sobre a sela

e o estímulo brando, porém invariável, feito à circulação sanguínea (HORNE; CIRILLO, 2005). Em seu estudo para Weimar, o poeta usava uma cadeira em seu escritório, parecida a uma sela de cavalo. Goethe (s.d. apud HORNE; CIRILLO, 2005, p. 4) afirmava que:

[...] o motivo pelo qual o adestramento tem uma ação tão benéfica sobre as pessoas dotadas de razão é que aqui é o único lugar no mundo onde é possível entender com o espírito e observar com os olhos a limitação oportuna da ação e a exclusão de qualquer arbítrio e do caso. Aqui homem e animal fundem-se num só ser, de tal forma que não saberia dizer qual dos dois está efetivamente adestrando o outro.

O sueco Zander, fisiatra e mecanoterapeuta, em 1890, foi primeiro a assegurar que as vibrações transmitidas ao cérebro com 180 oscilações por minuto, estimulam o sistema nervoso simpático. Demonstrou isso, sem que o associasse ao cavalo. Em 1984, o médico e professor Dr. Dettlev Rieder, da Alemanha, chefe da unidade neurológica da Universidade Martin Luther, aferiu essas vibrações sobre o dorso do cavalo ao passo e verificou que corresponde precisamente aos valores que Zander havia descrito (HORNE; CIRILLO, 2005).

Os primeiros relatos sobre sessões de Equoterapia apareceram em 1900 na Alemanha, e, entre os pacientes que receberam esse tipo de tratamento, encontra-se Lênin, um conhecido político russo, que utilizou esse recurso para se recuperar de uma trombose cerebral (WOULD, 1999 apud NAPIER; USEO; ANTONIO, 1999a).

Segundo Horne e Cirillo (2005), em 1901, na Inglaterra, foi fundado o primeiro hospital ortopédico do mundo e, em virtude da Guerra dos Boers na África do Sul, o número de feridos era enorme. Uma dama inglesa, patronesse daquele hospital, decidiu levar os seus cavalos para lá, a fim de quebrar a monotonia do tratamento dos mutilados. Esse é o primeiro registro de uma prática eqüestre ligada a um hospital.

Os autores ainda comentam que em 1917, o Hospital Universitário de Oxford fundou o primeiro grupo de Equoterapia, destinado a atender o enorme número de feridos da 1ª Guerra Mundial, também com o propósito de lazer e de quebrar a monotonia do tratamento.

De acordo com Naschert (2006), a Equoterapia surgiu depois da 2ª Guerra Mundial, na Escandinávia e Alemanha, onde começaram a trabalhar com pessoas que tinham Paralisia Cerebral.

Conforme Horne e Cirillo (2005), a dinamarquesa Liz Hartel, aos 16 anos, teve

poliomielite grave e, inicialmente, deslocava-se em cadeira de rodas e depois, com muletas. Oito anos após a doença, nas Olimpíadas de 1952, ganhou medalha de prata em adestramento, repetindo o feito novamente, em 1956, nas Olimpíadas de Melbourne. O público só notou sua deficiência quando precisou das muletas para subir no pódio.

Os autores afirmam que, a partir disso, a classe médica, começou a se interessar pela equitação como prática terapêutica e, em 1954, na Noruega, surgiu a primeira equipe interdisciplinar composta por uma fisioterapeuta e um psicólogo e instrutor de equitação.

Naschert (2006) considera pioneiro da investigação científica da Equoterapia o doutor Max Reichenbach, que elaborou os primeiros estudos em 1953, com vários pacientes de sua clínica de Fisioterapia em Birkenreuth, Alemanha.

Na França, a reeducação eqüestre surgiu em 1965, conforme citaram De Lubersac e Lalleri na introdução de seu manual intitulado “A Reeducação Através da Equitação” (1973), porém, em 1963, esta já era usada empiricamente, como comenta Killilea em seu livro “De Karem com amor”, no qual narra a história de uma jovem com deficiência, reeducada com a equitação e a natação. Logo notaram como essa prática permite à pessoa com deficiência se recuperar e valorizar as próprias potencialidades. Em 1965, a Equoterapia tornou-se uma matéria didática e, em 1969, houve o primeiro trabalho científico de Equoterapia no Centro Hospitalar Universitário da Universidade de Salpentire, em Paris. Em 1972, foi realizada a defesa da primeira tese de doutoramento em medicina, em reeducação eqüestre, na Universidade de Paris, em Val-de-Marme, pela Dra. Collette Picart Trintelin. Em 1974, foi efetuado o 1º Congresso Internacional na França (HORNE; CIRILLO, 2005).

Na Itália (Milão), em 1985, foi criada a 1ª Federação Internacional de Equoterapia *Federation Riding Disabled International* (FRDI), cuja sede atualmente fica na Bélgica. Na Itália, utiliza-se a terminologia Terapia por Meio do Cavalo (TMC) e também Reeducação Eqüestre. A Associação Italiana chama-se *Associazione Nazionale Italiana di Riabilitazione Eqüestre* (ANIRE), atende mais de 1.000 crianças e adolescentes, em tratamento e é reconhecida pelo Decreto da Presidência da República. Promove, em colaboração com a Universidade de Medicina Paiva e do Centro de Psicologia do Esporte de Milão, cursos nacionais de aperfeiçoamento e formação de técnicos nessa área, destinados a médicos, terapeutas de reabilitação, professores de equitação e educação física, entre outros (HORNE; CIRILLO, 2005).

Os autores acrescentam que a Equoterapia na Itália é um tratamento a que todas as camadas da população podem ter acesso. A maioria dos centros de Equoterapia tem convênios com a Previdência Social e com associações de parentes de deficientes mentais e físicos, recebendo o apoio oficial de entidades, tais como a *Unione Nazionale Incremento Razza Equine*, o que corresponde no Brasil à comissão Coordenadora da Criação do cavalo Nacional (CCCCN), órgão do Ministério da Agricultura.

Segundo Horne e Cirillo (2005), no Canadá, em 1988, ocorreu o 7º Congresso Internacional, no qual foram discutidos temas relativos ao emprego do cavalo com fins terapêuticos e organizada uma Federação Internacional.

Os autores acima comentam que, na Alemanha, Suécia e Suíça, a prática de reeducação pela equitação é conhecida como modalidade de tratamento, financiada pelo governo. A Alemanha tem centros de Formação em Equoterapia em quatro universidades.

Horne e Cirillo (2005) ressaltam que, no Brasil, em 1989, foi criada a Associação Nacional de Equoterapia (ANDE-Brasil). Em 1991, foi realizado o 1º Encontro Nacional de Equoterapia e o 1º Curso de Extensão de Equoterapia.

2.1.2 Conceito

O termo Equoterapia foi criado pela ANDE-Brasil, em 1989, para denominar todas as práticas que empreguem o cavalo com técnicas de equitação e atividades equestres, objetivando a reabilitação e/ou educação de pessoas portadoras de deficiência ou de necessidades especiais (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EQUOTERAPIA, 2005).

A Associação Nacional de Equoterapia (2005) baseou-se nas seguintes idéias para criar esse nome:

- a) Homenagear a língua-mãe – o Latim – adotando o radical equo que vem de *equus*, e o pai da medicina ocidental, Hipócrates de Loo, adotando-se terapia, que vem do grego *therapia*;

- b) Quem utilizasse o termo Equoterapia, até então desconhecido, estaria engajado nos princípios e normas fundamentais de orientação dessa prática no Brasil, o que promoveria o reconhecimento do método terapêutico pelos órgãos competentes;
- c) Não se utilizou o radical hipo, basicamente por ser hoje um dos programas da Equoterapia, e por significar esse radical “diminuição ou posição em grau inferior”.

A Associação Nacional de Equoterapia (2005) poderia ter adotado a tradução de uma das terminologias já utilizadas em outros países para denominar todas as terapias feitas com o cavalo e a cavalo. No entanto as expressões usadas nos outros países são, ainda, discutidas em congressos internacionais, pois ainda não se chegou a um consenso da expressão mais adequada.

Os termos empregados variam conforme as escolas, alguns a chamam de reeducação através da equitação (ERA), outros falam de terapia com cavalos (TCC) e outros utilizam o termo equitação terapêutica (atualmente, muito utilizado em diversos países) (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EQUOTERAPIA, 2005).

Segundo a Associação Nacional de Equoterapia (2005), a palavra Equoterapia está registrada no Instituto Nacional da Propriedade Industrial (INPI), do Ministério do Desenvolvimento, da Indústria e do Comércio, com Certificado de Registro de Marca n. 819392529, de 26 de julho de 1999.

Assim o conceito definido pela ANDE-Brasil é o que embasa o desenvolvimento deste trabalho, mas neste abordam-se os diferentes conceitos, cujos significados são iguais e estão inseridos nos mesmos princípios e normas desenvolvidas pela Associação.

Conforme a Associação Nacional de Equoterapia (1999, p. 13) a Equoterapia é:

[...] um método terapêutico e educacional que utiliza o cavalo dentro de uma abordagem interdisciplinar, nas áreas de saúde, Educação e Equitação, buscando o desenvolvimento biopsicossocial de pessoas portadoras de deficiência e/ou com necessidades especiais. Na Equoterapia o cavalo atua como agente cinesioterapêutico, facilitador do processo ensino-aprendizagem e como agente de inserção e reinserção social.

De acordo com Naschert (2006), a Equoterapia é uma terapia que utiliza o cavalo como instrumento terapêutico.

Para Cirillo (1992, p. 1), “Equoterapia é um tratamento de reeducação e reabilitação motora e mental, através da prática de atividades eqüestres e técnicas de equitação”.

Segundo Wickert (1999, p. 101),

Equoterapia é o processo de reabilitação de pessoas com necessidades especiais, que utiliza o cavalo como meio para, por meio e com o acompanhamento de uma equipe de profissionais especializados, trazer aos portadores de deficiência a melhora possível tanto física quanto psíquica.

Conforme Critterio (1999, p. 33), “A Equoterapia pode ser considerada um conjunto de técnicas reeducativas que atuam para superar danos sensoriais, cognitivos e comportamentais e que desenvolvem atividades lúdico-esportivas por intermédio do cavalo”.

A Equoterapia, para Gavarini (1995 apud FREIRE, 1999, p. 32),

[...] pode também ser uma terapia principal ou complementar, dependendo de sua patologia. O tratamento Equoterápico pode proporcionar uma reabilitação global, uma vez que o indivíduo tem acesso a uma ajuda psicológica e psicossomática, assim como a Fisioterapia sobre o cavalo.

A Equoterapia favorece a reintegração social, que é estimulada pelo contato do indivíduo com outros pacientes, com a equipe e com o animal, aproximando-o, dessa maneira, cada vez mais, da sociedade na qual convive (GAVARINI, 1995 apud FREIRE, 1999).

Walter e Vendramini (2000) enfatizam que a Equoterapia utiliza técnicas de equitação e atividades eqüestres para trazer benefícios físicos, psicológicos e educacionais. Esse recurso propicia o movimento do corpo todo, favorecendo, desse modo, o desenvolvimento do tônus e da força muscular, o relaxamento, a conscientização do próprio corpo, o equilíbrio, a coordenação motora, a atenção, a autoconfiança e a auto-estima. Portanto, a Equoterapia é um método de reabilitação e educação que desenvolve o paciente de maneira global.

2.1.3 Áreas de aplicação e a equipe de Equoterapia

O campo de atuação da Equoterapia é vasto e destina-se às pessoas que possuem: deficiências motoras, sensoriais e mentais, doenças mentais e inaptações sociais (tóxicos, delinquentes, pessoas com perturbações emocionais, etc.).

A Equoterapia, segundo a Associação Nacional de Equoterapia (2005), é aplicada às áreas de saúde, educação e social. A equipe traça um plano de tratamento conforme as necessidades e potencialidades de cada paciente, e assim o tratamento Equoterápico terá maior ênfase em uma dessas áreas.

O paciente que procura a Equoterapia deve ser avaliado por um médico responsável (da equipe ou por seu próprio médico), que irá indicar ou contra-indicar o tratamento e dará também respaldo à equipe, tanto nos aspectos clínicos como na alta do paciente.

Para Lermontov (2004), a equipe pode ser formada, entre outros, por:

- a) Profissionais da área da saúde: fisioterapeuta, fonoaudióloga, psicóloga, terapeuta ocupacional, psicomotricista e médico;
- b) Profissionais da área da educação: pedagogo, psicopedagogo e educador físico;
- c) Profissionais da área da equitação e do trato animal: instrutor de equitação, auxiliar-guia, tratador, veterinário e zootecnista.

Além dos profissionais acima mencionados, Napier, Useo e Antonio (1999b), acrescentam o cavalo como sendo o primeiro membro da equipe, e falam da importância de conhecer o caráter do cavalo, suas andaduras e as reações manifestadas com cada paciente. O cavalo deve ser selecionado levando em consideração o paciente, o seu tamanho e a dificuldade que apresenta.

2.1.4 Programas básicos de Equoterapia

O criador dos programas básicos de Equoterapia foi Deutsches Kuratorium (1986 apud UZUN, 2005). A equipe deve trabalhar em conjunto para desenvolver o programa; no entanto, poderá, conforme este, dar maior ênfase na atuação de determinada especialidade.

Conforme Uzun (2005), os programas básicos de Equoterapia são:

- a) Hipoterapia: é um programa essencialmente da área de reabilitação, dirigido para pessoas portadoras de deficiência física, sensorial e/ou mental. O paciente não apresenta condições físicas e/ou mental para permanecer sozinho sobre o cavalo;

precisa de um auxiliar-guia para conduzi-lo e, esporadicamente, de um auxiliar-lateral para mantê-lo montado, dando-lhe segurança. A ênfase das ações é dos profissionais da área de saúde, necessitando, portanto, de um terapeuta ou mediador, a pé ou montado, para a execução dos exercícios programados. O cavalo é utilizado essencialmente como instrumento cinesioterapêutico;

- b) Educação / Reeducação: este programa pode ser aplicado à área da saúde, educação ou equitação. O paciente tem condições de exercer alguma atuação sobre o cavalo e conduzi-lo, dependendo, em menor grau, do auxiliar-guia e do auxiliar-lateral. A Atuação do profissional de equitação torna-se mais intensa, embora os exercícios necessitem ser programados por toda a equipe, conforme os objetivos propostos. O cavalo continua propiciando melhora pelo seu movimento tridimensional, atuando como facilitador do processo ensino-aprendizagem e o paciente passa a interagir com mais intensidade;
- c) Pré-esportivo: este programa tem uma maior aplicação nas áreas de educação e social. O paciente possui boas condições para atuar e conduzir o cavalo, podendo participar de pequenos exercícios específicos de hipismo. A atuação do profissional de equitação é intensa, porém precisa da orientação e do acompanhamento dos profissionais das áreas de saúde e educação. O paciente desempenha grande influência sobre o cavalo, e este é utilizado como agente de inserção/reinserção social.

A equoterapia, conforme a Associação Nacional de Equoterapia (2005), é empregada por meio de programas específicos organizados conforme as necessidades e potencialidades da pessoa, do objetivo do programa e das metas a serem alcançadas.

2.1.5 Indicações e contra-indicações

Apesar de ser enorme o campo de atuação da Equoterapia, os profissionais que atuam na área necessitam estar atentos às indicações e contra-indicações desse recurso.

Para as autoras Medeiros e Dias (2002b), a Equoterapia é indicada a pessoas com:

- a) Lesões cerebrais: Paralisia Cerebral Infantil (PCI), traumas encefálicos, seqüelas de processos inflamatórios do sistema nervoso central; déficit de produção de movimento: paresias ou paralisias;
- b) Distúrbios da coordenação e da regulação de tônus muscular: espaticidade, distonias e distúrbios de equilíbrio. Déficits neuromotores por lesões da medula espinhal;
- c) Lesões de nervos periféricos: paralisias obstétricas do plexo braquial;
- d) Atraso maturativo do desenvolvimento psicomotor, freqüentemente associado a déficits de atenção e instabilidade psicomotoras;
- e) Distúrbios comportamentais: formas psiquiátricas de psicoses infantis;
- f) Distúrbios sensoriais;
- g) Patologias ortopédicas: dimorfismos esqueléticos, cifoses e escolioses;
- h) Acidente Vascular Cerebral (AVC);
- i) Traumatismo Cranioencefálico (TCE);
- j) Síndromes neurológicas (Down, West, Rett, Soto e outras);
- k) Distúrbios psicossociais e outros.

Como foi mencionado, existem algumas contra-indicações para realizar esse tratamento e, segundo Medeiros e Dias (2002b), são elas:

- a) Graves afecções da coluna vertebral como hérnia de disco, escoliose estrutural acima de 40 graus, esclerose em evolução, epífises de crescimento em estágio evolutivo e geralmente todas as afecções em fase aguda;
- b) Cardiopatias agudas;
- c) Instabilidade atlantoaxial devido à Síndrome de Down;
- d) Subluxação de quadril;

- e) Osteoporose;
- f) Hipertensão (quando não está controlada);
- g) Alergia ao pelo do cavalo.

Com base nestas informações ressalta-se que nenhum profissional (exceto o que tenha formação médica) pode autorizar o paciente a frequentar a Equoterapia. É obrigação do terapeuta solicitar antes do paciente começar a Equoterapia, um atestado médico para assegurar-se que este não possui nenhuma contra-indicação para realizar esse recurso (NASCHERT, 2006).

2.1.6 Benefícios e efeitos terapêuticos

Para Naschert (2006), os efeitos terapêuticos se referem aos benefícios que proporciona o uso da Equoterapia nas áreas neuromotora, sensoriomotora, sociomotora, psicomotora e no funcionamento do organismo humano.

Conforme Buchene e Savini (1996 apud FREIRE, 1999), são vários os benefícios que a Equoterapia traz para seus pacientes: ganhos que vão do físico ao mental. Melhora o equilíbrio e a postura, favorece a consciência corporal, aumenta a capacidade de decisão, desenvolve a coordenação motora fina, trabalha a coordenação motora global, motiva o aprendizado, encorajando a leitura e a fala. Desenvolve a coordenação óculo-manual (mãos e olhos), favorece a organização das seqüências de ações (planejamento motor), estimula os cinco sentidos através das atividades e do meio, ajuda a superar fobias, como a da água, de altura e de animais, aumenta a autoconfiança e a auto-estima, facilitando a integração social, melhora aspectos cognitivos (memória, concentração, raciocínio lógico), desenvolve a linguagem e a comunicação, ensina a importância de regras como segurança e disciplina, ensina o paciente a encarar situações de risco controlado (como dirigir) e favorece a sensação do bem-estar.

Lima e Motti (2000), referem que a primeira reação da pessoa ao se deparar com a Equoterapia é a de encanto, de descoberta, de perceber a sua importância no processo de reabilitação, na melhoria e principalmente na aquisição do domínio motor, tão importante

para a individualidade e desempenho das atividades de vida diária (AVDs) das pessoas com deficiências.

Para Garrigue (1999), os efeitos terapêuticos desse recurso podem ser classificados em quatro categorias, citadas a seguir:

- a) A Melhora da Relação é a valorização plena do indivíduo a cavalo, a comunicação, o autocontrole, a autoconfiança, a vigilância da relação, a atenção e o tempo de atenção;
- b) A Melhora da Psicomotricidade abrange a melhora do tônus, a mobilização das articulações da coluna e da bacia, promove o equilíbrio e a postura do tronco ereto, propicia a obtenção de lateralidade, melhora a percepção do esquema corporal, favorece a referência de espaço e de tempo, desenvolve a coordenação ou a dissociação de movimentos, facilita a precisão do gesto, proporciona ao paciente um melhor conhecimento de posições de seu corpo e do cavalo, permite, enfim, a integração do gesto para compreensão de uma ordem recebida ou por imitação;
- c) A Melhora da Natureza Técnica gera as diferentes aprendizagens referentes aos cuidados com os cavalos (alimentação, selar, etc.) e as técnicas de equitação que permitem conduzir o cavalo. Para consolidar esses diferentes tipos de aprendizagem, é necessário, muitas vezes, usar linguagem apropriada e ritmo adequado, para que a clientela assimile a informação e assim evite transformar esse recurso em fonte suplementar de fracasso em vidas que já sofrem de limitações;
- d) A Melhora da Socialização promove a integração de pessoas com déficits cognitivos ou corporais com os demais pacientes ou cavaleiros saudáveis e com a equipe interdisciplinar os quais trabalham nos locais de atendimento.

Segundo Medeiros e Dias (2002a), a Equoterapia se desenvolve em etapas que estão interligadas tanto à estrutura da sessão quanto ao tempo de tratamento. O paciente se enquadra conforme suas capacidades físicas e/ou mentais, verificadas por uma anamnese feita inicialmente. A partir disso, é traçado um plano terapêutico individualizado, o qual será constantemente reavaliado. A primeira fase chama-se de aproximação, a segunda, de montaria e a terceira, de separação. Essa estrutura propicia a organização temporal de início, meio e fim da sessão.

Para Heine (1997), o tratamento no cavalo é apenas uma parte de um programa detalhado do tratamento que começa com uma avaliação inicial. Uma parte importante dessa avaliação é o estabelecimento de um plano de tratamento que contenha objetivos que se deseja alcançar a curto tempo. Os objetivos a longo prazo devem ser funcionais e relevantes à situação da família/escola/trabalho de cada paciente. Conseqüentemente, a consulta com a família do paciente é necessária. Escolher o cavalo cujo movimento se ajusta melhor às necessidades do paciente, e o equipamento apropriado para facilitar as respostas desejadas é uma parte integral do plano de tratamento. A reavaliação de cada paciente deve ser realizada a cada três a seis semanas, a fim de garantir que o plano de tratamento e os objetivos permaneçam apropriados para o paciente. Quando, na reavaliação, os profissionais identificarem que o paciente atingiu os objetivos a longo prazo e, na opinião da equipe, não houver mais nenhum objetivo mais longo a ser alcançado, o paciente deve receber alta da Equoterapia.

De acordo com Miranda (2000), a partir dos objetivos definidos, o paciente pode ser colocado nas seguintes posições: a) decúbito dorsal longitudinal, com a cabeça na garupa do cavalo; b) decúbito ventral longitudinal, com a cabeça na garupa do cavalo; c) decúbito ventral transversal: sentado sem sela, com apoio do terapeuta; sentado sem sela; sentado com sela, sem estribos; e sentado com sela, com estribos.

Conforme Rolandelli e Dunst (2003), as sessões de Equoterapia geralmente duram entre 20 e 60 minutos e ocorrem dentro de um picadeiro fechado ou ao ar livre, mas a média destes é de 30 minutos. Uzun (2005) acrescenta que esse tempo deve ser respeitado devido a enorme quantidade de estímulos recebidos durante esse período.

Esse recurso desenvolve a sensibilidade física e psíquica, na medida em que exige a constante percepção e reação frente a diversos estímulos. Todas essas contribuições aliadas à experiência de sentimentos de independência, liberdade e prazer resultam em uma maior harmonia e equilíbrio físico e psíquico.

Cada manobra executada na sessão de Equoterapia é uma experiência que envolve ação e emoção, acarretando um comportamento diferente, em que podemos observar cada reação igual ou inversa ao que se propõe ao paciente (GOMES, 2004, p. 88).

Para tal, acredita-se na importância do aspecto lúdico desse recurso, tornando-a

principalmente, um momento de satisfação, descontração e realização. “O paciente não se dá conta do que está sendo realizado, reabilita-se brincando e brinca reabilitando-se, desfrutando de prazer na atividade” (BRITO, 2000, p. 127).

Para uma pessoa que está frequentemente numa cadeira de rodas e vê o mundo de baixo para cima, é uma enorme alegria vê-lo de cima para baixo quando está no cavalo. O autor salienta que as atividades devem ser realistas e realizáveis (MIRANDA, 2000).

A Equoterapia é desenvolvida ao ar livre, em ambiente no qual o paciente estará intimamente ligado à natureza e, ainda, montado em um animal que é superior em porte e altura, podendo comandá-lo (quando possível). Assim, quando realizar esse recurso, a pessoa recebe uma gama enorme estímulos. Para Severo (1998), é nesse binômio milenar cavalo-cavaleiro, na interação dos movimentos e nas outras relações, que estão as bases científicas e técnicas da Equoterapia.

A confiança obtida na Equoterapia permite acelerar o processo de desenvolvimento de potencialidades, responsável pela integração pessoal e social da pessoa com dificuldades e/ou deficiências, integra o paciente, o cavalo, e os profissionais envolvidos, favorecendo assim uma sadia sociabilidade.

Segundo Fonseca, V. (1995), as aprendizagens humanas desenvolvem-se passo a passo num ambiente psicológico adequado e identificador. Quando o ambiente não é adequado, o desenvolvimento das capacidades de aprendizagem fica comprometido.

No próximo capítulo, segue algumas considerações sobre a deficiência, a forma como a deficiência foi percebida ao longo do tempo e algumas patologias que aparecem nesta pesquisa.

2.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE A DEFICIÊNCIA

Considera-se necessário refletir e conhecer a história da deficiência, bem como os conceitos elaborados ao longo dessa trajetória, para que se possa compreender melhor a influência desses fatos e os conceitos na atualidade, além de um melhor entendimento dos sentimentos e representações implícitas que as mães possuem sobre deficiência, os quais, muitas vezes, dificultam a aceitação do filho com deficiência ou a relação com este.

Ferreira e Guimarães (2003) e Fonseca, V. (1995) concordam que a forma como a sociedade encara a questão da deficiência reflete seu nível de desenvolvimento, a maturidade humana e o grau cultural. “Toda a marca ou estigma traduz um conjunto de valores e de atitudes dependentes do envolvimento cultural em que o indivíduo se encontra. Através dos tempos, os estigmas sofreram alterações semânticas significativas” (FONSECA, V., 1995, p. 7). Assim, apesar de existir em todas as culturas, as pessoas com deficiência foram vistas de modos diferentes.

2.2.1 A deficiência ao longo da história

O homem levou muito tempo para compreender e explicar cientificamente algumas entre tantas deficiências. Até isso acontecer, ele conviveu com uma gama enorme de explicações que, na maioria das vezes, não encaravam a deficiência como uma realidade humana. No entanto, o entendimento da deficiência não garante a habilidade em lidar com essas pessoas (FERREIRA; GUIMARÃES, 2003).

Conforme Ferreira e Guimarães (2003), na cultura grega, principalmente, na espartana, os indivíduos com deficiências não eram aceitos, os governantes espartanos determinavam, em lei, o abandono de crianças malformadas ou deficientes. Schwartzman (1999) acrescenta que os gregos não distinguiam os portadores de doenças mentais dos portadores de deficiência físicas e/ou mental e explicavam os atos cometidos contra os deficientes afirmando que não eram humanos, mas um tipo de monstro pertencente a outras espécies.

Na Antiguidade Clássica e na Idade Média, a deficiência era explicada pelas crenças no sobrenatural, demoníaco e na superstição. Nessa época, a pessoa com deficiência era rejeitada, excluída do convívio social, porque era vista como indigna e, inclusive em casos extremos, não podia nem ser tocada (FERREIRA; GUIMARÃES, 2003). Schwartzman (1999) também comenta que, na Idade Média, as pessoas com deficiências eram tidas como fruto da união entre uma mulher e o demônio. Lutero (s.d. apud SCHWARTZMAN, 1999), que viveu no século XVI, sugeria que a criança com deficiência e sua mãe fossem incineradas, pois achava que o nascimento de uma criança com deficiência era consequência dessa união maléfica. Santo Agostinho (s.d. apud SCHWARTZMAN, 1999) foi uma exceção nesse período, pois conseguiu que vários monastérios cuidassem de crianças com deficiência.

O povo Romano, diferente dos Espartanos, levantava as pessoas com deficiência para os exibirem durante as festas populares. Assim, na Idade Média, a pessoa com deficiência era vista com poderes invisíveis, tanto para o mal, como para o bem. Conforme o tipo de deficiência, o povo apresentava uma reação; por exemplo, os epiléticos e psicóticos, eram tidos como possuídos por demônios, porém, os cegos eram considerados profetas ou videntes (FERREIRA; GUIMARÃES, 2003).

As autoras ressaltam que no Brasil, algumas tribos do Alto Xingu, no Mato Grosso, até na atualidade, enterram vivas as crianças que nascem com deficiência, por acreditarem que elas não terão condições de ir para a selva, de se defender. Como pensam que são incapazes de ter uma vida independente, os índios vêem isso como atitude natural. Os gêmeos também são sacrificados, pois não se sabe quem representa o bem ou o mal. Mencionam também que o sacrifício somente ocorre quando a deficiência é identificada logo após o nascimento. Se perceberem a deficiência depois de alguns meses, a tribo aceita-as.

Conforme Schwartzman (1999), Langdon Down (1866) acreditava que existiam raças superiores a outras e que determinadas condições que se seguiam por Deficiência Mental (DM) revelavam também sinais físicos, típicos de determinadas raças ditas inferiores, tais como a negra, a oriental, etc. Langdon Down, descrevendo a síndrome que leva seu nome, tentou explicá-la por uma degenerescência racial.

O autor comenta que, apenas por volta do início do século XVIII, os açoites, torturas e exorcismo deram lugar ao diagnóstico clínico e ao tratamento médico. Essa mudança cultural, porém, não conduz à abolição do sentimento de rejeição ao deficiente, mas a um novo mecanismo de defesa: em lugar da projeção da condenação moral, que torna o próprio deficiente o responsável por uma “justa” rejeição, agora que os líderes da cultura valorizam o deficiente, promovido à pessoa de plenos direitos cívicos e morais, a rejeição se associa à culpa, e o novo mecanismo de defesa é a formação reativa vestida socialmente como amor e proteção. Com aparecimento, “[...] no final da Idade Média, as ‘Irmandades de Caridade’, mais conhecidas por Santas Casas de Misericórdia, traziam subjacentes essa concepção de ajuda aos necessitados, derivada do ideário cristão” (BOTELHO, 1991 apud BIANCHETTI, 1998, p. 33).

De acordo com Fonseca, V. (1995), no século XIX surgiram os primeiros estudos científicos sobre deficiência e eram mais voltados para a deficiência mental. Nessa época,

destacam-se os trabalhos de Esquirol, Séguin, Itard, Wundt, Ireland, Ducan e Millard, Morel, Lombroso, Down, Galton, Tuke, Rusch, Dix, etc.

Para Rozicki (2003), após as duas primeiras guerras mundiais (1945), ficou evidente a exclusão social do diferente. As Declarações e os Tratados que apareceram das Organizações da Nações Unidas (ONU) e da Organização Internacional do Trabalho (OIT), versaram sobre política de integração social e não-discriminação. No Brasil, conforme Ferreira e Guimarães (2003), a preocupação com os egressos da guerra foi assinalada pela criação do plano de organização de um Serviço Nacional de Assistência a mutilados, implantado no Governo Vargas.

Isso influenciou a elaboração de leis nacionais e levou a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 a expressar mandamentos destinados a proteger os cidadãos da discriminação. O Governo Federal editou o Decreto n. 3.298, de 20 de dezembro de 1999, que regulamentou a Lei n. 7.853, de 24 de outubro de 1989, com texto abrangente, visando assegurar às pessoas portadoras de deficiência possibilidades reais de inclusão em todas as esferas da vida em sociedade, respeitando-se a cidadania de todos (ROZICKI, 2003).

Rozicki (2003, p. 3) escreve que, com relação ao passado e presente da vida do deficiente e ao ambiente sócio-econômico-cultural, o documento internacional a respeito das regras gerais sobre a igualdade de oportunidades para as pessoas com deficiência exhibe o seguinte:

[...] em todas as partes do mundo e em todos os níveis de cada sociedade, há pessoas com deficiência. O número total de pessoas com deficiência no mundo é muito grande e está a aumentar. Resultado das diferentes circunstâncias sócio-econômicas e das diferentes disposições que os Estados adotam em favor do bem-estar dos seus cidadãos.

A atual política em matéria de deficiência é o resultado da evolução registrada ao longo dos últimos 200 anos. Em muitos aspectos, reflete as condições gerais da vida e as políticas sociais e econômicas surgidas em épocas diferentes.

Não obstante, no que respeita à deficiência, também há muitas circunstâncias concretas que influenciaram as condições de vida das pessoas que dela padecem: a ignorância, o abandono, a superstição e o medo são fatores sociais que, ao longo de toda a história, isolaram as pessoas com deficiência e atrasaram o seu desenvolvimento.

Hazard (2004) faz um histórico da deficiência no Brasil e os direitos conquistados ao longo dos anos. Segundo o autor, no Brasil, as doenças infecto-contagiosas eram responsáveis

por incapacidades funcionais. Assim, a deficiência era vista apenas sob o aspecto da cura ou da prevenção. A reabilitação das pessoas com deficiência era feita por entidades da sociedade civil, baseada no humanitarismo e assistencialismo. Dessa forma, criaram-se várias instituições direcionadas para pessoas com deficiência, porém segregadoras, porque eram isoladas do resto da sociedade e o poder público apenas fazia o repasse de recursos para essas instituições filantrópicas.

O Governo Federal do Brasil ultimamente vem incentivando a inclusão da pessoa com deficiência, adotando várias iniciativas no âmbito da União, como maneira de orientar os Estados e os municípios no ajuste de políticas e regulamentações locais. O reconhecimento dos direitos tem sido expressado por vários textos constitucionais ou infraconstitucionais, ocorridos no âmbito da União, dos Estados e dos Municípios (HAZARD, 2004).

Hazard (2004) destaca a Lei n. 7.853/1989, que traz o modelo de garantias na área da educação, da saúde, da formação profissional e do trabalho, das edificações e da criminalização do preconceito. Cita também o Programa Nacional de Direitos Humanos, lançado, em 1996, pelo Governo Federal do Brasil.

O Brasil tem uma das legislações sociais mais desenvolvidas na América Latina. Assim, há o reconhecimento dos direitos; porém sua efetivação é precária, a maioria das pessoas com deficiência não conhece seus direitos e não tem acesso à defesa, e as defensorias públicas são em número insuficiente (HAZARD, 2004).

O autor comenta que as ações governamentais nos diversos níveis federais, estaduais e municipais vêm sendo implementadas, porém, freqüentemente isso acontece de maneira segmentada, desarticulada, paliativa e pontual. Falta um programa global de ações integradas e coordenadas.

O empenho para a inclusão da pessoa com deficiência na educação pública também deve ser ampliado, de modo mais integrado, garantindo uma maior assessoria e qualificação das equipes pedagógicas. Na saúde e na reabilitação, será preciso uma reorganização profunda da rede pública de saúde e reabilitação, pois o sistema centralizado de atendimento está em crise (HAZARD, 2004).

“Em nossa sociedade, moderna e esclarecida, dois terços do mundo não possuem serviços médicos ou educacionais especiais para os deficientes; o outro terço ainda rotula e

segrega, física, educacional e emocionalmente, do resto da população” (HEIDRICH, s.d. apud ROZICKI, 2003, p 1). Assim, a ausência de informação favorece a continuidade dos problemas sociais, por isso é importante uma maior divulgação de informações. Conforme a Organização Mundial de Saúde (s.d. apud ROZICKI, 2003, p. 1), existem “[...] 600 milhões de deficientes físicos no mundo, e cerca de 600 milhões de pessoas, ou seja, 10% da população mundial são deficientes físicos [...]. Deste número, apenas 1% a 2% tem acesso a serviços de readaptação”.

No Brasil, segundo o Censo realizado em 2000 pelo IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, existem 24.5 milhões de brasileiros portadores de algum tipo de deficiência, o que significa que 14.5% da população brasileira apresenta alguma deficiência física, mental ou dificuldade para enxergar, ouvir ou locomover-se. Os dados do Censo mostram também que, no total de casos declarados de portadores de deficiências, 8,3% possuem deficiência mental, 4,1% deficiência física, 22,9% deficiência motora, 48,1% visual e 16,7% auditiva. Entre 16,5 milhões de pessoas com deficiência visual, 159.824 são incapazes de enxergar, e entre os 5,7 milhões de brasileiros com deficiência auditiva, 176.067 não ouvem (HAZARD, 2004).

Perrin e Shonkoff (2000) avaliam que entre 15% e 18% da população mundial de crianças e adolescentes possuem alguma forma de problema crônico, incluindo condições físicas, deficiências no desenvolvimento, dificuldades de aprendizagem e doença mental. Garralda (1994) acredita que 5% das crianças apresentem desordens físicas persistentes ou recorrentes.

Muitos fatores favorecem para que esse número seja alto, incluindo o fato de o país possuir um dos maiores índices de acidentes de trabalho e de violência urbana, o que colaborara para o crescimento de jovens com deficiência. Presume-se que, no Brasil, 10.000 pessoas tornem-se deficientes físicos por mês (HAZARD, 2004).

2.2.2 A definição do conceito

Rozicki (2003) ressalta que a saúde envolve os estados de vida emocional, físico, e social e, conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), toda perda ou anomalia de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica.

O significado da deficiência, na vida de um indivíduo, é a consequência do

entrelaçamento de sua história pessoal com o meio social onde vive. Sobre a pessoa incidirá o estigma da “incapacidade”, do impedimento, da “invalidez” e o peso da opressão e da impotência. São várias as cobranças familiares e sociais que depositam algumas pessoas em condição de desvantagem, e não são, necessariamente, seus aspectos diferenciados (FERREIRA; GUIMARÃES, 2003).

Para as autoras, as conseqüências acarretadas pela visão errônea sobre indivíduos com deficiência levam à falta de conhecimento das potencialidades destes, o que reforça supor-lhes uma incapacidade. Isso só será possível ser modificado a partir do momento em que a condição de “deficiência” for alterada, levando-se em consideração também as potencialidades e possibilidades desses indivíduos e não somente seus defeitos e limitações.

Carmo (1991 apud FERREIRA; GUIMARÃES, 2003, p. 28) chama a atenção para o sentido e o significado da “deficiência”:

[...] depende do ponto de vista ou da concepção da pessoa que atribui e de quem recebe o atributo. Constituído no movimento histórico das relações entre os homens, o conceito “deficiência” só pode ser entendido se analisado de forma bipolar, ou seja, o que é deficiente para uns não o é para outros, tudo vai depender de a que homem, sociedade e mundo estamos nos referindo.

Ballone (2003) afirma que um indivíduo pode ser considerado deficiente em uma certa cultura e não deficiente em outra, isso varia, conforme a capacidade desse indivíduo em atender as necessidades dessa cultura, o que faz o diagnóstico ser relativo.

Ferreira e Guimarães (2003) ressaltam que cada pessoa revela características específicas, no entanto, é o grupo social que define e valoriza o que é considerado “normal” ou “anormal”. Existe uma confusão em relação ao uso dos termos normal ou anormal e comum e incomum, as pessoas possuem dificuldades para diferenciar o que é normal do que é comum. Pois, o que é comum para uma cultura ou época, não é, necessariamente, o normal da humanidade, ou o que é comum, por exemplo, em certas regiões do país, pode não ser visto como normal.

As autoras mencionam ainda as contradições existentes com relação à expressão pessoa portadora de deficiência, expressão muito utilizada, que tem sido trocada por outras, como pessoas portadoras de necessidades especiais. Apesar de sua utilização tentar diminuir ou descaracterizar as deficiências em si mesma, é necessário ter cuidado, pois a expressão

portadora parece imprópria. “Necessidades não se portam, como objetos; necessidades são experimentadas e manifestam-se” (FERREIRA; GUIMARÃES, 2003, p. 30).

Sasaki (2003) discorre sobre a terminologia correta a ser utilizada para chamar as pessoas que têm deficiência. Em todo o mundo e há muitos anos, existe esse questionamento, e o autor acrescenta ainda que nunca existiu e não existe ainda um único termo correto.

A razão disto reside no fato de que a cada época são utilizados termos cujo significado seja compatível com os valores vigentes em cada sociedade enquanto esta evolui em seu relacionamento com as pessoas que possuem este ou aquele tipo de deficiência(SASSAKI, 2003, p. 12).

Sasaki (2003, p. 15, grifo do autor) comenta que todos os movimentos existentes no mundo, inclusive no Brasil, estão discutindo o termo pelo qual as pessoas com deficiência preferem ser chamadas e salienta que:

[...] mundialmente, já fecharam a questão: querem ser chamadas de “pessoas com deficiência” em todos os idiomas. E esse termo faz parte do texto da Convenção Internacional para Proteção e Promoção dos Direitos e Dignidade das Pessoas com Deficiência, a ser aprovada pela ONU em 2006 e a ser promulgada posteriormente através de lei nacional de todos os Países-Membros.

Eis os princípios básicos para os movimentos terem chegado ao nome “pessoas com deficiência”:

1. Não esconder ou camuflar a deficiência;
2. Não aceitar o consolo da falsa idéia de que todo mundo tem deficiência;
3. Mostrar com dignidade a realidade da deficiência;
4. Valorizar as diferenças e necessidades decorrentes da deficiência;
5. Combater neologismos que tentam diluir as diferenças, tais como “pessoas com capacidades especiais”, “pessoas com eficiências diferentes”, “pessoas com habilidades diferenciadas”, “pessoas deficientes”, “pessoas especiais”, “é desnecessário discutir a questão das deficiências porque todos nós somos imperfeitos”, “não se preocupem, agiremos como avestruzes com a cabeça dentro da areia” (i.é, “aceitaremos vocês sem olhar para as suas deficiências”);
6. Defender a igualdade entre as pessoas com deficiência e as demais pessoas em termos de direitos e dignidade, o que exige a equiparação de oportunidades para pessoas com deficiência atendendo às diferenças individuais e necessidades especiais, que não devem ser ignoradas;
7. Identificar nas diferenças todos os direitos que lhes são pertinentes e a partir daí encontrar medidas específicas para o Estado e a sociedade diminuïrem ou eliminarem as “restrições de participação” (dificuldades ou incapacidades causadas pelos ambientes humano e físico contra as pessoas com deficiência).

Assim, Sasaki (2005) ressalta que provavelmente a palavra “portadora” vai ser abolida, pois uma pessoa não porta uma deficiência, ela possui uma deficiência, a deficiência faz parte da pessoa.

Tanto o verbo “portar” como o substantivo ou o adjetivo “portadora” não se aplicam a uma condição inata ou adquirida que faz parte da pessoa. Por exemplo, não dizemos e nem escrevemos que uma certa pessoa é portadora de olhos verdes ou pele morena (SASSAKI, 2003, p. 16).

A pessoa portadora de deficiência é, conforme o artigo 3º do Decreto n. 914, de 6 de setembro de 1993,

[...] aquela que apresenta, em caráter permanente, perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gerem incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano.

A Organização Mundial de Saúde (s.d. apud ROZICKI, 2003, p. 1) divide essas deficiências em:

[...] deficiência física (tetraplegia, paraplegia e outros), deficiência mental (leve, moderada, severa e profunda), deficiência auditiva (total ou parcial), deficiência visual (cegueira total e visão reduzida) e deficiência múltipla (duas ou mais deficiências associadas).

Rozicki (2003) menciona que as deficiências físicas podem ser congênitas ou adquiridas.

As mães que participaram deste estudo possuem filhos com deficiência, tais como: Síndrome de Down, Paralisia Cerebral, Deficiência Mental, outras. Visando a uma melhor compreensão deste trabalho, aborda-se, pois, um pouco acerca das diversas patologias que foram citadas nesta pesquisa.

2.2.3 Caracterização das patologias

Visando a um melhor entendimento deste trabalho, discorre-se brevemente acerca das deficiências que apareceram nesta pesquisa com as mães dos pacientes. Ressalta-se que serão abordadas apenas as patologias mencionadas pelas mães dos pacientes e adotada a mesma

nomenclatura utilizada por elas, mesmo que cientificamente possam ser termos considerados inadequados ou não mais utilizados atualmente, como por exemplo, a Paralisia Cerebral, termo muito mencionado na pesquisa e cuja nomenclatura adequada é encefalopatia.

2.2.3.1 Deficiência Mental

De acordo com Miranda, Resegue e Figueiras (2003), cerca de 50% dos portadores de necessidades especiais apresentam Deficiência Mental.

Ballone (2003) menciona que, a partir do século XX, começou-se a formar um conceito para o deficiente mental, relativo ao funcionamento intelectual, que seria inferior à média estatística dos indivíduos e, sobretudo, à dificuldade de adaptação ao meio.

Segundo a Associação Americana de Psiquiatria (1995), descrição do *DSM.IV*, a característica essencial do Retardo Mental é quando a pessoa tem:

[...] um funcionamento intelectual significativamente inferior à média, acompanhado de limitações significativas no funcionamento adaptativo em pelo menos duas das seguintes áreas de habilidades: comunicação, autocuidados, vida doméstica, habilidades sociais, relacionamento interpessoal, uso de recursos comunitários, auto-suficiência, habilidades acadêmicas, trabalho, lazer, saúde e segurança.

Ballone (2003) salienta, ainda, que na maioria dos indivíduos que possuem Deficiência Mental principalmente nos níveis leve e moderado não se podem identificar as causas; que a maior parte das crianças com deficiência mental não tem uma aparência física diferente das outras, exceto os casos de deficiência mental grave e severa, bem como as com Síndrome de Down, as quais possuem alguns aspectos comuns entre si; o nível de funcionamento mental não permanece sempre igual e definitivo em todos os casos e, nos casos de Deficiência Mental leve, os programas educativos intensivos e apropriados podem amenizar expressivamente essa condição.

Para o autor a classificação qualitativa da Deficiência Mental mostra o fato de que várias pessoas com deficiência não revelam limitações em todas as áreas das habilidades adaptativas. Assim, nem todos necessitam de apoio nas áreas que não estão afetadas, de maneira que muitas crianças com Deficiência Mental conseguem aprender várias coisas,

atingindo a vida adulta de uma forma parcial e relativamente independente, desfrutando da vida como todos. Ballone (2003, p. 4) caracteriza a Deficiência Mental como:

[...] um funcionamento global inferior à média, junto com limitações associadas em duas ou mais das seguintes habilidades adaptativas: comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização da comunidade, saúde e segurança, habilidades escolares, administração do ócio e trabalho. Para o diagnóstico, é imprescindível que a Deficiência Mental se manifeste antes dos 18 anos. As áreas de necessidades dos deficientes devem ser determinadas através de avaliações neurológicas, psiquiátricas, sociais e clínicas e nunca numa única abordagem de diagnóstico.

Conforme Ballone (2003), o Retardo Mental se deve a uma lesão do sistema nervoso central (SNC), e o cérebro, se estimulado adequadamente pode desenvolver um rendimento máximo nas áreas intactas para compensar o mau funcionamento das zonas danificadas.

A grande maioria dos casos de deficiência mental pode ser diagnosticada na infância, porém, em muitas crianças, só serão identificadas na idade escolar, porque várias crianças com deficiência mental possuem grau leve da patologia e os testes de inteligência para crianças pequenas não são tão confiáveis e válidos. Quando elas entram na escola, as solicitações intelectuais aumentam expressivamente e a ocasional deficiência mental torna-se mais óbvia (BALLONE, 2003).

2.2.3.2 Síndrome de Rett

De acordo com Rivière (2004), esse transtorno é sempre acompanhado de um nível grave ou profundo de atraso mental. Refere-se a uma alteração evolutiva que acontece por volta do 5º ou 6º mês de vida e acredita-se que ocorra somente em meninas.

Conforme a Associação Americana de Psiquiatria (1995), descrição do *DSM.IV*, a característica essencial é o desenvolvimento de múltiplos déficits específicos após um período de funcionamento normal durante os primeiros meses de vida. Os indivíduos têm um período pré-natal e perinatal aparentemente normal, com desenvolvimento psicomotor normal durante os primeiros 5 meses de vida.

Conforme Rivière (2004), a pessoa com Síndrome de Rett apresenta as seguintes características:

- a) ausência de atividade funcional com as mãos, de forma repetitiva a movimentos estereotipados de “lavar” ou “retorcer” as mãos;
- b) interesse pelo ambiente social diminuído nos primeiros anos após o início do transtorno, embora a interação social possa frequentemente se desenvolver mais tarde;
- c) atraso significativo no desenvolvimento da capacidade de andar;
- d) ausência de competências simbólicas e de linguagem;
- e) microcefalia progressiva;
- f) alteração de padrões respiratórios, com hiperventilação e hipoventilação frequentes;
- g) ausência de relação com objetos;
- h) severo retardo psicomotor.

As meninas com Síndrome de Rett apresentam um padrão tão claro e homogêneo de transtorno e atrasos do desenvolvimento que seu diagnóstico diferencial costuma ser rápido e fácil, porém apresenta um prognóstico pobre a longo prazo (RIVIÈRE, 2004).

2.2.3.3 Síndrome de West

De acordo com Fernandes (2006), em 1841, West escreveu uma carta ao editor do “The Lancet”, mencionando o problema de seu próprio filho com espasmos em flexão que se repetiam diariamente em ataques de 10 a 20 contrações e levaram a criança a um retardamento mental, apesar de todos os tratamentos efetuados e possíveis para aquela época.

Essa síndrome neurológica foi descrita pela primeira vez, por Vázquez e Turner (1949 apud ANDRADE, 1999) para a Sociedade Argentina de Pediatria: uma “nova síndrome” que apresentava crises nos lactentes, com alterações específicas no traçado eletroencefalográfico (EEG), associadas à deterioração mental, às quais propuseram chamar de Epilepsia em flexão.

Gibbs e Gibbs (1952 apud ANDRADE, 1999) criaram o termo hipsarritmia para o registro de eletroencefalográfico desses pacientes, o que passou a caracterizar a maioria das descrições desta síndrome.

Síndrome de West se denomina também de Espasmos Infantis e pertencem ao grupo de Encefalopatias Epiléticas Catastróficas. Os Espasmos Infantis são um tipo especial de ataque epilético, que afetam fundamentalmente as crianças com menos de um ano de idade (FUNDACIÓN ONCE, 2006). Andrade (1999) ressalta que há registros de surgimento em idades mais avançadas na infância. O sexo masculino é o mais afetado, na proporção de 2 para 1 (FERNANDES, 2006).

As características clínicas apresentadas, conforme Andrade (1999), são as seguintes: os espasmos em flexão são contrações breves, maciças, simétricas, com predominância de flexão da cabeça e do tronco, levando-se os braços para frente e para fora, flexionando os músculos do abdômen (barriga).

Conforme o autor os espasmos da síndrome podem acontecer tanto durante o sono dessa criança, como quando acordada, existindo descrição por autores de uma frequência maior nos estados de transição entre o sono e a vigília. Existe, também, a descrição de que os estímulos sensoriais bruscos podem precipitar uma crise, porém cabe diferenciar nesses casos se trata-se de espasmos de flexão ou de reações de medo ou sobressalto.

O autor acrescenta ainda que as alterações e as características clínicas e evolutivas dessa síndrome dependem das condições prévias do sistema nervoso central do lactente antes do surgimento das crises.

De acordo com Andrade (1999), a Síndrome de West pode surgir em diferentes circunstâncias, como por exemplo:

- a) em crianças com enfermidades metabólicas ou estruturais do cérebro (ex.: Fenilcetonúria, Esclerose Tuberosa, etc.);
- b) em crianças com lesões cerebrais não progressivas (seqüelas de infecções pré-natais, anoxia pré ou perinatal, meningites, etc.);
- c) em crianças que até o surgimento das crises não apresentavam nenhuma alteração ou sinais clínicos de déficit neurológico, nem alterações bioquímicas ou

radiológicas que indicassem uma enfermidade cerebral prévia. Esses casos, conforme o autor, são chamados de criptogenéticos, já que suas etiologias não são diagnosticadas ou facilmente reconhecidas.

O prognóstico dependerá da causa da patologia, observou-se a cura completa em casos com causa desconhecida (criptogenéticos), e nos demais as seqüelas neurológicas e psicomotoras são severas. Muitas crianças apresentam um prognóstico ruim e muitos deles possuem crises não controladas e um déficit intelectual (FUNDACIÓN ONCE, 2006).

2.2.3.4 Síndrome de Down

Conforme Mustacchi e Rozzone (1990), a Síndrome de Down foi a primeira alteração autossômica descrita no ser humano e compõe a aberração de cromossomo autossômico mais freqüentemente achada.

Segundo Stratford (1997), a Síndrome de Down é uma anomalia nos cromossomos, que ocorre em 1,3 de cada 1.000 nascimentos. Por motivos ainda desconhecidos, um erro no desenvolvimento das células do embrião leva à formação de 47 cromossomos, no lugar dos 46, que se formam normalmente. O material genético em excesso altera o desenvolvimento regular do corpo e do cérebro da criança em gestação.

Segundo Mustacchi e Rozzone (1990) e Schwartzman (1999), existem três tipos de Síndrome de Down:

- a) a mais comum é a trissomia é simples. Ela é causada devido a não-disjunção cromossômica. O material genético em excesso está no par de cromossomos 21, como resultado de uma anomalia na divisão celular durante o desenvolvimento do óvulo ou esperma, durante a fertilização. Cerca de 95% dos portadores de Síndrome de Down tem Trissomia do 21, a não-disjunção;
- b) cerca de 1,5% a 3% têm translocação, caso em que o cromossomo 21 extra se rompeu e aderiu a outro cromossomo. A translocação pode ser sinal de hereditariedade e outros membros da família devem ser geneticamente investigados para saber da possibilidade de ter outros bebês com Síndrome de Down;

- c) cerca de 2% a 3% têm Mosaico, o que quer dizer que só algumas células do corpo têm Trissomia do 21, e não todas.

A associação da Trissomia-21 com a idade materna avançada tem sido longamente reconhecida. Contudo, foi com grande surpresa que se evidenciou que 20% dos portadores da Síndrome de Down são trissômicos por erro meiótico paterno. Esse fato não foi notado com a mesma facilidade nas mulheres, pelo motivo de ser verificado nitidamente em pais com idade acima de 55 anos (MUSTACCHI; ROZONE, 1990).

Conforme Kolb (1977, p. 571), a pessoa portadora de Síndrome de Down apresenta as seguintes características:

[...] baixa estatura, crânio pequeno, arredondado, com achatamento da face e da região occipital. O cabelo é ralo e grosso, a fenda palpebral é estreita e oblíqua, com extremidade interna abaixo da externa; uma prega cutânea que se continua da pálpebra superior sobre o ângulo interno aumenta a semelhança com a expressão de asiáticos. A língua é grande e com fissuras, com suas papilas hipertrofiadas, e apresenta-se, em geral, constantemente protrusa, aparecendo através da abertura da boca. O nariz é curto e largo, com uma ponte deprimida; as mãos são grandes e gordas, o quinto dedo sendo particularmente pequeno e, em geral, curvo. Os ligamentos articulares são frouxos e os músculos, hipotônicos, dando às articulações uma mobilidade incomum. O palato quase sempre está deformado, o abdome é amplo e a genitália, subdesenvolvida. As imperfeições digitais e palmares são características já que os dois sulcos principais que atravessam a palma são substituídos por um único (prega simiesca). Numa décima parte dos pacientes encontra-se cardiopatia congênita.

De acordo com Mustacchi e Rozone (1990), provavelmente 2 a 3% dos nascidos vivos tenham, ao nascer, uma ou mais malformações congênicas significativas e, após o primeiro ano, esse índice duplique ao aparecerem alterações que passam despercebidas no recém-nascido.

Segundo os autores mencionados, a Síndrome de Down é diagnosticada em aproximadamente 1 em cada 600 nascimentos vivos, existindo referência de 1/350 no Brasil. Os autores afirmam que:

Nascem a cada ano, cerca de oito mil brasileiros com Síndrome de Down, segundo estimativa baseada em dados censitários referentes à frequência e à fertilidade das mulheres da cada classe etária de nossa população. A idade materna é a variável isolada que mais influi nesta incidência: o risco de uma criança ter Síndrome de Down é menor que 1% no caso de mães com até 40 anos e chega a 2,4% quanto à mãe tem 44 anos (p. 12).

Segundo Stratford (1997), a maior parte das crianças com Síndrome de Down são filhos de mães jovens. Pode-se visualizar a incidência através do Quadro 1:

QUADRO 1 - Incidência relacionada à idade materna nos nascimentos com Síndrome de Down

Idade materna	Incidência
20 anos	1: 2000
30 anos	1: 1000
35 anos	1: 500
40 anos	1: 70
45 anos	1: 17

Fonte: Stratford (1997, p. 74).

Assim, como a grande maioria das mães do mundo são jovens, cerca de 80% das crianças com Síndrome de Down nascem de mulheres com idades inferiores a 35 anos. De cada 500 bebês nascidos de mães com idades superiores a 35 anos, um têm Síndrome de Down (STRATFORD, 1997).

Logo após o nascimento, os bebês e crianças portadores da Síndrome de Down devem submeter-se a extensas avaliações de saúde. Existe uma lista de exames indicados para a criança fazer, a fim de verificar se está tudo bem. Quanto antes começar a estimulação, a Fisioterapia, a Fonaudiologia e outras terapias que julgarem necessário, melhor será o prognóstico.

2.2.3.5 Lesão Cerebral

Apesar de o termo Lesão Cerebral não ter sido mencionado na pesquisa, considera-se importante falar um pouco sobre ele, uma vez que a Paralisia Cerebral, que foi mencionada várias vezes na pesquisa possa ser em função de uma Lesão Cerebral. A Paralisia Cerebral (PC) se refere a um transtorno neuromotor de origem cerebral que se manifesta precocemente na vida e que é resultado de uma Lesão Cerebral, cuja causa não se cura, porém não é progressiva (GALLEGO; HARO; MARTÍNEZ, 1999).

As expressões Lesão Cerebral, Lesão Neurológica são sinônimos e fazem referência a

um estado no qual as células do cérebro foram destruídas ou sofreram algum dano suficiente para provocar um déficit no desempenho do indivíduo. Essas lesões podem estar restritas a áreas específicas do cérebro ou podem ser generalizadas (difusas) em todo tecido nervoso. Quando a lesão está localizada, fala-se em “lesão focal”, e esta pode afetar somente as funções reguladas por essa parte do cérebro. Por outro lado, se a lesão é difusa, pode causar uma diminuição em muitas funções cerebrais (BALLONE, 2003).

Segundo o autor, as lesões podem ocorrer em qualquer etapa do desenvolvimento, podem ser consequência de fatores genéticos, de agentes tóxicos, de carências físicas e nutricionais, de doenças infecciosas ou agressões diretas sobre o cérebro.

Os fatores causais mais comuns associados às Lesões Cerebrais são:

Infecções, antes e depois do nascimento: causam lesões cerebrais algumas doenças da mãe, tais como a sífilis, outras encefalites e a rubéola durante a gravidez. As infecções pós-natais que acompanham ao sarampo, a tosse comprida (coqueluche), escarlatina, encefalite, meningite e outras doenças infecciosas da infância quando complicadas podem produzir dano cerebral.

Agentes tóxicos: os venenos, as drogas e substâncias tóxicas podem comprometer as células do tecido cerebral e impedir seu funcionamento normal.

Carências nutricionais e perturbações no metabolismo: depósitos de substâncias danosas às células do cérebro podem interferir em seu funcionamento normal, assim como as carências nutritivas também podem inibir o desenvolvimento neurológico do feto.

Fatores constitucionais: Acredita-se que a incompatibilidade sanguínea possa causar algumas desordens no metabolismo cerebral.

Lesões pré-natais, natais e pós-natais: podem produzir-se lesões cerebrais na etapa pré-natal como consequência de irradiação ou radioatividade, da carência de oxigênio devido asfixia materna, grave anemia maternal ou grave hipotensão arterial (BALLONE, 2003, p. 2, grifo do autor).

Segundo Lempp (1993) provavelmente 10 a 15% de todas as crianças são afetadas em maior ou em menor grau e os meninos são os mais afetados pela Lesão Cerebral adquirida na infância.

2.2.3.6 Paralisia Cerebral

Conforme Diament (1996b), nos primeiros anos de vida, a Paralisia Cerebral é a deficiência física mais freqüente. O termo Paralisia Cerebral, apesar de ser muito conhecido,

foi usado para definir diversas patologias, e nem sempre com quadros de paralisias, e várias vezes de origem não cerebral. A Paralisia Cerebral é uma das formas de encefalopatia crônica não evolutiva da infância. É caracterizada pela presença de distúrbio motor, podendo apresentar distúrbios da movimentação voluntária, do tono muscular, hipercinesias. A pessoa que tem Paralisia Cerebral pode ter inteligência normal, e a gravidade do problema motor nem sempre corresponde ao mesmo nível de comprometimento cognitivo.

Segundo Gallego Antonio, Vicente de Haro e Martínez (1999), o termo Paralisia Cerebral é normalmente utilizado como uma terminologia geral para englobar transtornos muito variados, que possuem em comum o fato de significarem uma alteração ou alguma perda do controle motor ocorrida por uma lesão encefálica, no pré-natal ou durante a primeira infância, seja qual for o nível intelectual da criança afetada. Dessa maneira, sob o diagnóstico de Paralisia Cerebral, há crianças com sintomatologias variadas e de prognósticos diversos.

Para Barraquer et al. (1964 apud BASIL, 2004, p. 215), a definição mais usual de Paralisia Cerebral é a seguinte:

[...] seqüela de uma afecção encefálica que se caracteriza primordialmente por um transtorno persistente, mas não invariável, do tônus, da postura e do movimento, que aparece na primeira infância, e não apenas é diretamente associado a essa lesão não-evolutiva do encéfalo, como se deve também à influência que tal lesão exerce na maturação neurológica.

A Paralisia Cerebral não é uma doença, é um estado ou quadro patológico. Por isso a Paralisia Cerebral não pode ser curada, a lesão é irreversível; no entanto, terapias reabilitadoras, podem permitir progressos, que a aproximem de um funcionamento mais normalizado (BASIL, 2004).

O autor ressalta ainda que as conseqüências da lesão variam ao longo do desenvolvimento da criança. As lesões encefálicas ocorridas durante a fase em que se está constituindo, amadurecendo e se organizando o sistema nervoso central, à parte de suas seqüelas diretas, causam seqüelas mais generalizadas, devidas à influência da lesão no curso global de maturação neurológica da pessoa.

De acordo com Dalmau (1984 apud BASIL, 2004), Paralisia Cerebral consiste em um transtorno motor complexo, que pode incluir aumento ou diminuição do tônus em determinados grupos musculares, alterações da postura ou do equilíbrio, e/ou da coordenação

e da precisão dos movimentos. Apesar de poder ter múltiplos transtornos associados à disfunção motora, na maioria das vezes as faculdades mentais e várias outras funções regidas pelo cérebro encontram-se intactas.

Conforme Ribeiro (2003), é difícil estabelecer a incidência de Paralisia Cerebral devido à dificuldade de se determinar critérios diagnósticos uniformes. Diament (1996b) comenta que foi feita na Califórnia (EUA), entre os anos de 1983 a 1985, uma pesquisa populacional, cuja prevalência variou segundo o peso de nascimento; quanto este foi inferior a 2.500 g, a incidência foi de 47,5% numa população de 192 casos. No Brasil, a estimativa provável da incidência de Paralisia Cerebral deve ser mais elevada devido as condições de assistência pré e perinatal não serem adequadas para a maioria da população de baixa renda, que costuma ser mal assistida.

As diversas formas de Paralisia Cerebral podem ser classificadas por seus efeitos funcionais e pela topografia corporal. Conforme os efeitos funcionais, nos quadros clínicos mais comuns, ocorrem à rigidez e os tremores. Tem que se levar em consideração que, poucas vezes, se apresenta em uma criança uma tipologia pura, mas quadros mistos. Conforme a topologia corporal, pode-se falar de paraplegia, tetraplegia, monoplegia e hemiplegia (BASIL, 2004). Quanto ao tipo de envolvimento, a Paralisia Cerebral é dividida em espática, atáxica, atetósica e mista (LEVITT, 2001).

Segundo Diament (1996b), a criança com Paralisia Cerebral apresenta algumas características, tais como: alterações globais do seu desenvolvimento; dificuldade de deglutição que pode evoluir para dificuldade de mastigação; refluxo gastroesofágico e incoordenação cricofaríngea; desnutrição e desvios alimentares; doenças respiratórias; constipação intestinal; bexiga neurogênica; espasticidade constante, que leva a alterações de postura.

Devido às alterações que as pessoas com Paralisia Cerebral apresentam, Swartzman (1996 apud BARBOSA, 2004) salienta a importância de um tratamento precoce com a finalidade de contar com as vantagens da plasticidade e adaptações neuronais, permitindo à criança a experimentação de movimentos e posturas aos quais ela não teria acesso devido ao seu quadro neurológico. O autor cita ainda a necessidade de um trabalho em equipe e sugere, como coadjuvantes ao tratamento de base, modalidades terapêuticas como a Equoterapia.

2.2.3.7 Toxoplasmose

Segundo Ajuriaguerra (1980) Toxoplasmose é uma doença ligada à infestação provocada pelo protozoário: *Toxoplasma gondii*. A maior fonte de contaminação é por meio do consumo de carnes de animais mal cozidas.

De acordo com Ajuriaguerra (1980), essa é uma doença que normalmente fica latente no ser humano e, às vezes, pode apresentar sintomas pouco específicos. Porém o feto pode ser seriamente afetado após uma toxoplasmose materna adquirida durante a gestação, e a criança afetada pode apresentar (AJURIAGUERRA, 1980): hepatoesplenomegalia; icterícia; lesões do sistema nervoso central ou destruição de certas zonas da retina, evidenciadas desde o nascimento ou aparecendo alguns meses mais tarde; hidrocefalia; convulsões; coriotinite; calcificações intracranianas.

Assim a criança infectada por toxoplasmose pode ser diagnosticada como tendo Paralisia Cerebral ou também como Lesão Cerebral.

2.3 MATERNIDADE E DEFICIÊNCIA

As participantes deste estudo são as mães das crianças atendidas na Equoterapia, assim torna-se necessário refletir um pouco acerca da maternidade, do “amor materno” e de como é construída a relação mãe-filho, principalmente quando esse filho possui alguma deficiência.

Assim, inicialmente analisa-se historicamente a questão do “amor materno”. Pois ao se olhar um acontecimento a partir de uma perspectiva histórica, é possível compreender melhor as características e variações que um determinado processo assume. Segundo Moccia e Mason (1986), ter um embasamento teórico referente a todo o processo político-sócio-econômico de uma população é importante para que se conheça a clientela que se irá assistir.

2.3.1 A maternidade ao longo da história

Knibiehler e Fouquet (1980 apud MALDONADO, 2002) analisam inicialmente duas figuras básicas do feminino e da maternidade na tradição cristã. Eva, a mulher tentadora,

erotizada, que representava as forças perigosas e pecaminosas da mulher, é raramente pensada como símbolo de maternidade, ainda que, como primeira mulher, seja a mãe de todos nós. Ao contrário, à idéia do erótico associa-se a noção de castigo, da expulsão do paraíso. Fraca e frívola, Eva torna-se o símbolo do mal. A exaltação da imagem materna liga-se a Maria, que engravidou sem pecado, ou seja, sem sexo; assim, a noção da pureza, da caridade, da humildade e da obediência liga-se à imagem de maternidade santificada, separada do exercício da sexualidade. Outro fato histórico importante que a autora menciona é que, desde muitos séculos, a fecundidade é tida como benção divina ao passo que a infertilidade é tida como castigo.

A existência de um “instinto materno” é questionada à medida que demonstra que a exaltação do amor materno é um acontecimento relativamente novo na história da civilização ocidental. Conforme a autora, até o século XVIII, prevalecia um comportamento de indiferença materna (KNIEBIEHLER, FOUQUET, 1980; BADINTER, 1980; ARIÈS, 1975 apud MALDONADO, 2002).

Aponta Maldonado (2002) que, somente no final do século XVIII, é que os médicos, filósofos e políticos, começaram a valorizar o amor materno. Menciona que o filósofo Rousseau passou a defender o amor materno, valorizando o vínculo afetivo proveniente do contato físico entre mãe e filho e os trabalhos do médico Des Essartz. Na época do Iluminismo, começou o processo de intimidar e culpar as mães, quando a negação de amamentar e a tentativa de abortar passaram a ser consideradas como crime.

Conforme a autora, somente em 1806, a obstetrícia aparece como especialidade, e a mulher passa a ser, então, objeto de um estudo que propõe determinar seu papel social a partir de sua anatomia. A maternidade, que até então era apenas uma função biológica, passou a ter uma função social no século XIX. Nesse período, o novo sentimento de família também colaborou para reduzir a incidência de separação entre bebês e suas mães.

Existem três períodos críticos de transição no ciclo vital da mulher os quais compõem fases do desenvolvimento da personalidade e possuem muitos pontos em comum: a adolescência, a gravidez e o climatério.

O termo crise, para Maldonado (2002), foi primeiramente usado por Caplan e Lindemann para dizer respeito às reações de uma pessoa a eventos traumáticos, tais como a morte súbita de uma pessoa amada, o nascimento de um filho prematuro, o desemprego

inesperado (crises imprevisíveis). A autora acrescenta ainda que o mesmo termo foi também usado por Erikson para referir-se a diversas etapas do desenvolvimento psicológico normal, tais como a puberdade, o casamento, a gravidez, a menopausa (crises previsíveis). Assim, o termo crise pode dizer respeito tanto aos períodos de transição inesperados quanto aos próprios do desenvolvimento. Segundo Maldonado (2002, p. 23), uma crise pode ser desencadeada por:

[...] mudanças internas (crises normais do desenvolvimento, doenças ou traumas) ou externas (perda ou ameaça de perda de uma fonte de segurança e satisfação; acúmulo de tensões que ameaçam romper o equilíbrio funcional dos mecanismos adaptativos do ego). Em qualquer caso, as crises implicam um enfraquecimento temporário da estrutura básica do ego, de forma que a pessoa não consegue utilizar seus métodos habituais de solução de problemas, e, portanto, requerem a mobilização dos mecanismos adaptativos do ego no sentido de buscar respostas novas outrora inexistentes no repertório do indivíduo.

Uma das características essenciais de uma situação de crise é o fato de constituir esta verdadeiras encruzilhadas em termos de saúde mental. A saída elaborada por uma pessoa ao superar uma crise pode ser saudável ou doentia, provocando melhora ou piora. Mas uma pessoa em crise não tem opção, apenas tem que mudar em alguma direção e de um jeito novo. Maldonado (2002, p. 25) designa como crise os “períodos de vida mais ‘dramáticos’ ou ‘revolucionários’” e utiliza a terminologia transição existencial para a fase que assim com a crise, “também são passagens de uma situação a outra”, mas que ocorre de uma forma mais amena e branda. Assim toda crise é uma transição, porém nem toda transição é uma crise.

A autora esclarece que a gravidez é uma transição que faz parte do processo normal do desenvolvimento e envolve a necessidade de reestruturação e reajustamento em muitas dimensões: inicialmente, percebe-se mudança de identidade e uma nova definição de papéis, a mulher passa a se perceber e a ser percebida de uma forma diferente. O mesmo acontecimento de mudança de identidade e de papel se nota no homem, e também a paternidade deve ser considerada como uma transição no desenvolvimento emocional do homem. Ainda diz que uma situação no início vivida como transição pode se transformar numa crise quando há uma quebra muito violenta das expectativas, porque a realidade se revela muito diferente das fantasias construídas sobre ela.

Para se compreender o impacto do filho com deficiência no psiquismo dos pais, importante remeter-se ao período da gestação, em que vai se desenvolvendo uma imagem

ideal do bebê, o bebê imaginário (BRAZELTON; CRAMER, 1992; KLAUS; KENNEL, 1992).

2.3.2 A gestação

Para Zimmermann et al. (2001) a gestação é assinalada pela ambivalência dos futuros pais, que costumam a sentir-se vigorosos por serem férteis, mas angustiados pelas possibilidades de profundas mudanças em suas vidas, uma vez que a gravidez é o prenúncio de uma nova fase da vida de ambos. Esses autores mencionam ainda que “[...] a maternidade e a fertilidade são muito valorizadas em nossa cultura, de forma que, muitas vezes, a importância da pessoa fica ligada à sua capacidade de procriar” (p. 30).

Levin (1995) afirma que, antes do nascimento do filho, já existe um sujeito em jogo, ou começa a estar em jogo a constituição de um sujeito. Poderia até se falar que já existe um corpo, que os pais imaginam. Antes que o bebê nasça, existe um corpo para essa criança que vai chegar, existem desejos, palavras, um nome, um lugar, uma posição, enfim, um corpo sem corpo, um corpo inicial simbólico (corpo de representações, de desejos parentais, de palavras, de linguagem). Portanto, no desejo de ter um bebê, já começa a estar em jogo o futuro desse indivíduo.

Leitão (2001) e Spitz (1991) dizem que a mãe passa por um processo de separação e individualização através do parto, pois, tem que abandonar o sentimento de simbiose e indiferenciação que tinha com o recém nascido. Isso acontece de forma gradativa e, por um período longo, qualquer aquisição do filho será “[...] sua própria realização e qualquer deficiência do bebê será seu fracasso” (SPITZ, 1991, p. 183).

Kadlec e Glat (1989, p. 12) afirmam que:

Os pais amam seus filhos, não só pelo que eles representam, mas também pelo potencial existente neles. Quanto maior esse potencial, quanto maior forem as gracinhas, os vislumbres de produtividade dessa criança, maior o afeto depositado na mesma.

Conforme Zavaschi, Costa e Brunstein (2001), o comportamento de um bebê saudável chama a atenção de seus pais, revelam sinais de vida e necessidade de proteção. O desenvolvimento de cada ser humano está intrinsecamente condicionado às interações com

seus pais. Quando nasce um filho, especialmente o primeiro, os pais constantemente se deparam com a tarefa de integrar fantasia e realidade. Existe um bebê imaginário dos seus sonhos e fantasias, um outro não visível, mas real, e enfim, o bebê real, que pode, nesse momento, ser visto, ouvido e tomado nos braços.

Dührssen (1966 apud AJURIAGUERRA, 1980) confere grande importância aos desejos e esperanças dos pais em relação aos filhos. As expectativas dos pais podem ser abaladas pelo sexo da criança, quando não for o imaginado, pelo aspecto físico dessa criança, por suas aptidões intelectuais ou pela qualidade de suas capacidades ou, ainda, pelo ritmo singular do filho, quando não corresponde ao tempo de um dos pais.

Pai e mãe terão muitas tarefas de ajustamento psicológico a percorrer no caso de um filho com deficiência. Assim, as mães terão que se adaptar a um novo bebê o que lhe provoca sentimentos de estranheza. Elaborar o luto pela perda de seu filho que foi idealizado como perfeito e a adaptar se às características reais de seu próprio bebê; ser capaz de confrontarem e manejar seus medos de trazer dano ao filho frágil e aprender a tolerar e conseguir satisfação das várias exigências provenientes da absoluta dependência do bebê (ZAVASCHI; COSTA; BRUNSTEIN, 2001),

2.3.3 A chegada do filho com deficiência

Conforme Canning (1995), os pais, ao receberem a notícia de que o filho possui alguma deficiência, terão que reconstruir seus sonhos e esperanças, além de inicialmente sentirem uma tristeza enorme. A chegada de um filho com deficiência à família antecipa mudanças ainda mais rápidas. O seguinte depoimento da mãe de uma criança com deficiência retrata esse momento:

De todos os momentos de alegria e tristeza de toda uma vivência, nenhum evento em nossas vidas foi mais traumático para meu marido e eu do que o nascimento de Martha, nossa filha portadora de Síndrome de Down. Ficamos chocados, arrasados, desnorteados. Nenhuma mulher realmente espera gerar um filho defeituoso. Para nós, antes do nascimento de Martha, a deficiência mental era apenas uma estatística, algo que acontecia com outras pessoas. Entretanto, nenhuma criança nunca nos ensinou tanto quanto ela (CANNING, 1995, p. 15).

Segundo Bee (2003), independente da causa original estar ou não na família, quando

uma criança apresenta alguma forma de desenvolvimento desviante, a família é, de forma inevitável, afetada, muitas vezes, de um modo adverso. Conforme a autora, uma das primeiras reações, na maioria das vezes, é uma forma de “luto”. Quase como se a criança tivesse morrido, eles choram pelo filho que jamais existirá.

Para Fonseca, V. (1995), o choque e a surpresa humilhante e de culpabilidade podem acarretar várias atitudes afetivas: revolta pessoal, depressão, isolamento, lamentações prolongadas, autopunições divinas e prantos de frustração, que não propiciam o desenvolvimento da criança, podem ser diminuídos e transformados em atitudes positivas e abertas, favorecendo à criança um desenvolvimento afetivo e emocional adequado. A criança com deficiência precisa ser aceita; o protecionismo deve ser substituído pelas funções de independência; a desorganização da rotina familiar tem que dar lugar a um sentido de vida mais significativo e realizador.

Conforme Herren e Herren (1989), crianças com deficiência física, trissômicas, levam, com muita frequência, a uma série de conflitos em seus pais e, especialmente, em sua mãe: ferida narcísica e culpa por não ter gerado um filho de acordo com aos modelos culturais de criança sadia e bela, ambivalência entre a repulsa da deficiência e a atração pela vida emergente a ser confortada. Esses sentimentos conflituosos convergem, com facilidade, ou para a rejeição, ou para uma mescla de agressividade e de amor, a superproteção, com a recusa inconsciente de ver o filho desenvolver-se, manifestada através de práticas contraditórias.

Vários autores apontam que é natural os pais sentirem raiva, depressão, culpa e negação (TELFORD; SAWREY, 1988; BEE, 2003; DANIELSKI, 1999; ESCRIBÁ, 2002).

Cunningham (1990), Guralnick (2000) e Bee (2003) apontam que o efeito do nascimento de um bebê com deficiência na família dependerá dos recursos desta, dos serviços e apoios disponíveis no local onde mora, de sua origem e experiência, de seus planos e seus sonhos para seus filhos e as coisas que valorizam na vida.

Assim não se pode perder de vista que a família faz parte de uma sociedade, que a perspectiva sistêmica social vê a família como um “todo” social, com características e necessidades únicas, que, por sua vez, se inserem num conjunto mais vasto de influências e redes sociais formais e informais. Todos esses elementos são interdependentes e influenciam-se mutuamente (SERRANO; CORREIA, 1998).

Para Danielski (1999) e Escribá (2002), cada casal, conforme a sua visão pessoal, possui suas defesas, sua personalidade e seu jeito de encarar o problema. A possibilidade do diagnóstico de uma deficiência já desencadeia nos pais sentimentos de angústia ou esperança, desespero ou fé, entre outros.

Quando superam a crise inicial do desgosto do diagnóstico, os pais precisam começar a se adaptar à nova situação do filho. Terão que olhar menos na deficiência e considerar mais o filho. Os pais tendem a apresentar mais problemas emocionais e de personalidade, incluindo problemas relativos ao controle dos impulsos e sentimentos agressivos, maior tendência à depressão, menos sensação de competência e prazer em seu papel de ser pais (AYALA, 2003).

De acordo com Casarin (1999), cada família tem uma reação; algumas passam por momento de crise aguda, recuperando-se gradativamente; outras possuem uma dificuldade maior e desenvolvem uma situação crônica. No momento em que a família recebe o diagnóstico que seu filho possui deficiência, desencadeia um processo que se assemelha ao luto.

A reação dos pais em relação ao luto divide-se em cinco fases, conforme Drotar et al. (1975 apud CASARIN, 1999), Gath (1975 apud CASARIN, 1999) e Paniagua (2004):

- a) no primeiro estágio a reação é de choque. A resposta inicial é de perplexidade e insegurança, quando é difícil compreender o que está acontecendo. As primeiras imagens que os pais formam do filho são baseadas no significados anteriormente atribuídos à deficiência. Uma pergunta nesse momento é: “por que eu?” Na impossibilidade de entender o que está acontecendo, muitas pessoas vêm abaladas suas crenças anteriores;
- b) o segundo estágio é de negação: após o choque, normalmente, os pais tentam encontrar uma explicação para a situação; tentam acreditar num possível erro de diagnóstico, evitando um confronto direto. A intensidade e a duração da negação variam entre as famílias e podem ser diferentes entre pai e mãe de uma mesma criança. A negação, apesar de ser consequência da dificuldade, pode ter o efeito positivo de levar os pais a tratar o filho de forma natural, não colocando a anomalia em primeiro lugar. Entretanto, se muito prolongada, pode dificultar a tomada de decisões práticas e comprometer o relacionamento com a criança real;

- c) o terceiro estágio é de reação emocional intensa. A maior parte dos pais relata que esta é uma fase bem difícil, pois a certeza do diagnóstico gera emoções e sentimentos diversos: tristeza pela perda do filho imaginado, raiva contra quem comunicou o diagnóstico, ansiedade, insegurança pelo desconhecimento da situação, assim como impotência diante de uma situação imutável;
- d) no quarto estágio, a ansiedade e a insegurança diminuem, as reações da criança normalmente ajudam a entender melhor a situação, já que ela não é tão estranha e diferente quanto os pais pensaram no início. Essas reações ajudam os pais a se “reconhecer” no filho, apesar da anomalia, e começa a haver uma possibilidade de ligação afetiva;
- e) o quinto estágio envolve a reorganização da família, com a inclusão do bebê; a aceitação é mais fácil quando há apoio mútuo entre o casal. Para conseguir se reorganizar, os pais devem ressignificar a deficiência e encontrar algumas respostas para suas dúvidas, de forma a poder elaborar os sentimento de culpa pela anomalia do filho.

É fundamental que se reconheça em que fase a família e o paciente estão, respeitando esta evolução, nunca encarando como um problema pessoal, porque ela é natural e necessária para que se chegue à última, da recuperação, que é a da busca do que é possível, com engajamento nos tratamentos propostos, na habilitação e reabilitação, para que esta criança ou adolescente possa ser aceito por ele mesmo e pelos seus responsáveis, como realmente é, com dificuldades, mas também com possibilidades, que, com apoio, poderão compensar ou até superar as limitações e, principalmente, manter uma qualidade de vida digna (MIRANDA; RESEGUE; FIGUEIRAS, 2003, p. 39).

A solução para resolver essa situação é a aceitação de que o filho tem deficiência e, assim, a aceitação do próprio filho. Esta é fundamental para que flua o afeto de modo natural, e, por sua vez, é necessária para alcançar a alegria, o calor e estimular a relação recíproca pais-filho (SMITH; WILSON, 1986).

Casarin (1999) afirma que a comunicação do diagnóstico gera nos pais um choque que os impede de vivenciar plenamente a experiência de ter um filho e de estabelecer um vínculo com o filho real que toma lugar do filho da imaginação. Com isso, o filho não é festejado como a maioria dos bebês, e início de sua vida é marcada pelo sofrimento dos pais. A maior

parte das famílias supera a crise e alcança um equilíbrio, funcional ou disfuncional, mas isso parece não representar uma resolução da situação.

O bebê com alguma deficiência necessita de muitos cuidados, mais do que bebês sem deficiência, e muitos pais envolvem-se profundamente nessa atividade, muitas vezes usando o trabalho de intervenção precoce como um meio que permitirá vencer o desafio em que a deficiência se transforma. Nessa fase, há manifestações de alívio emocional, pois fazer algo para mudar a situação diminui o sentimento de impotência (SPROVIERI, 1993 apud CASARIN, 1999).

Discorreu-se bastante sobre os sentimentos dos pais que identificam, logo após o nascimento, que o seu bebê possui alguma deficiência; porém existem muitas deficiências que só serão diagnósticas mais tarde, conforme o desenvolvimento da criança, como por exemplo o autismo: a criança parece perfeitamente normal e é dada como normal ao nascer. Além do que, pode acontecer de a criança sofrer algum acidente ou trauma, se contagiar ou desenvolver alguma doença, os quais possam deixar seqüelas neurológicas ou físicas, e assim se tornarem deficientes.

No caso de diagnósticos tardios, não se observa sentimentos muito diferentes dos que já foram mencionados, talvez apenas aconteçam em momentos diferentes. A diferença inicial é que os pais, após o nascimento do bebê, apenas precisam se adaptar à chegada da criança, e não entrar em contato, neste momento, com o choque de o filho real ser muito diferente do filho imaginário. No entanto, Lopes (1997) afirma que, à medida que o bebê vai crescendo, principalmente a mãe, começa a perceber que há algo diferente, alguma coisa errada e aí se instala uma sensação de dúvida, incerteza e indecisão. É muito ruim aceitar que algo não vai bem, e os pais disfarçam e continuam vivendo.

O autor acrescenta que esse processo de dúvida, indecisão e insegurança só faz elevar o sofrimento quando a verdade é conhecida. A resistência dos pais em ir atrás do diagnóstico, só é interrompida porque as evidências começam a ficar cada vez maiores à medida que a criança vai crescendo e porque toda a família, muitas vezes, começa a falar da diferença e exige dos pais uma atitude. A decisão dos pais em procurar o diagnóstico exige dos pais a aceitação de que algo está errado.

Na busca pelo diagnóstico, muitas vezes, a família é submetida ao stress emocional, que pode desencadear a fuga e a omissão por parte de algumas famílias, pois os profissionais

podem apresentar pareceres diferentes. Pode haver uma relação enorme de profissionais e nenhum diagnóstico coerente com outro. No entanto, quanto mais cedo os pais tiverem diagnósticos corretos, mais adequado será o tratamento e, conseqüentemente, melhor a qualidade de vida da família e da criança. Assim,

[...] os pais que têm filhos com problemas sofrem. Isso é inevitável. E sofrem tanto mais quanto maior for a problemática do filho, a dificuldade de tratamento, a cronicidade do processo e também quanto maior for o nível de sensibilidade (LOPES, 1997, p. 73).

Assim, a criança que recebe, logo após o seu nascimento, o diagnóstico que possui alguma deficiência “[...] já inicia sua relação com o mundo com suas dificuldades e limitações. O luto da perda de uma criança saudável é de seus familiares” (MIRANDA; RESEGUE; FIGUEIRAS, 2003, p. 39). Porém, quando a deficiência é adquirida, a própria pessoa terá que elaborar o luto pelo corpo perdido.

Nas crianças maiores e adolescentes, agregam-se as causas externas, infecciosas e degenerativas. Nesses casos, o luto não é apenas da família, mas da própria criança que necessita se adaptar às limitações impostas a um corpo e mente anteriormente saudáveis. O luto maior, portanto, é do paciente, sendo o dos pais secundário, instalando-se a revolta, depressão e até o desejo de morte em muitas destas crianças e adolescentes (MIRANDA; RESEGUE; FIGUEIRAS, 2003, p. 39).

A família tem uma função fundamental e enorme no desenvolvimento de uma criança. Moreno (1975 apud SOUZA, 2002, p. 133) “[...] refere-se à família como matriz de identidade do indivíduo, na, qual, através de um processo de interação, existe o ambiente indispensável para a formação de egos bem estruturados” e conforme Casarin (1999), o empenho dos pais em normalizar o filho possui um ponto positivo de mobilizá-los para auxiliar no desenvolvimento, mas é necessário, que isso não se transforme numa obsessão que impossibilite a visão da realidade, ou seja, outros aspectos de sua vida que devem continuar a ser vividos.

Na maioria das vezes, não existe um tratamento único e específico que a criança com deficiência tem que se submeter. “Os novos conhecimentos sobre a plasticidade cerebral humana reiteram a necessidade de a equipe de saúde intervir precocemente e não profetizar prognósticos para esses pacientes” (MIRANDA; RESEGUE; FIGUEIRAS, 2003, p. 40). A estimulação e o tratamento devem ser iniciados o mais cedo possível, pois melhor será o prognóstico da pessoa.

A reabilitação é o processo destinado a permitir que a pessoa deficiente alcance um nível físico, mental e/ou social funcional ótimo, proporcionando-lhe assim os meios de modificar a própria vida. Assim, todo trabalho de reabilitação deve estar centrado nas habilidades da pessoa, cuja integridade e dignidade devem ser respeitadas (MIRANDA; RESEGUE; FIGUEIRAS, 2003, p. 39).

Para León-Carrión (2006), o papel da mãe é extremamente importante, é o alimento afetivo de toda a família. È de quem se absorve amor e carinho; ela é que sustenta afetivamente toda a família. Os filhos são os que dão a existência da família. Quando não há filhos, existe apenas um casal, porém não família. Os filhos são a parte mais exclusiva, própria e única da família. O autor salienta que, quando ocorre um acidente em um de seus membros e um traumatismo ocorre, os efeitos sobre a família serão diferentes em função de qual foi o membro que sofreu o acidente. Assim, tal efeito não será igual se o membro que sofreu o traumatismo for o pai, a mãe e o filho.

O autor menciona que quando algum dos filhos sofre um acidente que implica uma lesão cerebral, a estrutura familiar sente, e o impacto nessa família vai depender da formação dos pais e do número de irmãos. Quando o filho é único, o drama é absoluto e, quando se têm vários filhos, ainda existe o drama para todos, porém é menor. O autor acrescenta que os níveis de angústia aumentam especialmente nas mães que decidiram dedicar toda a sua vida à família e à educação de seus filhos.

Silver, Westbrook e Stein (1998), em seu estudo com os pais de crianças cronicamente doentes, afirmam que geralmente as mães se envolvem mais do que os pais no tratamento, vão com maior frequência ao hospital e interagem mais com a equipe de profissionais que tratam da criança do que os pais. Conforme Pelletier et al. (1994) as mães se ocupavam dos cuidados da criança doente em 80% dos casos.

Em vista do exposto, no próximo capítulo, aborda-se o papel do cuidador, suas características e conseqüências.

2.4 O CUIDADOR

Na literatura são escassos os estudos sobre o cuidador de adultos ou crianças com deficiência. A maioria deles se refere aos cuidadores de pessoas idosas, pessoas com doenças

crônicas e câncer, assim serão utilizados esses estudos para discorrer sobre o papel do cuidador, a forma que divide suas responsabilidades e as implicações desse papel.

A maioria dos estudos encontrados na literatura aponta a mãe como a grande responsável pela saúde e educação da família.

Conforme Martin e Ângelo (1999), ainda hoje é muito comum associar a maternidade à atividade na família e opô-la a características como competência especializada, capacidade de se impor, concorrência e engajamento profissional. As mães devem cumprir o papel de educadora e cuidadora de seus filhos. De acordo com essa concepção, a tarefa da mãe é ocupar-se das pessoas da família, cultivar relações e ser espontânea, calorosa, sensível, suave e abnegada. Nesse sentido, a mulher é um verdadeiro agente dos cuidados de saúde primários no interior da família.

Segundo Mendes, M. (2004), a mulher representa a família, os cuidados, a saúde dos outros; é ela que está atenta à saúde dos seus familiares; à manutenção do ambiente favorável ao doente, à educação para a saúde, à tomada de decisões, aos primeiros socorros, aos cuidados de reabilitação, ao envolvimento na saúde da comunidade, pois são elas que garantem os cuidados de saúde, quer na vida privada (domicílio), quer no domínio público (instituições de saúde).

A mulher-mãe torna-se o eixo da estrutura familiar, tudo passa a ser alvo de seu controle: a criação e educação dos filhos, o cuidado com a casa, com a saúde dos membros da família. A expectativa que se tem dela e que ela tem de si mesma é a de cuidadora, como se ela nascesse com essa habilidade e capacidade a desenvolver (MARTIN; ÂNGELO, 1999).

Para Sommerhalder (2001), a essência do cuidar está contida na relação de dever e de responsabilidade pela pessoa doente e nas relações de proximidade e intimidade que a situação envolve. Esse papel é fundamentado em expectativas sociais de parentesco, gênero e idade, e realizar o papel de cuidador é uma atividade social que é influenciada por fatores socioculturais.

Castellanos (2003), em sua pesquisa sobre a consulta pediátrica, aponta que a mãe é a acompanhante mais presente nas consultas. Conforme o autor, o pai na maioria das vezes não sabe fornecer as informações requisitadas pelo pediatra com relação ao adoecimento das crianças, pois seu vínculo com os filhos não lhe dá o papel de cuidador privilegiado. Mesmo

com as mudanças socioculturais, que imprimem novas dinâmicas nos arranjos familiares, o papel de cuidador das crianças continua sendo mais identificado na figura materna. A mãe que trabalha fora se sente na obrigação de acompanhar seus filhos na consulta médica.

Para o autor, a relação com o mundo do trabalho e o papel de chefe de família atribuem ao pai a posição de provedor e não de cuidador dos filhos.

2.4.1 Definição

Para Duarte (1997), o cuidador é aquele que dirige seus cuidados a indivíduos com necessidades e demandas de atenção no domicílio. Já Leitão e Almeida (2000) dizem que o cuidador é aquele que assume a responsabilidade de cuidar, dar suporte ou assistir alguma necessidade do paciente, buscando a melhoria de sua saúde.

Hilgert et al. (2003), em seu estudo sobre saúde bucal de idosos com Doença de Alzheimer e seus cuidadores, falam que o cuidador é qualquer pessoa que proporcione cuidados ao doente, e este pode ser esposo, filho ou irmão. À medida que a doença evolui, o cuidador vai-se tornando, cada vez mais, responsável pelo paciente; é ele que vai determinar se o tratamento deve ser procurado e que cuidados devem ter com o doente.

A Portaria n. 1.395, de 10 de dezembro de 1999, que institui a política nacional de saúde do idoso, diz que:

Cuidador é a pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, cuida do idoso doente ou dependente no exercício das suas atividades diárias, tais como alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde e demais serviços requeridos no cotidiano - como a ida a bancos ou farmácias -, excluídas as técnicas ou procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente na área da enfermagem (BRASIL, 2006b).

Garrido e Almeida (1999) comentam que o conceito de cuidador é muito discutido e coloca a importância de considerar o estado funcional do paciente, o número e a duração das tarefas que necessitam de supervisão e o envolvimento emocional mínimo do cuidador com ele. Segundo os autores, cuidador é o principal responsável por prover ou coordenar os recursos requeridos pelo paciente, em muitos países, existem extensas tentativas de conceituar os fatores que designam o tipo de cuidador requerido para cada paciente dependente.

Na literatura há referências a alguns tipos de cuidadores: o comunitário, o domiciliar ou familiar, o formal, o informal, o principal e o secundário, citados a seguir:

De acordo com Leal (2000) o cuidador comunitário são os vizinhos, voluntários leigos e profissionais que, tanto quanto associações, podem formar uma rede de apoio que, das mais variadas maneiras, facilitariam a vida do paciente. A autora aponta que a ajuda pode ser para as compras até para o transporte ao fisioterapeuta, coloca que aí está a base do suporte para o cuidador responsável pelos cuidados diários de alguém.

Mendes, P. (1995) define o cuidador domiciliar ou familiar como à pessoa que tem vínculos de parentesco com o doente, e Andrade e Rodrigues (1999) caracterizam a atividade do cuidador familiar como um conjunto de ações dirigidas a um indivíduo que demanda cuidados de saúde, desenvolvidas por um ou mais membros da família no próprio domicílio.

Já o cuidador formal é um profissional preparado por uma instituição de ensino para fornecer cuidados no domicílio, conforme as necessidades específicas do indivíduo que precisa de ajuda (BRASIL, 2006b).

Conforme Leal (2000) e a Portaria n. 1.395/1999, cuidador informal é o que se situa na família e entre os amigos daquele a ser cuidado e que presta cuidados de modo parcial ou integral.

Para Mendes, P. (1995), cuidador principal é aquele que possui maior responsabilidade pelos cuidados do doente, e Pavarini e Neri (2000) apontam que a literatura define a pessoa que cuida sozinha e que se responsabiliza pelo cuidado de cuidador primário. Hilgert et al. (2003) chamam de cuidador principal ou cuidador primário o familiar que fica responsável pela quase totalidade dos encargos com o idoso demenciado e a quem está reservado os trabalhos de rotina.

De acordo com Wilson (1989), o cuidador principal é aquele que assume as principais tarefas de cuidado, percebido pelos outros membros da família como o responsável de assumir o cuidado do doente e não é remunerado pelas atividades que desempenha.

Cuidadores secundários são os outros membros da família que cuidam de modo mais ocasional e não têm compromisso e responsabilidade formal pelo cuidado, oferecem apoio financeiro ou instrumental ao cuidador principal, auxiliando em situações específicas como transportar, proporcionar atividades sociais e recreativas, além de cuidar de questões legais e

burocráticas (PAVARINI; NERI, 2000). Segundo Hilgert et al. (2003), os outros indivíduos, que exercem funções ocasionais, como ajuda econômica, transportes esporádicos, substituição temporária do cuidador principal, são chamados cuidadores secundários e, para Mendes, P. (1995), é a pessoa que efetua atividades complementares.

2.4.2 Características

A literatura nacional e internacional aponta que o cuidador responsável é, na maioria das vezes, um familiar próximo do sexo feminino, com nível de escolaridade e econômico baixo, que acumulam as atividades da casa e a tarefa de cuidar (PRUCHNO; RESCH, 1989; VILAÇA et al., 2005; FLORIANI, 2004; ROIG; ABENGÓZAR; SERRA, 1998; MENDES, M., 2004).

Conforme Sinclair (1990) e Floriani (2004), alguns fatores determinam quem será o cuidador:

- a) grau de parentesco: na maioria os cônjuges, antecedendo sempre a presença de algum filho;
- b) gênero: predominantemente a mulher;
- c) proximidade física: quem mora com a pessoa que necessita de cuidados;
- d) proximidade afetiva: destacando a relação conjugal e a relação entre pais e filhos.

Floriani (2004) afirma que também existem registros de cuidadores masculinos e de crianças e adolescentes.

Leal (2000) comenta que a prática tem mostrado que essa função não é uma escolha, mas, muitas vezes, uma imposição por força das circunstâncias e indisponibilidade de outros cuidadores potenciais. A pessoa inicia o processo de cuidar com uma ajuda e não consegue mais sair desse papel.

Segundo a autora, quanto mais o cuidador se dedica, mais os “não-cuidadores” se desvencilham, talvez pelas questões que esse tipo de trabalho pode possuir, ou seja,

envolvimento, mudança na vida pessoal, readaptação da casa ou mudança de casa, desarmonia familiar como consequência do papel de cuidador e do peso das tarefas.

Pontua ainda que doenças ocasionadas pelas exigências do trabalho e pelas características do doente podem estressar o cuidador e são geradas por insegurança quanto a procedimentos e prescrições da equipe, responsabilidade por equipamentos/medicamentos, falta de paciência/segurança nos procedimentos de enfermagem, carência de informações sobre a doença, de ajuda prática, de treinamento, de apoio físico, psicológico e financeiro e, finalmente, ausência de saúde pessoal para enfrentar a rotina.

É uma prática comum entre famílias de diferentes contextos socioculturais delegarem a atividade de cuidar a uma única pessoa, o que tende a esta sobrecarregar (PRUCHNO; RESCH, 1989). Frequentemente uma única pessoa é considerada cuidador, é responsável pelas tarefas de cuidado, sem a ajuda direta e sistemática de outros membros da família e a mulher tem de assumir o cuidado mesmo quando trabalha fora (SOMMERHALDER, 2001).

Conforme Roig, Abengózar e Serra (1998), seria ótimo que existisse entre os familiares uma comunicação aberta, com o propósito de dividir as tarefas de cuidado e assim evitar que o peso do cuidado do doente recaia sobre um único indivíduo, o cuidador principal.

Wanderley et al. (1998) destaca que, sem espaço próprio e reconhecimento da sociedade, o cuidador tende ao isolamento no interior do núcleo familiar e na problemática de suas relações cotidianas, situação que se agrava frente à falta de condições materiais e sociais.

Vilaça et al. (2005), em seu estudo sobre o autocuidado de cuidadores informais em domicílio, apontam que a atuação do cuidador é permeada por sentimentos e dificuldades ligados à ocorrência de modificações no comportamento da pessoa que necessita cuidado.

Leal (2000) acrescenta ainda que as atitudes e sentimentos em relação ao cuidar são ambivalentes. Apesar do cuidar ser visto uma causa nobre, pressupõe um baixo *status* como trabalho (pago ou não). Atitudes sociais discriminatórias dirigidas aos cuidadores podem ser influenciadas por aquelas associadas aos deficientes físicos que lidam com o estigma de não-inclusão na sociedade. Talvez, por associação, os cuidadores dividam esse mesmo estigma.

2.4.3 O cuidador familiar

Conforme Marcon (1997), no Brasil, a literatura relacionada ao cuidado informal ou familiar ainda é bastante escassa, porém nota-se uma preocupação crescente a esse respeito principalmente em relação a estudos com idosos, e.g. Franco (1988), que investigou a experiência de ser acompanhante de um familiar adulto internado em hospital geral; o de Pelzer (1993), que acompanhou o cuidador familiar de idosos com Demência Tipo Alzheimer (DTA); e o de Rodrigues, Andrade e Mendes (1995), que analisa o cuidado de idosos prestados no ambiente domiciliar entre outros.

Neri (1993), em seu estudo sobre o bem-estar e estresse em familiares que cuidam de idosos fragilizados e de alta dependência, fala que, apesar de existirem variações no que diz respeito ao grau de parentesco, o cuidador do doente demenciado é normalmente o cônjuge ou um dos filhos e, na maioria das vezes, do sexo feminino. Esse fato só vem a corroborar a crença de que o ato de cuidar tem ligação com o perfil feminino em nossa cultura (BOFF, 1999 apud HILGERT et al., 2003). Segundo Mendes, P. (1995), ao cuidar de um ente próximo que se torna dependente, há uma turbulência de sentimentos: amor, pena, alívio, culpa e, até mesmo, revolta pela dependência do outro.

Nesse percurso, os familiares cuidadores confrontam sentimentos de amor e ódio, como por exemplo, o nojo e o cuidado com o corpo, a onipotência e a capacidade de compartilhar (PY, 2004).

Como nos casos de dependências crônicas, os sentimentos precisam ser redefinidos, bem como os projetos de vida. É o caso de esposas e filhas que foram subalternizadas na hierarquia familiar (LEAL, 2000).

De acordo com a autora, existe uma tradição familiar para que o cuidador seja mulher, e esta, na maioria das vezes, já está sobrecarregada por outras tarefas. “Cuidar” não é uma tarefa fácil: exige uma mudança radical na vida de quem cuida e também demanda a execução de tarefas complexas, delicadas e sofridas.

A necessidade de nova organização na vida de um cuidador familiar, muitas vezes, é marcada por aspectos considerados negativos, gerando tensão, angústia e um sentimento de sobrecarga (NERI, 1993). Tornar-se um cuidador ocasiona uma mudança radical na vida das pessoas, o que é, muitas vezes, acompanhado de muito sofrimento (LEAL, 2000).

Fatores socioculturais e econômicos, isoladamente ou associados a outros fatores, podem determinar quem vai ser o cuidador (HILGERT et al., 2003). Os autores acrescentam que os cuidadores eleitos como principais apresentam determinadas características comuns: são pessoas que geralmente tomam a frente para solucionar problemas, conflitos no seio da família, enquanto os outros parentes se recolhem.

Vilaça et al. (2005) ressaltam que o cuidador familiar assume esse papel por: vontade, instinto e conjuntura. Aquele que assume por vontade é motivado a satisfazer seus sentimentos através da relação com o outro; o que faz por instinto, o faz impulsivamente buscando atender a necessidade de sobrevivência da comunidade ou da pessoa; e o por conjuntura, quando não há outra pessoa para atuar no cuidado.

Por imposição ou escolha, o cuidador familiar é aquele que põe a necessidade do outro em primeiro lugar. Geralmente é tão pressionado por necessidades imediatas, que se esquece de si mesmo e é modesto em suas demandas (LEAL, 2000). Cuidar pode causar estresse, pela necessidade de realizar atividades que estão acima das condições físicas e mentais do cuidador (VILAÇA et al., 2005). Py (2004) comenta que os cuidadores familiares, constroem, muitas vezes, uma relação de dependência e acabam vivendo o desamparo, o amor e o ódio. Afirmo ainda que as mulheres aparecem na sua maioria como protagonistas no ato de cuidar; a pesquisadora propõe ser necessária a interdependência solidária para que todos os membros da relação de cuidado fiquem saudáveis, e acrescenta que a experiência de cuidar pode trazer aspectos positivos para relação do cuidado, com indicadores de crescimento pessoal de quem cuida.

Dyson (1993) comparou famílias com e sem deficientes, buscando verificar o seu nível de estresse, e percebeu que este é maior em famílias com crianças deficientes. Conforme Lee e Gotlib (1994), os membros da família podem vivenciar o estresse como resultado da frustração e sobrecarga nas tarefas diárias. Às vezes, podem também isolar seus sentimentos dos outros membros da família, sentindo-se tristes e diminuindo, dessa forma, as interações com esses familiares (BRITO; DESSEN, 1999).

Freqüentemente existe um despreparo da família para ser cuidadora. Pinto (1997) ressaltam que, além do despreparo familiar, também existe no Brasil uma carência de recursos de suporte formal (instituições, profissionais). Nesse sentido Pavarini et al. (2001) aponta que, no Brasil, existe pouco apoio social ou informação prática para que o cuidador familiar possa desenvolver adequadamente o seu papel.

Conforme Dias (2005), é comum a família que não possui informação sobre a patologia imaginar que tudo é muito complicado e difícil com relação a qualquer doença, negando muitas vezes a existência desta.

Segundo Vilaça et al. (2005) o cuidador familiar necessita receber orientação de como proceder nas situações mais difíceis e visitas periódicas de profissionais da área de saúde e outras modalidades de supervisão e capacitação. Esse apoio é de suma importância para ajudá-lo a lidar com a grande mudança em seu estilo de vida, já que, além de ser responsável pelo seu bem-estar, passa a responsabilizar-se pela pessoa doente. Além disso, pode não falar ou não notar que está precisando de ajuda e orientação para seu autocuidado, já que cada pessoa reage de maneira diferente frente à doença familiar.

Para Vilaça et al. (2005) e Leal (2000), a carência total de facilidades para cuidadores e pessoas incapacitadas é que faz essa dependência parecer uma “tragédia” para ambos. Existe uma ausência de suporte em todos os patamares para o cuidador e de facilidades para a pessoa que necessita de cuidados, tais como: rampas, telefones baixos, banheiros adaptados, estacionamento privativo, transporte, informação disponível e atividades acessíveis, e todas essas dificuldades vão gerando o isolamento de ambos na sociedade e dificultando o progresso do tratamento.

Mendes, P. (1995) e Silva, I. (1995) abordam a omissão da esfera pública em relação aos cuidadores e discutem a omissão do Estado e o isolamento em que vivem esses indivíduos, os quais, sozinhos e desamparados pelo poder público, desempenham suas atividades de cuidar sem ajuda e sem orientações adequadas de profissionais. Os autores chamam a atenção para a necessidade urgente de suporte formal a eles, e percebem essa necessidade como uma questão de saúde pública.

Na ausência de serviços públicos direcionados para o suporte familiar, os cuidadores desempenham suas tarefas aprendendo por meio de seus erros e acertos, e, desse jeito, encontram a melhor maneira de se adaptar à nova condição, que pode durar muito tempo e ser intercalada por episódios de crise. Portanto, até descobrir o melhor modo para lidar com cada situação, o cuidador já vivenciou sofrimentos que poderiam ser evitados, caso tivesse recebido orientações de um profissional habilitado (SOMMERHALDER, 2001).

De acordo com Lacerda e Oliniski (2004), o familiar que não sabe cuidar e que é levado a assumir esse papel, sente-se inseguro e desorientado perante a situação, sem saber como agir e quais atitudes tomar. Os autores acrescentam ainda que, às vezes, os filhos são os cuidadores, tendo muitos deles seus próprios núcleos familiares para assistir, e outros ainda trabalham. Assim, o cuidar se torna uma sobrecarga, deixando-os exaustos.

Dessa maneira, o papel do cuidador adquire significados particulares que, dentro de um contexto histórico, social, político, econômico e cultural, precisa ser analisado e esclarecido (VILAÇA et al., 2005).

Leal (2000) lembra que, quanto maior o tempo de duração dos cuidados, pior será a qualidade de vida do cuidador, e Floriani (2004) descreve a dificuldade financeira do cuidador e da família, pois, muitas vezes, ocorre a perda parcial ou total das reservas financeiras da família e do emprego.

Roig, Abengózar e Serra (1998) acreditam que os cuidadores que possuem um nível econômico maior podem optar por contratar um auxiliar para cuidar do seu familiar doente e, dessa forma, reduzir a sobrecarga do cuidador “principal” da família. Para esses autores, há a hipótese de que a sobrecarga dos cuidadores aumenta quando estes possuem um baixo nível econômico, pois não dispõem de dinheiro suficiente para contratar pessoas que cuidem do doente.

Kramer (1997), ao revisar a literatura internacional, mostra a experiência de cuidar não é homogênea e que os cuidadores podem vivenciar sentimentos positivos e negativos concomitantemente.

Sommerhalder (2001) refere que, somente a partir do final da década de 1980, os aspectos positivos do papel de cuidar começaram a despertar a atenção dos estudiosos, porém ainda são poucos os estudos desenvolvidos.

Pavarini et al. (2001) relata, por exemplo, que existem fatores positivos entre o cuidador e o idoso e que estes promovem uma relação satisfatória, isto é, algumas interações dessa relação são consideradas agradáveis, gerando sentimentos de prazer e conforto.

Os sentimentos positivos relacionados à função apareceram associados à capacidade de desenvolvimento e de realização, a crescimento pessoal, a sentimentos de felicidade, amor, alegria em cuidar, retribuição, reconhecimento por parte do idoso, força e utilidade; à

competência em relação à atividade, como sentir-se vencedora em relação aos outros familiares porque efetuou aquilo que os outros não faziam; à responsabilidade social, como orgulho por cumprir o papel social, responsabilidade pelo cuidado, cumprir o dever de cristã e crescimento familiar, expresso pela melhora nas relações familiares (SOMMERHALDER, 2001).

Para Silva, I. (1995), os cuidadores relataram a percepção de reconhecimento social e sentimento de retribuição. Mendes, P. (1995) também observou sentimentos de retribuição, aliados à solidariedade e ao reconhecimento social. Velásquez et al. (1998) encontraram cuidadores com sentimentos de retribuição, reciprocidade e crescimento pessoal. Felgar (1998) descreveu sentimentos de prazer em servir, cuidar por amor, retribuição, amizade e disponibilidade.

Vários autores relataram os benefícios experimentados pelos cuidadores como: Albert (1992), Hinrichsen, Hernandez e Pollock (1992), Beach (1997), Kramer (1997), Farran et al. (1991) e Braithwaite (1996).

2.4.4 A saúde do cuidador

Snyder (2001), Goldfarb e Lopes (1996), Floriani (2004), Kiecolt-Glaser et al. (1995) e Andrade e Rodrigues (1999) afirmam que os cuidadores são mais suscetíveis a infecções, aumento do estresse e mais deprimidos do que pessoas “não-cuidadoras”.

Dura, Stukenberg e Kiecolt-Glaser (1990) associam o esforço crônico de cuidar ao início de desordens depressivas em idosos. Apesar de o cuidador do portador de Alzheimer não ser o paciente primário, deve-se atentar para as suas necessidades (SNYDER, 2001). O cuidador sem suporte pode ser o futuro paciente (LEAL, 2000).

Por essas razões, os cuidadores idosos de familiares de pacientes dementes têm sido estudados por diversos pesquisadores como modelo para explorar o impacto do estresse crônico na função imune e endócrina (BAUER et al., 2000).

Conforme Elvira (2005), a Síndrome de *Burnout* em cuidadores e voluntários inicialmente aparece com sintomas de cansaço emocional e se associa com a sobrecarga emocional produzida por uma relação prolongada com pessoas que vivem uma situação

problemática crônica. O desgaste produzido no cuidador e voluntário se relaciona com a incapacidade de poder mudar essa situação.

Para reduzir essa situação, a autora recomenda que o cuidador e/ou voluntário disponha de tempo livre e possa fazer outro tipo de atividades que não tenham nada a ver com a pessoa cuidada, que possa desenvolver atividades lúdicas e exercícios físicos, ter contato com outras pessoas que se encontrem em situações similares e dispor de assessoramento de um profissional que possa orientá-lo. Recomenda ainda trabalhar-se preventivamente com o cuidador e voluntário a fim de prepará-los para todas as situações futuras que tenham que enfrentar.

Andrade et al. (2005) investigaram a relação cuidador-criança e o desenvolvimento cognitivo desta, e os resultados apontaram a pertinência de ações de intervenção em favorecimento da qualidade do ambiente e da relação cuidador-criança para o desenvolvimento cognitivo da criança.

Para Pavarini et al. (2001), no caso do idoso, a intervenção junto ao cuidador familiar propicia uma ajuda indireta, com melhorias no desempenho e envolvimento do cuidador. O objetivo dessa intervenção é apoiar e orientar o próprio cuidador buscando melhorias na capacidade de entender seu papel, assim como na relação cotidiana de ambos.

Os cuidadores que atingem essa etapa do processo invariavelmente sentem-se mais livres, mais flexíveis, respeitam-se mais e descobrem prazer em outras atividades, se doam com afeto genuíno aos cuidados do doente, melhorando o relacionamento (HILGERT et al., 2003).

O trabalho de orientação de cuidadores de idosos em grupo possibilita troca de experiências e identificação de estratégias possíveis a cada um, apresenta informações e gera discussões sobre tópicos que envolvem as necessidades das pessoas. Assim, o apoio aos cuidadores de idosos por meio de um serviço comunitário parece ser uma opção que realmente ajuda essa população (PAVARINI et al., 2001).

No Brasil, a Associação Brasileira de Alzheimer e Idosos de Alta Dependência (ABRAZ) é um exemplo de serviço de apoio formal e não governamental. Existem iniciativas públicas formais de assistência aos idosos e a suas famílias, como parte de um programa de atendimento domiciliar. A família recebe a visita dos profissionais no domicílio, e eles

forneem as orientaões necessrias para um cuidado com melhor qualidade (YUASO, 2000). Esses projetos ainda atingem uma parcela pequena da populaão necessitada de orientaão, mas sãoiniciativas imprescindíveis ao suporte dos cuidadores e aos idosos, porém há uma urgência em multiplicar esses serviços (SOMMERHALDER, 2001).

Mendes, M. (2004) diz que a intervenão familiar deveria incluir: reduão do impacto do estresse da doença crônica na família; propiciar informaão sobre a doença, potencialidades e limitaões do doente crônico e prognóstico; estabelecer metas concretas para diminuir o estresse; oferecer um manual de serviços da comunidade para ajudar as famílias a manter os doentes crônicos no seu ambiente familiar e social e desenvolver os cuidados de saúde dentro de uma equipe interdisciplinar; buscar os diversos saberes existentes na comunidade e uma visão holística do doente e família, além de um trabalho articulado procurando analisar todas as vertentes da família com doentes crônicos.

Lacerda (2000) afirma que é importante fortalecer e valorizar o cuidador familiar, mostrando-lhe a importância de seu papel de cuidador e incentivando-o também a cuidar de si, e Py (2004) aponta que o trabalho profissional com os familiares cuidadores deve conter informaão e reflexão.

Entretanto, Hilgert et al. (2003) colocam que a vida não se restringe somente ao ato de cuidar, e o paciente demenciado não é o único que precisa ser cuidado, existem os filhos, o cõnjuge, há outras pessoas envolvidas no relacionamento com o cuidador, e também os cuidados do cuidador consigo mesmo, que normalmente ficam por último. Os autores acrescentam que ajudar o indivíduo a encontrar um lugar adequado para o paciente em sua vida emocional, capacitá-lo a viver bem, é o que cabe ao profissional que se dispõe a acompanhar o sujeito nessa tarefa.

Assim, existe unanimidade, entre os diversos autores pesquisados, sobre a necessidade de ser instituído um processo de educaão continuada para o cuidador, porém Floriani (2004) ressalta que a adesão do cuidador deve ser espontânea, estimulada e com suporte de informaão, nunca imposta.

A partir da exposião feita neste capítulo, nota-se que os trabalhos sobre o papel dos cuidadores apresentam, de maneira geral, similaridades em relaão às definiões e características principais, independentemente do quadro em que se encontra a pessoa que necessita de cuidados e das especificidades às quais estão relacionados.

3 A PESQUISA

3.1 *LOCUS DE PESQUISA*

Centro de Equoterapia Rancho Dourado, situado na Avenida Miguel Sutil, s/n, Cuiabá-MT.

3.2 *HISTÓRICO*

O Centro de Equoterapia Rancho Dourado iniciou suas atividades como um centro hípico em dezembro de 1997 e, em outubro de 1999, abriu espaço para Equoterapia.

O Centro possui uma área de quase 50 hectares, já foi declarado entidade de utilidade pública pela Lei Estadual n. 7.402 de 26 de abril de 2001 e também pela Lei Municipal n. 4.067 de 12 de julho de 2001. É filiado na ANDE-Brasil pela qual é reconhecido como entidade capaz de desenvolver a Equoterapia.

Possui uma equipe interdisciplinar composta por Psicóloga, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional e Equitador, bem como auxiliares guias, secretária, tratadores de cavalos.

O Centro de Equoterapia inicialmente realizava apenas atendimento particular, porém, em dezembro de 2004, fez um convênio com o Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino Corrêa (CRIDAC), que estabeleceu o atendimento gratuito a crianças e adolescentes que sejam pacientes do CRIDAC e preencham os critérios estabelecidos pela normatização do setor de Equoterapia do CRIDAC.

Atualmente o Centro de Equoterapia Rancho Dourado efetua atendimento particular a crianças, adolescentes e adultos e, pelo convênio com o CRIDAC, atendimentos gratuitos crianças e adolescentes. Cabe ressaltar que os atendimentos dos pacientes particulares e conveniados são realizados em períodos diferentes.

3.3 *HIPÓTESES*

As mães pesquisadas possui um conhecimento suficiente sobre Equoterapia, porém não identifica as especificidades desse recurso terapêutico e tem dificuldade em identificar para quais patologias este é indicado.

Entre as mães do convênio com o CRIDAC e as mães dos atendimentos particulares existem diferenças quanto à percepção das mudanças apresentadas por seus filhos.

3.4 OBJETIVOS

3.4.1 Objetivo geral

Analisar o conhecimento e a percepção que as mães dos pacientes possuem sobre a Equoterapia.

3.4.2 Objetivos específicos

Caracterizar a população pesquisada.

Identificar o que a população pesquisada conhece sobre Equoterapia.

Averiguar se as mães sabem para quais patologias ou diagnósticos a Equoterapia é indicada.

Verificar quais mudanças as mães perceberam em seus filhos com esse recurso terapêutico.

Identificar se há diferenças entre as mães dos pacientes do CRIDAC e as mães do atendimento particular quanto ao conhecimento e relacioná-lo com os aspectos sócio-demográficos.

Averiguar se existem diferenças entre as mães dos pacientes do CRIDAC e as mães do atendimento particular quanto à percepção das mudanças que ocorreram em seus filhos, influenciadas pela Equoterapia.

Apoiar programas de atendimento em Equoterapia, oferecendo subsídios a estes para que consigam um maior engajamento das mães no tratamento de seus filhos.

4 CASUÍSTICA E MÉTODO

Esta pesquisa trata-se de um estudo exploratório descritivo de caráter qualitativo, cujo método será análise de conteúdo.

O caráter exploratório de um estudo busca uma visão geral do fato investigado, já o descritivo procura descrever as características da população (GIL, 1994).

Para Martins e Bicudo (1994), a pesquisa qualitativa procura um entendimento particular do fenômeno estudado, e não a explicação. Para Grubits e Darrault-Harris (2004, p. 111), esta modalidade de pesquisa “[...] pode identificar-se com algumas técnicas, tais como observação do participante, história ou relatos de vida, análise de conteúdo, entrevista não diretiva etc., que reúnem um corpus qualitativo de informações”.

Trivinos (1987 apud SILVA; GOBBI; SIMÃO, 2005) comenta que a análise de conteúdo foi sistematizada como método na década de 20, adquirindo o caráter de método de investigação e conforme Bardin (2000) a definição de análise de conteúdo, que pode ser aplicada tanto na pesquisa quantitativa como na investigação qualitativa, surge no final dos anos 40-50, como uma técnica de investigação que tem por objetivo a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação.

A análise de conteúdo (seria melhor falar de análises de conteúdo), é um método muito empírico, dependente do tipo de “fala” a que se dedica e do tipo de interpretação que se pretende como objectivo. [...] A técnica de análise de conteúdo adequada ao domínio e ao objecto pretendidos, tem que ser reinventada a cada momento, exceto para usos simples e generalizados, como é o caso do escrutínio próximo da descodificação e de respostas a perguntas abertas de questionários cujo conteúdo é avaliado rapidamente por temas (BARDIN, 2000, p. 31).

Para a autora a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações e a sua aplicação abrange os seguintes domínios: 1) a natureza dos códigos de suporte lingüísticos (escrito e oral), iconicos (sinais, grafismos, imagens, fotografias, filmes, etc.) e outros códigos semióticos (tudo o que não é linguístico e pode ser portador de comunicação). Quanto ao número de pessoas implicadas na comunicação, a autora refere que esse número depende da forma como se faz a comunicação, o que pode ser um monólogo, diálogo, grupo restrito e comunicação de massa.

O trabalho de análise se inicia com a coleta dos materiais e com a primeira organização, orientada pela hipótese, pois, o pesquisador à medida que colhe informações,

elabora sua percepção do fenômeno e se deixa guiar pelas especificidades do material selecionado (LAVILLE; DIONNE, 1999).

A análise de conteúdo é composta por três fases fundamentais: 1) a pré-análise, quando é estabelecido um esquema de trabalho que deve ser preciso, com procedimentos bem definidos, embora flexíveis. 2) a exploração do material, que consiste no cumprimento das decisões tomadas anteriormente. 3) o tratamento dos resultados, onde o pesquisador apoiado nos resultados brutos procura torná-los significativos e válidos (BARDIN, 2000).

Quanto ao processo para efetuar-se análise de conteúdo Laville e Dionne (1999) apontam as seguintes etapas:

- a) O recorte de conteúdos: as falas são decompostas para depois serem recompostas e expressar melhor sua significação. Os elementos recortados vão compor as unidades de análise, chamadas também unidades de classificação. Essas unidades são os fragmentos do discurso manifesto como palavras, expressões, frases ou ainda idéias referentes a temas recortados;
- b) A definição das categorias analíticas: Os elementos de conteúdo agrupados por similaridade irão se organizar sob as devidas categorias analíticas, tal procedimento abrange três modelos: 1) Aberto – as categorias não são fixas inicialmente, mas se formam no curso da análise. 2) Fechado – o pesquisador decide inicialmente as categorias amparado em um ponto de vista teórico que submete geralmente à prova da realidade. 3) Misto – as categorias são selecionadas a priori, mas o pesquisador se permite modificá-las de acordo com o que a análise aportará. De acordo com os autores um conjunto adequado de categorias deve ser pertinente, o mais exaustivo possível, não demasiado, preciso e mutuamente exclusivo;
- c) A categorização final das unidades de análise: refere-se a sua categorização, o processo possibilita uma análise mais profunda dos recortes com base em critérios discutidos e incorporados. Trata-se de considerar uma a uma as unidades à luz dos critérios gerais de análise, para escolher a categoria que convém melhor a cada uma.

A análise categorial figura-se como uma espécie de “gavetas” ou “rubricas” significativas que possibilitam a classificação das unidades de significados das mensagens. É

a mais geral e a primeira a ser transmitida, pretende abranger a totalidade do texto, submetendo-o pelo crivo da classificação e do levantamento, conforme a frequência de presença ou ausência dos itens de sentido (BARDIN, 2000).

Conforme Bardin (2000) existem algumas regras para realizar a categorização da comunicação e ele recomenda que estas sejam:

- a) Homogêneas: não se podem compor conceitos diferentes em uma mesma categoria;
- b) Exaustivas: esgotar todo o texto;
- c) Exclusivas: uma mesma unidade do texto, não pode ser aleatoriamente colocada em duas categorias diferentes;
- d) Objetivas: codificadores diferentes devem chegar a resultados iguais;
- e) Adequadas ou pertinentes: as categorias devem ser adaptadas ao conteúdo e ao objetivo.

4.1 PARTICIPANTES

Participaram deste estudo 22 mães de pacientes do Centro de Equoterapia Rancho Dourado – Cuiabá-MT: 11 mães de pacientes atendidos pelo convênio com o CRIDAC e 11 mães de pacientes particulares.

Atualmente o Centro de Equoterapia Rancho Dourado possui 107 pacientes, sendo que 75 são atendidos pelo convênio com o CRIDAC e 32 particulares, de ambos os sexos.

4.1.1 Critérios de inclusão

Mães que possuem filhos os quais são atendidos no Centro de Equoterapia Rancho Dourado – Cuiabá-MT e tenham realizado no mínimo 8 sessões de Equoterapia na referida instituição.

4.1.2 Critérios de exclusão

Mães adotivas dos pacientes atendidos no Centro de Equoterapia Rancho Dourado – Cuiabá-MT ou mães cujos filhos tenham feito menos que 8 sessões de Equoterapia.

4.2 RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS

A coleta de dados foi realizada pela psicóloga autora desta pesquisa que é membro da equipe do Centro de Equoterapia do Rancho Dourado.

Utilizou-se os seguintes recursos materiais: papel, caneta, gravador, fita K7.

4.3 INSTRUMENTOS

Para nortear a entrevista foi elaborado um roteiro básico com questões abertas (APÊNDICE A) e composto por 17 tópicos. Este possui três enfoques relatados a seguir:

O primeiro possui questões gerais referentes à Equoterapia, o que a entrevistada entende por Equoterapia, quais os benefícios, para quais patologias é indicada, como obteve conhecimento sobre esse recurso, quem a orientou a procurar, se acreditava no efeito da Equoterapia antes de seu filho iniciar o tratamento e se indicaria a outras pessoas.

O segundo é composto por perguntas referentes ao filho: idade, sexo, a patologia do paciente, há quanto tempo realiza a Equoterapia, se já a praticou em outro local, os efeitos da Equoterapia para ele, se realiza outras terapias e se demonstra alguma reação quando não pode ir à sessão.

O terceiro tem questões referentes aos dados sócio-demográficos e ocupacionais das mães, como idade, sexo, estado civil e profissão.

A última questão foi aberta, para que a mãe fizesse algum comentário antes de concluir a entrevista, se assim o desejasse.

Optou-se por utilizar a entrevista por considerar que esta, dentre todas as técnicas de

interrogação, revela uma maior flexibilidade e, possui efeito positivo por envolver uma interação entre pessoas. Os participantes concordam mais facilmente em responder a perguntas feitas por um entrevistador do que responder a um questionário e, no caso de dúvidas, o entrevistador pode esclarecê-las, além de acrescentar perguntas que julgar necessárias a esse esclarecimento. A entrevista face a face costuma ser usada quando a amostra é pequena e traz benefícios claros (COZBY, 2003).

Conforme Martins e Bicudo (1994), freqüentemente os dados das entrevistas estão propensos a serem tratados segundo a análise categorial, por meio da qual o conteúdo é reunido segundo o sistema do pesquisador.

Assim as informações foram classificadas e agrupadas quanto ao tema que abordavam e à sua similaridade, pois, de acordo com Bardin (2000), existem vários critérios de categorização, entre eles, o semântico (todos os temas que significam a mesma coisa) e os expressivos (categorias que classificam diversos temas). Portanto as respostas obtidas através da entrevista foram categorizadas por similaridades de acordo com os critérios expostos a seguir:

O que as participantes entendiam por Equoterapia.

Partindo dos conceitos estudados no capítulo 2 extraíram-se as seguintes palavras chave: benefícios físicos, benefícios psicológicos, benefícios sociais, equipe interdisciplinar, estimula o sistema nervoso, o passo do cavalo e a reabilitação global.

Em “benefícios físicos” agruparam-se todas as respostas que se referiam a área motora. Algumas participantes falavam da melhora motora, porém outras citavam aspectos mais específicos da parte física, como por e.g.: ajuda na postura, no andar, na coordenação motora, no equilíbrio, na postura e na sustentação do tronco.

Agruparam-se em “benefícios psicológicos” todas as referências feitas em relação aos aspectos emocionais, como por e.g.: equilíbrio mental, desenvolver a segurança, a individualidade, terapia não tão estressante quanto as outras terapias, a criança fica mais calma.

A categoria “benefício social” reuniram-se todas as menções efetuadas pelas participantes que indicavam a melhora da sociabilidade e da percepção em relação aos outros.

Em “equipe interdisciplinar”, todas as citações feitas em relação aos profissionais necessários para desenvolver a Equoterapia, como por e.g.: quando se referiam a mais de um profissional e/ou a importância dos profissionais que atendem na Equoterapia.

A categoria “estimula o Sistema Nervoso” agrupa todas as falas das entrevistadas que mencionaram o sistema nervoso central e o estímulo cerebral.

Em “o passo do cavalo”, foram reunidas todas as explicações que fizeram referência ao movimento do cavalo, ao passo e à marcha do cavalo.

Em “reabilitação global”, foram congregadas todas as citações das participantes que indicavam desenvolvimento geral do paciente, como por e.g.: dar um equilíbrio mental e físico, desenvolver o todo, desenvolve da cabeça aos pés, é uma terapia completa.

Para quais diagnósticos e/ou patologias a Equoterapia é indicada conforme a opinião das participantes.

Congregaram-se em “distúrbios neurológicos” todas as citações das participantes que mencionaram patologias cerebrais ou distúrbios neurológicos.

Na categoria “hiperativas”, todas as menções efetuadas pelas participantes que citavam o diagnóstico de hiperatividade e/ou crianças muito agitadas.

Reuniram-se em “problemas emocionais” todas as referências feitas em relação aos aspectos emocionais, como por e.g.: desequilíbrios emocionais, pessoas nervosas e incentiva muito as pessoas no dia-a-dia.

Em “problemas motores”, agruparam-se todas as palavras que se referiam à área motora. Algumas participantes falavam da área motora ou física, porém outras citavam aspectos específicos da parte motora, como por e.g.: problemas físicos, transtornos motores, problemas de coordenação motora, deficiência motora, deficiências físicas e firmeza na sustentação do corpo.

Em “deficiências mentais”, reuniram-se todas as menções efetuadas pelas participantes que citavam problemas mentais e transtornos mentais.

A categoria “qualquer tipo de patologia” agrupa todas as falas das entrevistadas que mencionaram que esse recurso servia para todos os tipos de patologia ou qualquer patologia.

Os benefícios que as participantes acreditam que a Equoterapia pode trazer às pessoas que a realizam (geral) e as mudanças que seu filho apresentou com o tratamento de Equoterapia.

A classificação de benefícios e mudanças relatados pelas mães usou como referência a classificação proposta por Garrigue (1999), que diz que os efeitos terapêuticos desse recurso podem ser classificados em quatro categorias, que são:

- a) Melhora da Relação, refere-se à valorização plena do indivíduo a cavalo, à comunicação, ao autocontrole, à autoconfiança, à vigilância da relação, à atenção e tempo de atenção;
- b) Melhora da Psicomotricidade, diz respeito a melhorar o tônus, mobilizar as articulações da coluna e da bacia, promover o equilíbrio e a postura do tronco ereto, propiciar a obtenção de lateralidade, melhorar a percepção do esquema corporal, favorecer a referência de espaço e de tempo, desenvolver a coordenação ou a dissociação de movimentos, facilitar a precisão do gesto, proporcionar um melhor conhecimento do cavalo e de posições do corpo do paciente, permitir, enfim, a integração do gesto para compreensão de uma ordem recebida ou por imitação;
- c) Melhora de Natureza Técnica gera as diferentes aprendizagens referentes aos cuidados com os cavalos (alimentação, selar, etc.) e as técnicas de equitação que permitem conduzir o cavalo;
- d) Melhora da Socialização promove a integração entre pessoas com déficits cognitivo ou corporais e demais paciente ou cavaleiros saudáveis e com a equipe interdisciplinar que trabalha nos locais de atendimento.

E acrescentou-se “relaxamento”, pois essa categoria foi bastante mencionada, e foi considerado que essa característica não se enquadrava nas mencionadas acima. Nessa categoria, encontram-se todas as citações das mães que falavam sobre o relaxamento que o cavalo produzia no filho após o atendimento.

Como obteve conhecimento da Equoterapia.

Agrupadas em “mídia escrita e falada” todas as citações feitas em relação a matérias de TV e artigos em revistas, jornais, etc. e, em “profissional da saúde” todas as respostas que mencionaram o nome da profissão: Neurologista, Pediatra, Fisioterapeuta, etc.

4.4 PROCEDIMENTOS

Inicialmente contactou-se a diretora do Centro de Equoterapia Rancho Dourado para explanação sobre a pesquisa, sua viabilização e pedido de autorização para realizá-la.

No período de 5 a 19 de novembro de 2005, a pesquisadora compareceu ao Centro de Equoterapia, sempre antes do horário de iniciar os atendimentos do período, e, de posse das fichas de todos os pacientes que seriam atendidos, foi feita a seleção das mães que se enquadravam dentro dos critérios de inclusão.

Após a seleção das prováveis participantes, aguardou-se que estas chegassem ao Centro de Equoterapia para, então, abordá-las e explicar-lhes o trabalho, os objetivos e o instrumento que iria ser utilizado. Todas as entrevistas foram realizadas individualmente e, após elas concordarem em participar da pesquisa, lia-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento (APÊNDICE B) o qual, após assinado, permitiu o início da entrevista. As entrevistas foram gravadas em fitas K7, visando garantir o máximo de fidedignidade das falas das mães entrevistadas.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) (ANEXO).

Foram seguidas todas as recomendações do Conselho Federal de Psicologia (CFP) contidas na Resolução CFP n. 016, de 20 de dezembro de 2000, as do Conselho Nacional de Saúde referentes à pesquisa com seres humanos e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) sob a Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996.

Explicações sobre a seleção das participantes, sigilo, objetivos, devolutiva da pesquisa e desistência, bem como o esclarecimento de eventuais dúvidas foram oferecidas às mães, para, então, seguir-se a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas foram transcritas na íntegra (APÊNDICE C) e após tal procedimento, feita uma leitura criteriosa das falas. Tal leitura visou à apreensão dos significados contidos nas respostas, a partir disso agruparam-se as respostas de significados semelhantes, para a contagem das frequências e outros aspectos que podiam ser quantificados. Foram citados também alguns fragmentos das falas das entrevistadas, a fim de demonstrar os aspectos mais importantes e ilustrar a discussão proposta.

5 RESULTADOS

Expõem-se a seguir os dados obtidos nas entrevistas com as mães dos pacientes de Equoterapia do Centro de Equoterapia Rancho Dourado – Cuiabá-MT.

Segundo Laville e Dionne (1999), os dados na forma bruta precisam ser preparados para serem usados na construção do conhecimento. A apresentação numérica dos dados possibilita o tratamento e a análise com o auxílio dos instrumentos estatísticos.

Estes serão apresentados em quadros e tabelas, pois segundo Thiollent (s.d apud KERSCHER; KERSCHER, 1998), as técnicas quantitativas são úteis para a contagem das freqüências e outros aspectos que podem ser quantificados, mas não possuem nenhum papel explicativo, constituindo-se apenas em um auxílio para a interpretação dos resultados.

5.1 DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E OCUPACIONAIS

Participaram deste estudo 22 mães (N=112), das quais 11 (N=75) são mães de pacientes atendidos pelo convênio com o CRIDAC (grupo A) e 11 (N=32), mães de pacientes particulares (grupo B).

O Quadro 2 apresenta de forma geral os dados sócio-demográficos e ocupacionais das mães entrevistadas e caracterização de seus respectivos filhos (pacientes).

QUADRO 2 - Dados sócio-demográficos e ocupacionais das mães e caracterização dos respectivos filhos (pacientes).

Mães	Mães				Filhos		
	Idade (anos)	Estado civil	Escolaridade	Profissão	Idade (anos)	Sexo	Diagnóstico
GRUPO A							
A	36	Casada	1º grau c.	Manicure	7	♀	PC
B	37	Casada	1º grau i.	Manicure	15	♀	PC
C	42	Casada	3º grau c.	Professora	2	♀	SD
D	24	Casada	1º grau c.	Do lar	3	♀	SR
E	40	Casada	1º grau c.	Do lar	10	♀	PC
F	19	Separada	2º grau c.	Do lar	3	♂	Malformação
G	29	Casada	1º grau i.	Do lar	10	♂	PC
H	19	Separada	2º grau i.	Do lar	3	♀	PC
I	50	Casada	1º grau i.	Do lar	11	♀	PC
J	48	Casada	3º grau c.	Do lar	9	♂	Toxoplasmose
K	46	Casada	2º grau i.	Do lar	8	♀	PC
GRUPO B							
L	39	Casada	3º grau i.	Do lar	7	♂	PC
M	34	Casada	3º grau c.	Funcionária Pública	3	♂	SD
N	40	Casada	2º grau c.	Empresária	4	♂	SD
O	47	Casada	3º grau c.	Comerciante	20	♀	DM
P	34	Casada	3º grau c.	Comerciante	3	♂	Autismo
Q	30	Casada	3º grau i.	Do lar	1	♀	SW
R	33	Casada	3º grau c.	Enfermeira	8	♂	SD
S	38	Casada	1º grau i.	Auxiliar de marceneiro**	2	♀	SD
T	26	Separada	3º grau c.	Do lar	6	♂	Malformação
U	< 35*	Casada	3º grau c.	Arquiteta	4	♂	PC
V	40	Casada	3º grau c.	Aposentada***	8	♂	PC

Legenda: Completo (c.), Incompleto (i.); Feminino (♀), Masculino (♂); Paralisia Cerebral (PC), Síndrome de Down (SD), Síndrome de Rett (SR), Síndrome de West (SW), Deficiente Mental (DM).

* Essa participante não quis dar a idade precisa, porém disse que tinha menos de 35 anos, assim ela foi classificada na Tabela 1, na faixa etária de 30 a 39 anos.

** O padrão desta participante custeava os atendimentos de seu filho.

*** Essa resposta foi enquadrada na Tabela 4, como do lar.

5.1.1 Dados sócio-demográficos e ocupacionais das mães entrevistadas.

A seguir apresenta-se separadamente a distribuição das variáveis contidas no Quadro 2 referentes as mães entrevistadas.

TABELA 1 - Distribuição das mães segundo a idade

Faixa etária (anos)	Grupo A		Grupo B		Total	
	n	%	N	%	n	%
19 a 29	4	36,4	1	9,1	5	22,7
30 a 39	2	18,2	7	63,6	9	40,9
40 a 50	5	45,4	3	27,3	8	36,4

Pode-se observar na Tabela 1 que 9 das 22 mães têm suas idades compreendidas entre 30 a 39 anos (40,9%); 8, entre 40 a 50 anos (36,4%); e 5, entre 19 a 29 (22,7%). Sendo que no grupo A, 5 das 11 mães têm suas idades compreendidas entre 40 a 50 anos (45,5%); 4, entre 19 a 29 (36,4%); e 2, entre 30 a 39 (18,2%). Já no grupo B, a maioria das mães tem suas faixas etárias compreendidas entre 30 a 39 (63,6%), 3 mães estão entre 40 a 50 anos (27,3%) e somente uma está entre 19 a 20 anos (9,1%).

TABELA 2 - Distribuição das mães segundo a escolaridade

Escolaridade	Grupo A		Grupo B		Total	
	N	%	N	%	n	%
Primeiro Grau	6	54,5	1	9,1	7	31,8
Segundo Grau	3	27,3	1	9,1	4	18,2
Terceiro Grau	2	18,2	9	81,8	11	50,0

A Tabela 2 apresenta a distribuição das mães segundo a escolaridade. Podemos notar que 50,0% das entrevistadas possuem 3º grau. Ao comparar os grupos A e B percebe-se que esse percentual se altera, sendo que entre as mães do grupo A a maioria (54,5%) possui 1º grau e no grupo B 3º grau (81,8%).

TABELA 3 - Distribuição das mães segundo a ocupação

Profissão	Grupo A		Grupo B		Total	
	n	%	N	%	n	%
Arquiteta	-	-	1	9,1	1	4,5
Auxiliar de marceneiro	-	-	1	9,1	1	4,5
Comerciante	-	-	2	18,2	2	9,2
Do lar	8	72,7	4	36,3	12	54,6
Empresária	-	-	1	9,1	1	4,5
Enfermeira	-	-	1	9,1	1	4,5
Funcionária Pública	-	-	1	9,1	1	4,5
Manicure	2	18,2	-	-	2	9,2
Professora	1	9,1	-	-	1	4,5

A Tabela 3 mostra a distribuição das mães segundo a ocupação. Pode-se notar que 54,6% das entrevistadas são do lar (não trabalham fora de casa) e 45,4% delas trabalham, ou seja, exercem algum tipo de profissão.

Ao comparar os grupos, observa-se que, dentre as mães do grupo A, somente 27,3% trabalham fora de casa, ao contrário do grupo B, em que a maioria (63,7%) delas trabalha fora de casa.

TABELA 4 - Distribuição das mães segundo o estado civil

Estado civil	Grupo A		Grupo B		Total	
	n	%	N	%	n	%
Casada*	9	81,8	10	90,9	19	86,4
Separada	2	18,2	1	9,1	3	13,6

* Consideradas como casadas as participantes que moram junto com o pai de seu filho(a), porque foram assim que se identificaram na pesquisa.

A Tabela 4 apresenta a distribuição das mães em relação ao estado civil. Pode-se observar que a maioria das mães entrevistadas (86,4%) são casadas.

5.1.2 Dados sócio-demográficos dos filhos (pacientes) das entrevistadas

A seguir apresenta-se separadamente a distribuição das variáveis contidas no Quadro 2 referentes aos pacientes.

TABELA 5 - Distribuição dos pacientes segundo a idade

Faixa etária (anos)	Grupo A		Grupo B		Total	
	n	%	N	%	n	%
1 a 8 anos	6	54,5	10	90,9	16	72,7
9 a 14 anos	4	36,4	-	-	4	18,2
15 a 20 anos	1	9,1	1	9,1	2	9,1

A Tabela 5 apresenta a distribuição dos pacientes de acordo com idade. Pode-se perceber que a maioria, 72,7% dos pacientes tem de 1 a 8 anos de idade.

Ao compararmos os grupos percebe-se a que, no A, as faixas etárias concentram-se entre 1 a 8 anos (54,5%) e 9 a 14 anos (36,4%); já no B, a maior concentração está entre a faixa etária de 1 a 8 anos (90,9%).

TABELA 6 - Distribuição dos pacientes segundo o sexo

Sexo	Grupo A		Grupo B		Total	
	n	%	N	%	n	%
Feminino	8	72,7	3	27,3	11	50,0
Masculino	3	27,3	8	72,7	11	50,0

A Tabela 6 refere-se à distribuição dos pacientes conforme o sexo, na qual é possível se perceber que a metade (50,0%) dos pacientes é do sexo feminino e a outra metade (50,0%), do sexo masculino. Dado este inversamente proporcional entre os grupos A (feminino 72,7%) e B (masculino 72,7%).

TABELA 7 - Distribuição dos pacientes segundo o diagnóstico e/ou patologias

Patologia e/ou diagnósticos	Grupo A		Grupo B		Total	
	n	%	N	%	n	%
Autismo	-	-	1	9,1	1	4,5
Deficiência mental	-	-	1	9,1	1	4,5
Malformação Congênita	1	9,1	1	9,1	2	9,1
Paralisia Cerebral	7	63,6	3	27,3	10	45,4
Síndrome de Down	1	9,1	4	36,3	5	22,7
Síndrome de Rett	1	9,1	-	-	1	4,5
Síndrome de West	-	-	1	9,1	1	4,5
Toxoplasmose	1	9,1	-	-	1	4,5

Na Tabela 7, é apresentada a distribuição dos pacientes de acordo com o diagnóstico e/ou patologia. Pode-se verificar que a maioria dos pacientes tem Paralisia Cerebral (45,4%) e, destes, 7 são do grupo A, seguida por Síndrome de Down (22,7%), sendo que destes, 4 são do grupo B.

5.2 CONHECIMENTOS GERAIS QUE AS MÃES POSSUEM SOBRE A EQUOTERAPIA

TABELA 8 - Distribuição das mães por categoria de acordo com o relato sobre o que entendiam por Equoterapia

Categoria	Grupo A		Grupo B		Total	
	n	%	N	%	n	%
Benefícios físicos	9	81,8	9	81,8	18	81,2
Benefícios psicológicos	3	27,3	6	54,5	9	40,1
Benefícios sociais	-	-	2	18,2	2	9,1
Equipe interdisciplinar	-	-	3	27,3	3	13,6
Estimula o sistema nervoso	-	-	2	18,2	2	9,1
O passo do cavalo	2	18,2	2	18,2	4	18,2
Reabilitação global	1	9,1	1	9,1	3	13,6
Não sabe	1	9,1	-	-	1	4,5

*Mais de uma possibilidade de resposta.

A Tabela 8 mostra distribuição das mães por categoria, de acordo com o relato sobre o que entendiam por Equoterapia. A categoria mais citada por ambos os grupos foi benefícios físicos (81,2%), seguida por benefícios psicológicos (40,1%), porém com maior ocorrência no grupo B (54,5%).

TABELA 9 - Distribuição das patologias com indicação para Equoterapia segundo o conhecimento das mães

Categorias e/ou patologias	Grupo A		Grupo B		Total	
	n	%	N	%	n	%
Acidente Vascular Cerebral	-	-	2	18,2	2	9,1
Convulsões	-	-	1	9,1	1	4,5
Déficit de atenção	-	-	1	9,1	1	4,5
Depressão	1	9,1	2	18,2	3	13,6
Distúrbios neurológicos	-	-	4	36,4	4	18,2
Infarto	-	-	1	9,1	1	4,5
Hiperativas	-	-	3	27,3	3	13,6
Paralisia Cerebral	5	45,5	2	18,2	7	31,2
Problemas emocionais	2	18,2	2	18,2	4	18,2
Problemas motores	6	54,5	9	81,8	15	68,2
Deficiências mentais	1	9,1	4	36,4	5	22,7
Qualquer tipo de patologia	4	36,4	2	18,2	6	27,3
Síndrome de Down	2	18,2	3	27,3	5	22,7
Síndrome de Rett	-	-	1	9,1	1	4,5

*Mais de uma possibilidade de resposta.

Na Tabela 9, apresenta-se a distribuição da ocorrência de citações feitas pelas mães sobre as patologias com indicação para Equoterapia segundo o conhecimento delas. Pode-se observar problemas motores foi a categoria mais mencionada (68,2%), 54,5% pelas mães do grupo A, e 81,8% pelas do grupo B. Em seguida, Paralisia Cerebral (31,2%) para ambos os grupos, porém as mães do grupo A (45,5%) citaram esta categoria mais que as do grupo B (18,2%).

TABELA 10 - Distribuição dos benefícios da Equoterapia mencionados pelas mães

Categorias/benefícios	Grupo A		Grupo B		Total	
	n	%	N	%	n	%
Melhora da relação	-	-	10	90,1	10	45,5
Melhora da psicomotricidade	9	81,8	11	100,0	20	90,9
Melhora de natureza técnica	-	-	1	9,1	1	4,5
Melhora da socialização	-	-	1	9,1	1	4,5
Relaxamento	7	63,4	1	9,1	8	36,4

*Mais de uma possibilidade de resposta.

A Tabela 10 apresenta a distribuição dos benefícios da Equoterapia mencionados pelas mães. Observa-se que a maioria da população pesquisada, 90,9% citaram o benefício Melhora da Psicomotricidade, o qual foi citado por todas as mães do grupo B (100,0%). A segunda categoria mais citada foi Melhora da Relação (45,5%), porém todas as mães que mencionaram esse benefício pertencem ao grupo B (90,9%). Na seqüência, aparece Relaxamento (36,4%), sendo que a maioria das mães que o citaram são do grupo A (63,4%).

TABELA 11 - Distribuição das mães segundo o meio pelo qual ouviram falar sobre a Equoterapia pela primeira vez

Ouviram falar sobre a Equoterapia pela primeira vez	Grupo A		Grupo B		Total	
	n	%	n	%	n	%
Através de outra mãe	-	-	2	18,2	2	9,1
Mídia escrita e falada	5	45,5	4	36,3	9	40,9
Pesquisa na Internet	-	-	1	9,1	1	4,5
Profissional da saúde	6	54,5	4	36,4	10	45,5

A Tabela 11 mostra o meio pelo qual as mães ouviram falar sobre Equoterapia pela primeira vez, e aproximadamente metade (45,5%) das entrevistadas ouviram falar pela primeira vez sobre Equoterapia através de um profissional de saúde, e destas, 54,5% foram as mães do grupo A, e 36,3% as do grupo B. Segue-se a esse meio o conhecimento através da mídia escrita ou falada (40,0%), citado 5 vezes (45,5%) entre as mães do grupo A e 4 (36,3%) do grupo B.

Nenhuma das participantes do grupo A citou os itens através de outra mãe e pesquisa na internet.

TABELA 12 - Distribuição das mães segundo quem indicou a Equoterapia

Quem indicou a Equoterapia	Grupo A		Grupo B		Total	
	n	%	n	%	n	%
Fisioterapeuta	-	-	3	27,3	3	13,6
Fonoaudióloga	1	9,1	1	9,1	2	9,1
Neurologista	3	27,3	5	45,4	8	36,4
Ninguém/iniciativa própria	1	9,1	3	27,3	4	18,2
Outra mãe	-	-	1	9,1	1	4,5
Pediatra	1	9,1	1	9,1	2	9,1
Terapeuta Ocupacional	5	45,4	-	-	5	22,7

Na Tabela 12, feita a distribuição das participantes conforme quem as orientou a procurar a Equoterapia. Percebido que o profissional que mais orientou as mães a procurarem a Equoterapia, foi o Neurologista (36,4%), sendo que 5 destas mães pertencem ao grupo B; o Terapeuta Ocupacional foi citado por 22,7% das mães, entretanto todas são participantes do grupo A.

5.3 INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS QUE AS MÃES POSSUEM DOS SEUS FILHOS EM RELAÇÃO A EQUOTERAPIA

TABELA 13 - Distribuição dos pacientes que já fizeram a Equoterapia em outro local

Praticaram em outro local	Grupo A		Grupo B		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	2	18,2	3	27,3	5	22,7
Não	9	81,8	8	72,7	17	77,3

A Tabela 13 mostra a distribuição dos pacientes que já fizeram Equoterapia em outro local, e pode-se observar que a maioria (77,3%) dos pacientes nunca realizou Equoterapia em outro local.

TABELA 14 - Distribuição dos pacientes segundo o tempo que realiza Equoterapia

Tempo que faz Equoterapia	Grupo A		Grupo B		Total	
	n	%	n	%	N	%
3 a 12 meses	11	100,0	4	36,4	15	68,2
13 a 24 meses	-	-	5	45,4	5	22,7
25 a 36 meses	-	-	2	18,2	2	9,1

A Tabela 14 demonstra a distribuição dos pacientes conforme o tempo em que realizam Equoterapia. A maioria dos pacientes (68,2%) realiza a Equoterapia há menos de 12 meses. Ao comparar os grupos, percebe-se que todos os pacientes do grupo A (100,0%) freqüentam a Equoterapia há menos de 12 meses.

TABELA 15 - Distribuição dos pacientes segundo as terapias e/ou atividades que realizam

Terapias/atividades que os pacientes fazem	Grupo A		Grupo B		Total	
	n	%	N	%	n	%
Escola especial	1	9,1	-	-	1	4,5
Escola regular	-	-	8	72,7	8	36,4
Fisioterapia	5	45,4	6	54,5	11	50,0
Fonoaudiologia	4	36,4	9	82,8	13	59,1
Hidroterapia	1	9,1	2	18,2	3	13,6
Natação	-	-	3	27,3	3	13,6
Nenhuma	2	18,2	2	18,2	4	18,2
Psicologia	1	9,1	2	18,2	3	13,6
Psicopedagogia	1	9,1	1	9,1	2	9,1
Terapia de Artes	1	9,1	1	9,1	2	9,1
Terapia Ocupacional	8	72,7	5	45,4	13	59,1

*Mais de uma possibilidade de resposta.

A Tabela 15 apresenta a distribuição dos pacientes conforme as atividades e/ou terapias que efetuam. Nota-se que a Fonoaudiologia (59,1%) e a Terapia Ocupacional (59,1%) são as terapias mais freqüentadas pelos pacientes.

Ao analisar os grupos A e B em separado, nota-se que, no o grupo A, a Terapia Ocupacional é a mais freqüentada (72,7%), seguida por Fisioterapia (45,4%) e Fonoaudiologia (36,4%), já no grupo B a terapia mais citada é a Fonoaudiologia (82,8%), seguida por escola regular (72,7%) e Fisioterapia (54,5%).

Cabe ressaltar que nenhuma criança do grupo A freqüenta escola regular, e somente uma está em escola especial.

TABELA 16 - Distribuição das mudanças apresentadas pelos pacientes segundo a percepção das mães

Categorias	Grupo A		Grupo B		Total	
	n	%	N	%	N	%
Melhora da relação	4	36,4	8	72,7	12	54,5
Melhora da psicomotricidade	4	36,4	9	81,8	13	59,1
Melhora de natureza técnica	-	-	-	-	-	-
Melhora da socialização	-	-	2	18,2	2	9,1
Relaxamento	7	63,4	2	18,2	9	40,9

*Mais de uma possibilidade de resposta.

A Tabela 16 configura a distribuição das mudanças apresentadas pelos pacientes de acordo com percepção das mães. A Melhora da Psicomotricidade foi a mudança mais identificada pelas mães (59,1%), seguida pela Melhora da Relação (54,5%). No entanto o grupo A percebeu mais o Relaxamento (63,4%) e o grupo B, a Melhora da Psicomotricidade (81,8%) a que se segue a Melhora da Relação (72,7%).

TABELA 17 - Distribuição das mães que acreditavam nos efeitos da Equoterapia antes de iniciar os atendimentos

Acreditavam no efeito da Equoterapia	Grupo A		Grupo B		Total	
	n	%	N	%	n	%
Sim	7	63,4	10	91,9	17	77,3
Não	4	36,4	1	9,1	5	22,7

Na Tabela 17, observa-se que a maioria das mães (77,3%) acreditava nos efeitos da Equoterapia antes mesmo do início dos atendimentos.

6 DISCUSSÃO

As mães desta pesquisa têm suas idades compreendidas entre 19 e 50 anos. A faixa etária predominante é de 30 a 39 anos, na qual se insere a minoria das participantes do grupo A e a maioria das do grupo B.

A maior concentração das mães do grupo A está entre 19 e 29 anos e 40 e 50 anos; e no grupo B a minoria tem de 19 a 29 anos.

Metade das entrevistadas possui o 3º grau. Porém, ao comparar os grupos A e B, percebe-se que esse percentual se modifica, pois, entre as mães do grupo A, a maioria possui o 1º grau, e entre as do grupo B, o 3º grau. Portanto, as participantes do grupo B possuem uma escolaridade superior à das participantes do grupo A.

As participantes deste estudo possuem profissões variadas, como manicure, comerciante, empresária, enfermeira, professora, arquiteta, auxiliar de marceneiro e funcionária pública.

O estudo do Banco Mundial aponta a segregação ocupacional relacionada ao gênero e que entre as profissões exercidas por mais de 50% das mulheres estão: as assistentes sociais, cabelereiras, enfermeiras, professoras, entre outras.

Aproximadamente metade das entrevistadas é do lar (não trabalha fora de casa). No entanto, observou-se que, dentre as mães do grupo B, somente a minoria não trabalha fora de casa.

Percebeu-se que maioria das participantes do grupo B, que possuem melhor nível socioeconômico, exerce uma profissão, o que vem ao encontro das estatísticas do Banco Mundial, ao apontar que muitas mulheres trabalham devido à necessidade de sobrevivência, à manutenção de padrão econômico familiar e/ou por necessidade de realização pessoal (PENA; PITANGUY, 2005).

O estudo do Banco Mundial aponta ainda que as mulheres com níveis educacionais mais altos conseguem melhor ingresso na vida profissional (PENA; PITANGUY, 2005), e Lavinias (2001) afirma que o nível médio de escolaridade superior é o que capacita as mulheres a disputarem o espaço no mercado de trabalho com mais sucesso do que os homens. Portanto os dados desta pesquisa corroboram nesse sentido, pois as mães do grupo A possuem escolaridade baixa e não trabalham fora de casa, e as participantes do grupo B têm escolaridade alta e exercem uma profissão.

Neste estudo, o número de mães separadas é inexpressivo nos dois grupos, verificou-se que a maioria das participantes é casada (com o pai do paciente).

Longo e Bond (1984 apud BEE, 2003) comentam sobre o fato de o nascimento de uma criança com deficiência aumentar ou não a separação do casal e apontam que não há dados concretos que confirmem a chegada do filho com deficiência como causadora da desarmonia conjugal. Acrescentam que, quando o relacionamento conjugal já não era bom antes do nascimento do filho com deficiência, a presença deste no sistema familiar parece aumentar a probabilidade de discórdia posterior. Porém não existem indicações concretas de que o nascimento de uma criança com deficiência ocasione a desarmonia conjugal ou risco de divórcio.

Walker e Zeman (1992) apontam que a doença crônica na infância tem sido também associada por alguns autores a um aumento de dificuldades na relação conjugal. Porém, no estudo realizado por Quittner, Opiari e Espelage (1998), não foram percebidas diferenças significativas entre a satisfação dos casais com crianças com e sem doença crônica, apesar do fato de terem eles mencionado que são poucas as atividades recreativas do casal e de terem as mulheres apresentado sintomas de depressão.

Quanto à faixa etária dos filhos das participantes desta pesquisa, verificou-se que a maioria possui entre 1 e 8 anos de idade. Comparados os dois grupos, percebe-se que os pacientes do grupo A concentram-se na faixa etária de 1 a 8 anos e de 9 a 14 anos, e os do B, entre 1 e 8 anos.

Bueno (1998) fala que para ter consciência dos movimentos corporais integrados com sua emoção e expressados por esses movimentos é importante a estimulação do desenvolvimento psicomotor, e a melhor fase para que isso ocorra é a faixa etária que vai do nascimento até aproximadamente os 8 anos.

Assim, pode-se verificar que os pacientes envolvidos nesta pesquisa se encontram na faixa etária mais adequada para receberem a estimulação. De acordo com Silva, M. (2003) quanto mais cedo iniciar a estimulação precoce, melhores resultados serão obtidos.

Conforme Miranda, Resegue e Figueiras (2003), os recentes estudos sobre a plasticidade cerebral humana confirmam a necessidade de a equipe de saúde intervir precocemente e não profetizar prognósticos para esses pacientes. A estimulação nos três primeiros anos de vida, para crianças com atraso no desenvolvimento já diagnosticadas ou

para aquelas com risco de atraso, melhora sua performance, necessitando ser incentivado o seu início o mais cedo possível (MIRANDA; RESEGUE; FIGUEIRAS, 2003).

Sprovieri (1993 apud CASARIN, 1999) comenta que o bebê com alguma deficiência necessita de muitos cuidados, mais do que bebês sem deficiência, e muitos pais envolvem-se profundamente nessa atividade, muitas vezes usando o trabalho de intervenção precoce como um meio que permitirá vencer o desafio em que a deficiência se transforma. Nessa fase, há manifestações de alívio emocional, pois fazer algo para mudar a situação diminui o sentimento de impotência.

Em relação ao sexo dos pacientes, percebe-se que a divisão é homogênea entre masculino e feminino. Salienta-se que esse resultado foi uma coincidência. Entretanto os dados são proporcionalmente inversos em cada grupo: no grupo A, a maioria dos pacientes é do sexo feminino, e no grupo B, a maioria é do sexo masculino.

A aproximadamente metade dos pacientes tem Paralisia Cerebral, a que se segue a Síndrome de Down. A análise de cada grupo em separado possibilita perceber que a maioria (63,6%) dos pacientes do grupo A possui Paralisia Cerebral e, no grupo B, apenas 27,3% dos pacientes a possuem.

Algumas pesquisas associam a Paralisia Cerebral à classe econômica baixa, devido à dificuldade para realizarem o pré-natal e à falta de assistência adequada no parto, o que aumenta o risco de o recém nascido ter Paralisia Cerebral. Sanvito (1997) aponta que as causas da Paralisia Cerebral são várias, cabendo destacar, os traumatismos de parto.

A privação de oxigênio no momento do nascimento pode ocasionar lesão cerebral, a falta de oxigênio pode ser causada por fatores químicos e/ou por mecânicos. As gestantes com condição econômica baixa estão mais propensas à saúde precária e falta de nutrição adequada, e conseqüentemente são vulneráveis a problemas graves no parto (BRASIL ESCOLA, 2006).

Conforme Vivarta (2003), os exames pré-natais devem ser realizados, no mínimo, seis vezes durante a gestação, pois podem ser identificados diversos fatores de risco, como sífilis e diabetes, que podem ocasionar alguma deficiência. Porém muitos outros testes imprescindíveis, como o da rubéola, não fazem parte do pacote obrigatório do pré-natal oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) – dependem de um pedido do médico e de disponibilidade de material.

As gestantes dependentes de atendimento público em saúde permanecem sem pré-natal adequado, e gestações de risco continuam em alto índice, apesar de ter melhorado em comparação aos períodos anteriores. A mortalidade materna continua crescendo, o que denota problemas graves no sistema público de saúde (PENA et al., 2005). Os dados da Corde (s.d. apud VIVARTA, 2003) demonstram que em torno de 40% dos casos graves de deficiência mental poderiam ser evitados por meio de ações preventivas.

A seguir discutem-se os resultados obtidos sobre os conhecimentos gerais que as mães possuem sobre a Equoterapia e os conhecimentos específicos que elas possuem dos seus filhos em relação à Equoterapia.

Cabe ressaltar que esta pesquisa trata-se de um estudo exploratório descritivo sem que previamente se soubesse das singularidades sobre as percepções das mães quanto ao trabalho desenvolvido na Equoterapia, já que, como já citado anteriormente, a literatura nessa área é escassa.

A maioria das entrevistadas apresentou noção adequada do que seja a Equoterapia, e os benefícios físicos que a Equoterapia proporciona aos pacientes foi o item mais mencionado, seguido por benefício psicológico. Houve o mesmo percentual em ambos os grupos com relação aos benefícios físicos citados, talvez pelo fato de ser este mais visível.

A seguir apresentam-se alguns relatos das entrevistadas acerca do seu entendimento sobre o que é Equoterapia:

Grupo A

[...] olha, Equoterapia pra mim é um, pra mim eu acho que é tudo, porque através dele que a minha filha teve equilíbrio da cabeça, o ponto da coluna, né, que ficou mais reta, e agora pra mim carregar ela não preciso mais segurar nem o tronco, nem a cabeça, através da Equoterapia ela teve mais equilíbrio. (Mãe B)

[...] pra mim é assim, um trabalho que eles fazem, uma terapia, né, que para desenvolver mais o equilíbrio, né, na parte do equilíbrio, é pra criança ter contato com o animal, né, como o caso dela envolve muito em autismo, então ela é nervosa, é agressiva, então sempre que eu trago ela, nossa!... ela fica bem mais calma depois que ela anda no cavalo, né? (Mãe D)

Grupo B

[...] a Equoterapia, terapia em cima do cavalo envolvendo uma ou mais especialidades, acompanhamento de psicólogos, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta, ou seja, além de ela trabalhar a parte motora, ela trabalha também a parte ocupacional e psicóloga. (Mãe M)

[...] pra mim foi uma opção de uma terapia motora pro meu filho, que desenvolvesse assim o lado mais lúdico, mais divertido, ao ar livre, que não tão estressante quanto às outras terapias que ele faz. [...] o que me explicaram é que a marcha dele é similar à marcha do ser humano e que então isso favoreceria o equilíbrio. (Mãe U)

Os fragmentos das falas acima identificam que as mães do grupo A descrevem a Equoterapia a partir das suas percepções e experiências com seus filhos, e as mães do grupo B a explicam por meio de informações gerais, não se remetem às experiências vivenciadas com seus filhos. Talvez por possuírem educação formal maior e condição sócio-econômica melhor, acabam tendo maior acesso as informações de seu ambiente o que possivelmente proporciona mais acesso a revistas, jornais, programas televisivos, entre outros, que apresentam informações genéricas a respeito da Equoterapia.

Para Silva, C. (2004), o desenvolvimento psicomotor ocorre pela combinação do prazer que o paciente sente ao ter vivenciado algo novo e pelo reforço familiar que é feito quando a família percebe a aquisição conseguida. Segundo ele os pacientes são estimulados pela equipe interdisciplinar e a cada insegurança ultrapassada são reforçados a continuarem. Acrescenta ainda que o trabalho é desenvolvido visando tornar a hora em que os pacientes estão montados a mais agradável e prazerosa possível, além de desenvolver todos os outros sentidos.

As mães acompanham os atendimentos aos filhos na Equoterapia, o que supõe que, a partir do momento que elas podem ver o que os filhos estão fazendo e perceber os ganhos destes durante a sessão, elas podem propiciar uma estimulação melhor para criança em casa, reforçando um maior incentivo e adesão ao tratamento.

Os resultados do estudo de Lang (2002) sobre a participação ativa dos pais/cuidadores nas terapias mostram que a presença dos cuidadores na terapia de seus filhos possibilitou que se estendesse para a atividade familiar a experiência da postura correta da criança durante a alimentação, num momento lúdico ou até mesmo na locomoção. Segundo a autora, essa participação propiciou um melhor desenvolvimento global das crianças, tanto na questão

alimentar, quanto na manipulação e exploração do seu ambiente de maneira mais eficiente. Isso salienta, portanto, a importância da participação dos pais no processo de tratamento de seus filhos.

Estudos sobre associação entre estimulação ambiental e cognição concluem que mães orientadas a estimularem seus bebês, por meio de uma variedade de experiências perceptivas com pessoas, objetos e símbolos, contribuíram para o desenvolvimento cognitivo das crianças, observando-se conseqüências positivas em longo prazo (RAMEY; RAMEY, 1998).

Freire (1999) aponta que com a Equoterapia a família pode descobrir capacidades não identificadas antes no seu filho e, assim, promover uma redefinição das relações familiares o que favorece à criança um melhor ajuste do comportamento. Dessa forma, interrompe o círculo vicioso patológico da relação.

Dentre as patologias citadas pelas mães, Problemas Motores foi o item mais mencionado. Muitas participantes, quando indagadas sobre a quais patologias a Equoterapia era indicada, referiam-se inicialmente à patologia do seu filho(a), depois falavam: para qualquer tipo. Foi necessário pedir-lhes que citassem algumas, mas mesmo assim várias mães tiveram dificuldade em citar outras, como constatado nas falas transcritas a seguir:

[...] todos, eu imagino. [Todos de que tipo?] É, Paralisia Cerebral, né, pessoas acadeiradas, e pessoas normais, pra tudo, tem uma finalidade completa o tratamento com cavalo. (Mãe A)

[...] olha, da minha filha é, como é mesmo... [Paralisia Cerebral?] É, Paralisia Cerebral. [E que mais, é indicado a algum outro tipo de patologia, um outro tipo de pessoa que tem algum outro tipo de dificuldade? Eu acho que sim, porque eu vejo muitas crianças que é diferente, né, da minha e faz Equoterapia, que fala, que anda, mas faz Equoterapia. (Mãe B)

[...] pra todas, né, pra todos os tipos, até pra mim que não tem nada indicado, né, porque isso só vai trazer benefícios melhores, né, no caso assim pra convulsões, né, pra Síndrome de Down, pra Paralisia Cerebral, né, nossa, funciona muito, é muito importante pra gente com problema de derrame, né, infarto, né, então eu acredito que pra tudo, qualquer problema que você tem, o cérebro [...]. (Mãe N)

[...] olha, pra patologias a níveis cerebrais, né, pra acidente vascular cerebral, pra deficiências mentais, deficiências físicas também. (Mãe R)

[...] pelo que eu tenho conhecimento, Paralisia Cerebral na maioria dos casos, também nas outras síndromes: Síndrome de Down, Síndrome de Rett,

já vi crianças no meu acompanhamento do meu filho. E já ouvi dizer também, já vi pessoas fazendo pra depressão, pessoas que são hiperativas, enfim engloba todo o sistema nervoso central, até onde eu tenho conhecimento. (Mãe V)

A mãe N citou o infarto e a convulsão como indicação para Equoterapia, porém não existem estudos que confirmem sua afirmação. Acredita-se que esta resposta tenha embasamento em fatos já ocorridos, visto que uma pessoa pode ter uma lesão neurológica e, em alguns casos, esta desencadear uma crise convulsiva. Em casos assim, a pessoa pode realizar a Equoterapia para tratar as seqüelas neurológicas adquiridas e não devido à convulsão.

Porém parece que a citação da mãe N pode ser relacionada ao indivíduo que teve infarto e, embora tenha se recuperado, tenha ficado com seqüelas motoras e/ou sensoriais, ou seja, a pessoa realiza Equoterapia devido às seqüelas decorrentes das complicações deste.

A maioria da população pesquisada citou como benefício da Equoterapia a Melhora da Psicomotricidade, esse resultado corrobora os dados de Gimenes (2006), em sua pesquisa com profissionais de saúde, na qual procurou verificar-lhes o conhecimento em relação à Equoterapia e notou que os benefícios físicos e psicomotores foram os mais identificados por eles. Debusse (2003), em seu estudo no qual investigou as opiniões de fisioterapeutas alemães e britânicos sobre os efeitos da hipoterapia em pacientes com Paralisia Cerebral, identificou que a maioria deles citou como efeito a melhora o tônus muscular e o controle postural/tronco, e depois o benefício psicológico.

Comparando os dois grupos percebe-se que todas as mães do grupo B mencionaram a Melhora da Psicomotricidade e a maioria citou a Melhora da Relação e apenas uma citou o Relaxamento como benefício, já no A a maioria identificou a Melhora da Psicomotricidade seguida pelo Relaxamento.

Muitas participantes, quando indagadas sobre quais os benefícios que a Equoterapia proporciona, novamente se referiam inicialmente aos benefícios que esta trouxe para o filho, ou seja, apresentaram, de um modo geral, dificuldades de falar.

Especificamente, o meu filho trouxe uma atenção maior e uma mobilidade maior, ele tem se movimentado de uma forma bem mais ágil, mais rápida. A resposta da parte cognitiva tem vindo mais rápida, movimentos que antes, até então, antes da Equoterapia ele não fazia, ele passou a fazer, então assim, eu não vi só na parte motora, mas também na parte cognitiva. Enfim,

no caso dele foi de uma forma global que a Equoterapia tem ajudado. Porque eu percebi essa mudança após o início da Equoterapia. Ele já vinha fazendo outras terapias, mas e a partir da Equoterapia ficou mais acentuada essa melhora dele na parte cognitiva e motora. (Mãe V)

Em relação às patologias, o relato das mães tende a identificar as características e comportamentos peculiares que podem ser observados, porém não conseguem relacioná-las às patologias específicas. Entende-se que isso se deve à falta de conhecimento geral acerca das patologias existentes. O conhecimento delas é mais aprofundado em relação à patologia do próprio filho, o que lhes facilita a descrição desta.

A mãe V tem o filho com Paralisia Cerebral, o qual apresenta seqüelas motoras graves, tem 8 anos, não fala nem engatinha e já realiza Equoterapia há 2 anos sem interrupção. Pode-se perceber na fala dessa mãe que houve um desenvolvimento global. A mãe enfatiza a melhora cognitiva que o filho apresentou: apesar de não se comunicar verbalmente, a criança demonstra que aprendeu, “ampliou a sua percepção do ambiente” (sic).

De acordo com Fonseca, V. (1995), a aprendizagem é o comportamento mais importante dos animais superiores. A aprendizagem é a mudança de comportamento resultante da experiência, constituindo uma resposta modificada, estável, durável, interiorizada e consolidada no cérebro da pessoa. Coloca em jogo, portanto, uma relação interligada entre o indivíduo e o seu meio.

O contato com o cavalo, o toque e o carinho promovem na pessoa com deficiência ganhos psicológicos. O paciente descobre uma nova maneira de olhar a sua volta e ao mundo, vencer o próprio medo, vivencia a sensação de liberdade proporcionada por estar em cima do cavalo e poder ver o mundo em um outro ângulo que não seja o de uma cadeira de rodas. A Equoterapia favorece as pessoas com deficiência a melhorar sua auto-estima, autoconfiança e independência (BRITO, 2000).

Conforme Riveros (2004), a autoconfiança e a independência são as bases necessárias para tomar decisões por si mesmo, para ter a capacidade de dirigir a própria vida e de ser responsável por ela.

A Equoterapia propicia a integração social, pois favorece o contato com os outros pacientes, com seus familiares, com a equipe e com o animal e, assim, aproxima a pessoa com deficiência da sociedade da qual ela faz parte (GAVARINI, 1995 apud FREIRE, 1999).

Aproximadamente metade das entrevistadas ouviu falar sobre Equoterapia pela primeira vez, por meio de um profissional de saúde, no momento em que já foram orientadas a realizar esse recurso. Em seguida vem o conhecimento por meio da mídia escrita e/ou falada.

[...] pela televisão, né, foi um ator que, ele sofreu um acidente com... [O Gerson Brener?] Isso, o Gerson Brener, então eu fiquei assim, porque ele é completamente tetraplégico que ele ficou, então ele tava já andando, e aquilo lá me deixou muito com isso, porque eu vinha já acompanhando o caso, e foi diagnosticado através da Equoterapia com o cavalo, então eu fiquei apaixonada por aquilo e fiquei procurando, sondando, graças a Deus a fundação conseguiu o estabelecimento aqui e aí a terapeuta [...] conseguiu colocar a [...] aqui, e eu fui indo, que pena que é um pouco, pouco tempo. (Mãe A)

Em seu estudo, Hesse e Motta (2004) afirmam que os pais, muitas vezes, se restringem a informações obtidas por meio de artigos, manuais e informações da mídia, que aviltam afirmações e medidas enganadoras, criando falsas expectativas de cura.

Duas participantes comentaram que ouviram falar sobre a Equoterapia antes do nascimento de seus filhos. Segue o relato de uma delas:

[...] a primeira vez foi num programa há muito tempo atrás no Discovery, né, era assinatura e foi um programa que inclusive falava de vários bichos, né, animais, terapia com pintinhos, né, com coelho, com cachorro, o cavalo já teve destaque nesse programa e eu fiquei muito impressionada, eu ainda nem tinha a [...] e eu vi esse programa e eu achei legal porque, na minha família, desde que eu nasci, a gente sempre teve bicho em casa, a gente sempre teve contato com bicho e sempre achei que foi muito, é muito importante pra uma criança, crescer aprendendo a respeitar os animais. Gostei muito disso, então eu tenho muito carinho. (Mãe Q)

Os profissionais que mais orientaram as mães a procurar a Equoterapia, foram neurologistas e terapeutas ocupacionais. Porém todas as participantes que receberam indicações por meio do terapeuta ocupacional pertencem ao grupo A, nenhuma ao grupo B.

Todas as indicações feitas pelo terapeuta ocupacional foram dadas às mães do convênio com o CRIDAC. A experiência e o contato com a Equipe do CRIDAC levam a supor que esse fato ocorreu por ser a maioria das crianças atendida por terapeutas ocupacionais na instituição. Inicialmente as crianças fazem Fisioterapia, depois que alcançam

as metas do setor, são encaminhadas para a Terapia Ocupacional que os encaminha para a Equoterapia, a que consideram como uma terapia da área motora.

Algumas participantes procuram a Equoterapia por iniciativa própria, como observado nos trechos dos relatos a seguir:

[...] não. Pra falar assim: vai e faz, não. Como fizeram com a Fisioterapia, fono, não. A minha busca foi por iniciativa da família, minha e do meu marido em ir buscar. (Mãe V)

[...] ninguém. Eu sabia, eu que vim, que eu vi a reportagem, eu queria fazer, só que eu não tinha condições financeiras, né, aí vim uma vez aqui pra mim fazer, aí era muito caro, aí eu desisti, aí depois que eu fiquei pedindo pra Deus me dar uma luz, que eu pedi pra meu patrão pagar pra mim, que ele paga. (Mãe S)

As mães relatam que os filhos apresentam reações de alegria quando elas falam do cavalo ou eles reconhecem que estão chegando ao Centro de Equoterapia Rancho Dourado. Segundo a visão delas, os filhos gostam de realizar a Equoterapia. Os dados desta pesquisa corroboram o estudo dos autores Faria e Costa (2001) que efetuaram a análise da relação cavaleiro/cavalo em pessoas com Paralisia Cerebral, e todos os pacientes responderam que gostavam de montar a cavalo.

A maioria dos pacientes realiza Equoterapia há menos de 12 meses. A análise separada dos grupos indica que todos os pacientes do grupo A realizam Equoterapia há menos de 12 meses, e apenas 36,4% dos pacientes do grupo B fazem Equoterapia há menos de 12 meses, ou seja, a maioria dos pacientes do grupo B (63,6%) frequenta a Equoterapia há mais de 13 meses. Essa diferença provavelmente se deve ao fato de os pacientes do grupo A pertencerem a famílias de classe econômica baixa e, conseqüentemente, dependerem do convênio com o CRIDAC, que oferece atendimento somente por um período de seis meses.

A maioria dos pacientes nunca havia realizado Equoterapia em outro local. Verificou-se que, nesse sentido, o percentual não é muito diferente nos dois grupos, porém são diferentes as razões que levaram a mudar os pacientes que já haviam realizado esse recurso em outro lugar:

[...] pelo local, [...] você chega aqui é tudo limpinho, é um contato com a natureza, o espaço. Onde ele tava tinha um cheiro muito ruim, o calor muito grande, era, tinha asfalto, entendeu? Pelo local e por vocês, pelos

profissionais que eu me informei. [...] eu perguntei pras mães, pra ver quem tinha os filhos aqui como que tava sendo o trabalho. (Mãe L)

[...] eu achei que não era compatível com uma Equoterapia que eu já tinha visto, né, já tinha idéia de como funcionava, aí eu fiquei assim, fiquei um bom tempo sem fazer, porque eu não era daqui, né, então não conhecia os lugares, né, mas eu fiquei aguardando, aí um dia lá na clínica [...] que eu faço fono e T.O. lá com o [...] eu tava lá e vi um folder aqui do Rancho Dourado lá, explicando da Equoterapia, do hipismo e tal, aí eu vim procurar aqui, gostei muito, os profissionais, né, e vi que a Equoterapia aqui realmente é um trabalho sério, trabalho voltado mesmo pra essa área neurológica, né, aí aqui estou, né, faz dois anos e meio que eu tô aqui. (Mãe R)

[...] o que pesou na minha escolha foi o local, a estrutura física que este centro possui. Os profissionais, que eu fiquei sabendo que eram profissionais que já vinham há alguns anos trabalhando. E isso pra mim, mãe, mostrou que são profissionais que estão engajados na reabilitação realmente. Não são profissionais que hoje estão num lugar, amanhã em outro, que levam um trabalho seqüencial. Eu procurava isso, tanto é que a fisioterapeuta do meu filho atende ele desde que ele nasceu, então eu procurava profissionais que abraçassem realmente a causa dele. e eu fiquei sabendo que este grupo que nós estamos hoje era um grupo que tem essa mentalidade. (Mãe V)

Os trechos das entrevistas acima demonstram que as mães do grupo B buscaram informação sobre o local (estrutura) e sobre os profissionais, pois tinham conhecimento prévio quanto à importância da equipe interdisciplinar na Equoterapia, inclusive uma delas, mencionou que chegou a ir a um Centro de Equoterapia e percebeu que ele não era adequado. As participantes do grupo A não tiveram opção, os filhos fazem a Equoterapia onde conseguem atendimento gratuito.

De acordo com Freire, Hopka e Soares (2002), quando se trabalha em equipe, visando a um único ideal – no caso da Equoterapia, à promoção da saúde do paciente – alcançam-se resultados satisfatórios com maior eficiência. Os autores descrevem que, na Equoterapia, a equipe interdisciplinar é uma das maiores qualidades desse recurso, pois esta atua de maneira concomitante e em sintonia entre seus componentes, trazendo um enorme benefício ao paciente.

Na entrevista notou-se que algumas mães do grupo A, quando questionadas sobre quais as terapias que o filho realizava, referiam-se ao nome do profissional e não à profissão. Algumas delas não sabiam direito qual a terapia que o filho fazia.

A maioria dos filhos das participantes desta pesquisa faz uma ou mais terapias, além da Equoterapia. Conforme Bizerra, Magalhães e Silva (2004), a Equoterapia apresenta-se como uma prática terapêutica complementar de apoio a pessoas com deficiência física, mental e psicológica, possuindo como facilitador o cavalo, que transmite ao indivíduo vários movimentos seqüenciados e simultâneos (movimento tridimensional), traduzindo-se em benefícios no processo de reabilitação.

A Fonoaudiologia e a Terapia Ocupacional são as terapias mais freqüentadas pelos pacientes. Na análise em separado dos grupos, notaram-se algumas diferenças que chamam a atenção:

- a) no grupo A: a maioria dos pacientes faz Terapia Ocupacional, aproximadamente a metade faz Fisioterapia, em seguida vem a Fonoaudiologia e apenas um paciente freqüenta escola especial.

Os dados referentes a Terapia Ocupacional parecem estar também relacionados à estrutura de funcionamento do CRIDAC, conforme citado anteriormente nesta sessão.

- b) no grupo B: aproximadamente a metade faz Terapia Ocupacional, um pouco mais da metade faz Fisioterapia, e a maioria faz Fonoaudiologia e freqüenta escola regular.

Desperta a atenção o fato de menos da metade dos pacientes freqüentarem escolas (especial ou regular). Outro dado importante é que a única criança que freqüenta a escola especial é paciente do grupo A e as demais crianças do grupo A não freqüentam nenhuma escola.

Conforme Rodrigues e Miranda (2000, p. 16), escola especial é um termo usado “[...] quando nos referimos às escolas voltadas para o atendimento de crianças que apresentam necessidades especiais [...]”. Com base nessa definição, utilizou-se o termo “escola especial” e adotou-se “escola regular” para as que atendem crianças sem deficiência e incluem crianças com deficiência.

A escola é importante para qualquer criança, ou seja, a escola é importante para a criança sem ou com deficiência. Na escola a criança vai ter a chance de vivenciar situações

favoráveis ao aprimoramento das aquisições motoras, cognitivas, emocionais e comportamentais. Além disso, a criança aumenta o convívio social, pois sai do grupo familiar, expandindo dessa maneira as suas relações (RODRIGUES; MIRANDA, 2000).

Estudos realizados pelo Banco Mundial relatam que a renda familiar interfere na frequência escolar das crianças de zero a três anos, sendo que rendas até meio salário mínimo correspondem a 7,3% de frequência escolar e a renda acima de três salários mínimos corresponde a 36,6% (PENA et al., 2005).

Conforme Pena et al. (2005, p. XXXIV), “[...] a disponibilidade de creches e de programas de educação pré-escolar permanece inadequada, sobretudo para os mais pobres”, o que acaba corroborando para a mulher, principalmente a mais carente, a necessidade de permanecer trabalhando em casa, pois a falta de creches influencia as suas oportunidades no mercado de trabalho.

Neste estudo as 8 crianças que freqüentam escola regular, são pacientes do grupo B, ou seja, a maioria, 72,7% dos pacientes pagantes freqüentam escola regular particular. O estudo do Banco Mundial diz que a escolaridade das mães de crianças em idade escolar influencia diretamente o desempenho escolar dos filhos (PENA et al., 2005).

Para Santos (1997 apud ZAMO, 2002) as famílias com melhor condição socioeconômica valorizam o desempenho escolar, o senso de responsabilidade e as aquisições de conhecimento pessoal e as famílias com condição socioeconômica mais baixa preocupam-se em alimentar, vestir e abrigar o filho.

A partir do exposto, entende-se que as mães do grupo A, devido ao nível educacional e a fatores socioeconômicos, têm menos acesso e expectativas em relação à educação dos filhos.

Castro e Piccinini (2004), em sua pesquisa sobre as mães de crianças com e sem doença crônica, verificaram que a escola já era parte integrante da vida de algumas crianças sem doença crônica enquanto no outro grupo ela ainda não era cogitada. Colocam que as mães de crianças doentes possuem receios de deixar as crianças sob cuidados de uma pessoa que pode não cuidar tão bem quanto ela. Acrescenta-se a isso a ansiedade de ficarem elas separadas de seus filhos.

Os autores citados, ao analisar as falas das mães com relação aos cuidados alternativos

recebidos, verificaram que algumas, em especial as do grupo com doença crônica, eram geralmente as únicas pessoas que cuidavam de seus filhos. Góngora (1998) comenta que em famílias com um membro que tem doença crônica é comum o isolamento social.

Complementam ainda Castro e Piccinini (2004) que a presença de pessoas importantes ou da escola no cuidado/educação da criança esteve mais presente nas falas das mães de crianças sem doença crônica do que daquelas do grupo com doença crônica. Assim pode-se pensar que talvez esse seja outro fator que interfira no fato de as mães do grupo A praticamente não terem seus filhos na escola, uma vez que, em sua maioria, são elas as únicas cuidadoras de seus filhos.

Todos os pacientes apresentaram mudanças indicadoras de melhora com a Equoterapia conforme o relato das mães, o que vai ao encontro dos resultados do estudo sobre os efeitos da Equoterapia na área motora grossa de crianças com Paralisia Cerebral de Low et al. (2005) em que todos os pacientes apresentaram melhorias.

A Equoterapia proporcionou a Melhora da Psicomotricidade, da Relação, da Socialização e Relaxamento. No entanto nenhuma das participantes identificou a Melhora da Natureza Técnica (diferentes aprendizagens referentes aos cuidados com os cavalos, como: alimentação, selar, etc.; e as técnicas de equitação). Este foi, porém, mencionado quando elas citaram os benefícios que a Equoterapia pode trazer.

A Equoterapia proporciona benefícios tanto no aspecto psicológico, como no físico e no social. No físico, as pessoas com deficiência adquirem maior equilíbrio, maior agilidade no desempenho das tarefas escolares, etc. No psicológico, com a elevação da auto-confiança, sentem-se elas motivadas a satisfazer suas necessidades mais profundas, etc. No social, as mudanças nos aspectos físicos e psicológicos acabam influenciando a sociabilidade, propiciando que elas se abram para o mundo, ampliando o seu círculo de amigos, tornando-se mais alegres, expressando seu valor como ser humano, etc. (CUDO, 2002).

As mães do grupo A perceberam mais o Relaxamento seguidos por Melhora da Psicomotricidade e da Relação na mesma proporção. Já as do grupo B percebem com maior frequência a Melhora da Psicomotricidade seguida pela Melhora da Relação. Seguem alguns comentários das entrevistas que demonstram as mudanças percebidas quanto a:

Melhora da Socialização

[...] tranqüilidade, dorme melhor, né, mais ativa, você fala com ela, ela responde em gestos que não fazia antes, tipo, balbuciava muito pra dentro, hoje ela solta mais o som pra fora, tem a audição assim, você fala alguma coisa ela fica procurando, então eu sei que ela mudou, antes mesmo, ela tava muito fechada, hoje ela tá outra mesmo, ela tá mais aberta. (Mãe A)

[...] quando começou o tratamento, a gente até achava que ele não escutava, porque a gente falava com ele, e ele não obedecia, não, tipo: não vai aí, que, sei lá, tem formiga. Ele não, não... ignorava. Agora não, se eu falo pra ele: vem aqui [...]. Ele vem. Então por isso que no começo a gente até achava que era um, uma, problema auditivo, né? E assim de comportamento, de brincar com outras crianças, ele sempre brincou separado, vai num brinquedo e fica, brinca sozinho, não vai aonde tem criança. Se tiver na piscina de bolinha com outra criança, antes ele não brincava, agora ele brinca junto. Então a questão de relacionamento, né, com outras crianças ele tá brincando, com o irmão dele [...] outra coisa, ele não conseguia expressar sentimento, de raiva, de choro, de alegria, ele assistia uma fita de desenhinho, o rosto dele não... Agora não, ele dá gargalhada, na hora que tem medo ele sai correndo, me chama, eu tenho que ficar junto com ele, quando ele já chora, sai lágrima, e antes não, ficava do começo ao fim sem mudar a expressão. Ficava, agora não, ele já demonstra expressão. Quando o irmão briga com ele, ele nem, parecia que não tinha dor, não chorava. Ele aparecia com um machucado e eu nem vi que ele tava machucado porque ele não chorava, não chamava atenção. E agora não, ih, chora, ele vem me procurar mostrando o machucado. (Mãe P)

Melhora da Psicomotricidade

[...] ele já começou a engatinhar. Agora ele quer ficar igual ao cavalo, de quatro, né, ele não engatinha de quatro, ele senta de bundinha e vai arrastando. Ele quer ficar igual ao cavalo e fala: Mãe, vovô, vovô [Vovô é o nome de um cavalo]... E tenta ficar de quatro. (Mãe F)

[...] todas as que você possa pensar. [...] você percebe que o ganho, por exemplo, de postura dele veio com a Equoterapia. Como é que eu posso identificar isso no tratamento? Numa dessas interrupções de problema de saúde, ele ficou por trinta dias hospitalizado, e no retorno, o que devolveu pra ele esse equilíbrio, esse impulso com mais, é..., rapidez, a gente percebeu que foi mais na Equoterapia e nem tanto na Fisioterapia motora só. Então isso a gente identificou mesmo. [A equoterapia, vocês chegaram a falar disso com a fisioterapeuta?] Falamos. [Ela reconhece?] Reconhece. (Mãe M)

Melhora da Relação

[...] ela fica calma, porque ela chorava muito, muito, muito mesmo. Até pra fazer a Fisioterapia mesmo no centro, ela chorava bastante, agora ela não chora mais, ela aceita numa boa, e porque faz muito pouco tempo, né, só tem três meses. (Mãe H)

[...] principalmente é o incentivo, a segurança que ele (o cavalo) tá dando agora pra pessoa, e ela tá assim, mais solta, mais desenvolvida, mais alegre, né? Principalmente porque ela, ela, sobre o cavalo, eu acho que esse domínio que você consegue sobre o cavalo, eu acho que tá, pra pessoa que está montada, eu acho que é uma grande satisfação, né? E que traz um, melhora muito a confiança, autoconfiança da pessoa. [...] ela era principalmente muito insegura, continua ainda, mas do que era eu acho que já, já melhorou bastante, questão de atenção ela já tá conseguindo se concentrar um pouco mais, e tá mais assim solta pra definir certas atitudes, né, e, acho que é isso. (Mãe O)

Relaxamento

[...] com certeza, ele ficou muito mais calmo, ele sai daqui, ele fica super relaxado, é só vendo, não tem como falar. [...] ele arrancava todos os cabelos do cavalo no começo, ele tinha irritação, só de ele passar perto do cavalo, ter um contato com o animal na tevê, alguma coisa, ele fica super feliz, e dá uma tranqüilidade total. (Mãe A)

O fato de as mães do grupo A terem percebido mais o relaxamento nos seus filhos desperta atenção e leva a supor que isso se deva ao fato de serem elas mães-cuidadoras, pois, de acordo com Hilgert et al. (2003), a cuidadora é capaz de perceber sinais muito sutis. Quem cuida necessita ser sensível, empático, compreensivo, paciente e solidário. É preciso também possuir uma boa capacidade de adaptação, porque, à medida que a doença evolui, são importantes outros recursos para lidar com o novo quadro.

As mães do grupo B apesar de perceberem primeiramente a Melhora da psicomotricidade, mencionaram bastante a Melhora da Relação. Chama a atenção à diferença desta melhora citada nos grupos A e B. Acredita-se essa disparidade se deva pela maneira que as interações entre mãe e filho ocorrem, pois de acordo com Graves (1976 apud SILVA et al., 2002) as mães com condições sócio-econômicas melhores iniciam interações e mostram mais reciprocidade frente aos comportamentos infantis que as mães com condição sócio-econômicas mais desfavorecidas.

Segundo Silva et al. (2002) é provável que a mãe ao dividir os cuidados com outras pessoas, tal como avó, tia ou babá sintam-se menos estressada, mais tranquila, mais capaz de se comportar sensivelmente diante das demandas infantis quando se relaciona com o filho. Deste modo, torna-se incomum cada momento com a criança, ao qual a mãe se dedica intensamente. Em contra partida, as mães que dividem os cuidados com outra pessoa têm menos oportunidades de revelar insensibilidade do que as que efetuam estas tarefas sozinhas.

Wendland-Carro, Piccininni e Milar (1999 apud SILVA et al., 2002) relacionaram o nível de informação da mãe acerca do desenvolvimento infantil com as influências destas sobre a relação dessa díade. Os autores perceberam que os sujeitos que haviam recebido informações com relação afetividade da criança foram mais competentes em desenvolver relações sincrônicas com os filhos do que as mães que receberam apenas informações sobre os cuidados físicos necessários.

A sensibilidade materna é influenciada por todas as características dos pares que compõem a relação cuidador e criança (THOMPSON, 1997 apud SILVA et al., 2002). O comportamento materno pode sofrer influência do gênero (WEINBERG et al., 1999 apud SILVA et al., 2002) e da idade da criança (LAVELLI; FOGEL, 2002 apud SILVA et al., 2002), da classe social da mãe (DURBROW et al., 2001, RABINOVICH, 1992, 1994, 1995, VON DER LIPPE, 1999: apud SILVA et al., 2002) da escolaridade (MANSBACH; GREENBAUM, 1999 apud SILVA et al., 2002) e da rede de apoio (DESSEN; BRÁS, 2000 apud SILVA et al., 2002).

Assim, o fato de mais da metade dos pacientes dos grupos A possuírem Paralisia Cerebral e os do grupo B Síndrome de Down seguido por Paralisia Cerebral e de o sexo das crianças ser proporcionalmente inverso no grupo A e B, indica que não se pode atribuir exclusivamente a diferença entre as percepções relatadas pelas mães ao fato de ser cuidadora, pois deve-se ponderar que a patologia e o sexo das crianças são variáveis que devem ser consideradas ao efetuar-se a análise.

A maior parte da população pesquisada acreditava nesse recurso antes de iniciar o tratamento com seu filho. Seguem abaixo alguns trechos da fala dessas mães:

[...] sim, porque todo mundo que pega num cavalo tem que ter uma postura correta senão não consegue andar. (Mãe E)

[...] acreditei pelo que eu vi na televisão, né, como que a pessoa era, como ela andava, eu falei assim, quem sabe é a última esperança pra meu filho. (Mãe J)

[...] sempre. Não sei se por ser, eu tive uma infância ligada à fazenda e hoje eu faço uma reflexão, né, que a gente quando criança fazia equoterapia sem saber que tava fazendo, porque brincando em cima de animal, no animal, com o animal, na fazenda de avô e tal, sem querer a gente adquiriu essa auto-confiança que hoje é trabalhada como terapia, né? Então pra quem teve oportunidade de lazer, né, a gente fica, porque exatamente a gente venceu o medo de estar em cima do animal, de controlar o animal, tudo o que a terapia cobra. (Mãe M)

[...] acreditava, porque eu acho que seria, envolve natureza, envolve animal, porque criança gosta desse meio, é uma coisa que sai de dentro da clínica e vai pra fora, que ela tem muito mais vontade de fazer, uma coisa que ela não enjoa, por que é uma motivação, por que é diferente daquela rotina que eles costumam fazer. Ai dessas crianças, de vários tratamentos, ela enjoa de ficar naquela sala trancada, é uma coisa que ela vai fazer, vai fazer com gosto. (Mãe T)

Assim... a minha vontade... em acreditar que existe uma luz no fim do túnel, e pelo que eu li, pelas informações que eu obtive através da Internet, que ela é uma técnica utilizada nos períodos de guerra, na Alemanha, em 1850. Assim, eu achei que era uma técnica muito antiga e que se buscavam essa técnica, pra hoje que tá bem mais evoluído, que alguma coisa de boa existia. Assim, eu acredito e passei a acreditar realmente [...]. (Mãe V)

Poucas participantes disseram que não acreditavam nesse recurso antes de seu filho começar a freqüentá-la, mas percebeu-se que estas não tinham conhecimento sobre a Equoterapia, e algumas nunca tinham ouvido falar nesse recurso.

Olha, pra falar a verdade, eu não acreditava muito, né, mas depois que ela começou a fazer e logo veio o resultado, que as pernas dela eram assim entrevada, né, fechada, até para dar banhinho nela era complicado, aí depois que ela começou a fazer Equoterapia a abertura da perna, teve mais evolução assim, sabe? Mais resultado do que com a própria Fisioterapia. AHAM. Foi que destravou a perninha dela, e como eu disse, a coluna, a cabeça, o controle foi sendo maravilhoso. (Mãe B)

[...] quando eu vim, tanto é assim que eu achava até engraçado, né, nunca tinha visto falar. [...] quando ela veio, quando eu vim aqui com ela. Falava Equoterapia no cavalo, ficava pensando, imaginando, será que é cavalo de verdade, como será que é, né? (Mãe D)

Todas as mães indicariam a Equoterapia, e algumas já a indicaram a outras mães, como constatado em suas falas:

[...] ah, porque é uma técnica maravilhosa, que eu acho que não é de hoje que tem essa técnica, é de muitos anos, só que hoje a medicina acatou pelo seu desenvolvimento. Mas antes, falo assim, na época dos meus avôs, na antiguidade, já se usava um cavalo pra tratar um doente, não tinha conhecimento, mas hoje que a medicina está avançada, viu que a técnica com um animal que é o cavalo, está super avançado, então eu acho isso ótimo. (Mãe A)

[...] porque ele traz muitos benefícios, principalmente crianças que tem problema pra andar, tem deficiência física, ou mesmo psicológica porque melhora um pouco. (Mãe E)

[...] porque eu acho que é a melhor terapia que tem pra criança, o desenvolvimento completo que tem, porque trabalho muito, braço, perna, o movimento, trabalha tudo, todos os movimentos da criança a Equoterapia traz benefício. (Mãe H)

[...] não, não indicaria, eu já indiquei pra várias pessoas. Todas que eu indiquei que foram, que procuraram, olha... ficaram satisfeítíssimos com o trabalho e estão fazendo. (Mãe T)

[...] indicaria e indico muito. Principalmente eu comento muito com os profissionais da área médica, principalmente os médicos, sempre comento que eu acho que eles deveriam indicar mais pros pacientes deles. Porque eu sinto deles uma certa resistência quando você fala. Que o que evoluiu muito, que a Equoterapia é maravilhosa, das melhores que ele teve. Eu sinto nos profissionais essa resistência. Já consegui levar, não nesse centro, mas no outro centro, profissionais que cuidavam do meu filho, para assistir uma sessão pra ver o quanto é interessante, então assim eu acho que eu sou indiretamente uma grande divulgadora da Equoterapia. (Mãe V)

Finalizando, a maioria das entrevistadas fez, por solicitação da pesquisadora, alguns comentários antes de concluir a entrevista. Seguem abaixo alguns destes:

[...] eu gostaria de deixar a minha crítica favorável a essa terapia, lamento que muitas pessoas não possam ter acesso a ela, devido a altos custos, e que ela realmente, ela acrescenta ao ganho motor, emocional do paciente. Eu acho assim que ela é uma das principais terapias e hoje não se enfoca tanto nela, ela é considerada complemento, mas pra mim, ela poderia ser considerada fundamental. (Mãe M)

[...] eu gostaria que todos, todas as mães que tivessem um filho com esse tipo de doença, né, deficiente, Paralisia Cerebral, que procure a Equoterapia que vai ter resultados maravilhosos, a postura da criança, o engasgar diminui, aquela babação diminui, então é evolução, eu acho que todas as mães teriam que procurar a Equoterapia. (Mãe A)

[...] que eu gostaria que a Equoterapia fosse mais acessível. Eu sei que o custo é grande. Mas eu sei que tem muitas crianças que precisam e não tem acesso, pelo alto custo, não só da Equoterapia, como de outras terapias também. A reabilitação, ela é cara, independente da área. Então assim eu gostaria que talvez o poder público se mobilizasse no sentido de trazer recurso pra essa área [...] que eu acho que mesmo hoje, temos a fundação que presta esse tipo de serviço, mas de uma forma muito limitada ainda. Porque nós temos muitas crianças que precisam. Eu hoje, ainda posso pagar. Não sei se vou poder, por quanto tempo, mas farei tudo pra continuar. Mas gostaria que a reabilitação de uma forma geral tivesse um custo mais acessível. É um direito do povo, na verdade. É um direito constitucional que infelizmente [...] o nosso poder público não nos concede com tanta facilidade. (Mãe S)

De modo geral, na última questão, em que a entrevistadora perguntava se gostariam de acrescentar algo, as mães mencionaram o quanto elas gostam desse recurso, os benefícios que este traz à pessoa com deficiência; porém falaram sobre a dificuldade de acesso a Equoterapia, devido ao alto custo ou às poucas vagas e tempo limitado disponibilizados pelo CRIDAC.

7 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se que as mães do grupo A possuem nível socio-econômico e educacional mais baixo, ao contrário quando comparados com as mães do grupo B.

Todas as mães deste estudo têm noção suficiente em relação ao que é Equoterapia e aos benefícios desse recurso terapêutico, porém percebe-se que, para construírem seu conhecimento, as mães do grupo A baseiam-se em suas percepções e experiências com seus filhos, e as do grupo B, mais em conhecimentos e informações teóricas.

A maioria das participantes apresentou, entretanto, dificuldades em conceituar a Equoterapia de forma geral, e seus comentários se referiam, na maioria das vezes, aos ganhos do próprio filho, fato identificado principalmente quando questionadas sobre a quais patologias a Equoterapia é indicada e quais os benefícios que ela poderia trazer às pessoas. Acredita-se que isso se deva ao pouco conhecimento geral das participantes acerca das patologias existentes e que justifique seus conhecimentos mais aprofundados em relação à patologia do próprio filho, o que lhes facilita a descrição desta.

Quanto à percepção das mães relativa às mudanças percebidas, decorrentes da Equoterapia, a categoria “Benefícios Físicos” foi a mais mencionada nas explicações. Essas participantes consideram a Equoterapia mais indicada para patologias que se enquadram na categoria “Problemas Motores” e, dentre os benefícios proporcionados por esse recurso, o mais citado foi a “Melhora da Psicomotricidade”. As questões que envolvem motricidade são, portanto, mais facilmente identificadas, provavelmente por serem mais visíveis.

O emprego de vocabulário mais rico e de terminologias mais corretas evidenciou-se entre as participantes do grupo B. Acredita-se que, nesse sentido, a diferença entre os grupos seja decorrente da escolaridade e do nível socioeconômico.

Todas as participantes perceberam as mudanças apresentadas por seus filhos, porém as mães do grupo A, que são as próprias cuidadoras, identificam também as mudanças mais sutis, como o relaxamento, e conseguem relacionar ganhos obtidos por seus filhos nas atividades da vida diária.

Já as mães do grupo B além da melhora da psicomotricidade indentificaram a melhora da relação possivelmente porque ao dividirem o cuidado com outras pessoas consigam tornar o tempo que estão com o filho mais proveitoso, entende-se que as pessoas que se vêem diariamente diante de questões básicas de sobrevivência, releguem a um segundo plano as questões afetivas.

Interessante ressaltar que, quanto ao relacionamento conjugal, o fato de ter um filho com deficiência não desencadeou separação dos pais da amostra deste estudo.

Considera-se que os ganhos obtidos com a utilização da Equoterapia provavelmente tenham sido favorecidos pela faixa etária dos envolvidos, já que a idade da maioria das crianças atendidas no Centro de Equoterapia, de 1 a 8 anos, é considerada a mais adequada para receber estimulação precoce.

Mais da metade dos pacientes com diagnóstico de Paralisia Cerebral são filhos de mães de classe econômica baixa (grupo A). Os estudos citados nesta pesquisa embasam a dedução de que esse fato seja consequência de precária assistência pré-natal e condições inadequadas no momento parto, o que costuma propiciar a ocorrência de Paralisia Cerebral.

Este estudo também permitiu a verificação de que os profissionais de saúde são os que mais divulgam e informam os pacientes sobre a Equoterapia, e que, dentre eles, neurologistas, seguidos por terapeutas ocupacionais, foram os que mais indicaram o tratamento. Como segundo veículo de informação, o mais citado foi a mídia escrita e/ou falada.

Acredita-se que isso se deva ao fato de o Neurologista ter sido o profissional que mais encaminhou pacientes para a Equoterapia, já que muitas mães, ao identificarem nas crianças algum tipo de atraso, procuram inicialmente um neurologista ou a este são encaminhadas por indicação de um pediatra. Assim sendo, na maioria das vezes, é o Neurologista o profissional que diagnostica a patologia e acaba efetuando os primeiros encaminhamentos para estimulação precoce e reabilitação.

Em relação ao encaminhamento dos filhos para a Equoterapia e ao tempo de frequência aos atendimentos, as diferenças entre os participantes do grupo A e os do B justificam-se a partir de particularidades específicas de cada grupo.

A maioria dos filhos das participantes do grupo B frequenta a escola regular (particular), ao contrário dos participantes do grupo A, dos quais apenas uma criança frequenta a escola especial, e as demais não frequentam escola alguma.

As mães do grupo A são mães cuidadoras que se preocupam mais com a necessidade do cuidar e sustentar seus filhos, relegando a escola a um segundo plano, o que acaba colaborando para que estas mães mais carentes permaneçam trabalhando em casa, pois o fato de ter que cuidar de seus filhos influencia também seu acesso ao mercado de trabalho. Já as

participantes do grupo B, com melhor condição socioeconômica, podem pagar escola particular para seus filhos e valorizam mais o desempenho escolar.

Percebeu-se também a valorização desse recurso quando a criança, montada no cavalo, demonstra alegria, motivação, prazer e, então, sorri; com esses sentimentos bons, contagiam as mães que também passam a gostar desse recurso.

Uma das particularidades desse recurso é a possibilidade de os pais acompanharem seus filhos e assistirem aos atendimentos efetuados na Equoterapia. Ao presenciarem o que ao filho é possibilitado executar no atendimento, além do prazer e satisfação demonstrada, os pais conseguem acreditar nas potencialidades de suas crianças e percebê-las de um modo diferente, experiência que passa a se estender ao ambiente familiar. Além do mais, é uma experiência que propicia às mães a percepção e informação adequada sobre a Equoterapia e os ganhos adquiridos por seus filhos, o que lhes permite estimulá-los de modo mais adequado.

A maior parte da população pesquisada acreditava nesse recurso antes de iniciar o tratamento e já o indicara para outras pessoas, e as poucas participantes que não acreditavam no efeito da Equoterapia não tinham conhecimento sobre o funcionamento desta.

Com a revisão teórica que fundamentou este trabalho, houve o entendimento de que para a mãe cuidadora a qualidade de vida implica acesso a momentos de lazer, descontração e prática de alguma atividade física. Enquanto aguardam o término do atendimento dos filhos, muitas dessas mães aproveitam para desfrutar da natureza abundante do Centro de Equoterapia, fazer caminhadas, conversar com outras mães que também têm filhos com deficiência, trocar experiências e informações entre si, tornando-lhes saudável e agradável esse momento e, conseqüentemente, prazeroso levar seus filhos a Equoterapia.

Entende-se que a influência da mãe, cuidadora única ou não, sobre o desenvolvimento infantil requer uma maior investigação e que esta seja feita preferencialmente com grupos em que as crianças tenham patologias semelhantes. Sugere-se que futuros estudos sejam desenvolvidos neste campo, pois a relação “cuidar e ser cuidado” ainda é pouco explorada pela literatura científica principalmente quando se refere a crianças com deficiência.

Devido à escassez de pesquisas nessa área, enfatiza-se a relevância do tema desta investigação, pois a mãe é uma presença constante na Equoterapia e sua participação e atenção são importantes para o desenvolvimento cognitivo, afetivo e social da criança.

Acredita-se que os profissionais que trabalham com Equoterapia podem enriquecer mais ainda esse recurso, se desenvolverem um trabalho de orientação com os pais e os inserir mais nesse processo. Com base na experiência desta pesquisadora, é possível afirmar que é imprescindível a adesão dos pais ao tratamento e que o acompanhamento destes à sessão de Equoterapia é uma particularidade que facilita a adesão ao tratamento, além de melhorar a relação com o filho, propiciar a continuidade da estimulação em casa e desenvolver o incentivo e gosto por esse recurso tão benéfico aos pacientes.

Este estudo mostra a necessidade de se divulgar mais os benefícios da Equoterapia enquanto recurso valioso ao atendimento a pessoas com deficiência. Por ser de longo alcance e exercer grande influência nas pessoas, tem-se a mídia escrita e falada como o meio mais indicado para esse propósito.

Torna-se necessário despertar o interesse público e privado sobre a importância do apoio a iniciativas como as que são desenvolvidas nos centros de Equoterapia que prestam atendimento a populações carentes, haja vista todos os benefícios envolvidos.

Afinal, é necessário materializar, em termos legais, a aceitação, a compreensão, a educação e a reabilitação de pessoas com deficiência, o que irá colaborar para que se efetive uma política de direitos humanos, geradora de oportunidades educacionais e de bem-estar para todos os cidadãos, com deficiência ou não, e assim contribuir para a inclusão dessas pessoas na sociedade.

REFERÊNCIAS

AJURIAGUERRA, J. *Manual de psiquiatria*. 2. ed. Rio de Janeiro: Masson, 1980.

ALBERT, S. M. Psychometric investigation of a belief system: caregiving to the chronically ill parent. *Social Science Medicine*, v. 35, n. 5, p. 699-709, 1992.

ANDRADE, J. M. P. *Síndrome de West*. DefNet, 1999. Disponível em: <<http://www.defnet.org.br/sindwest.htm>> Acesso em: 12 out. 2005.

ANDRADE, O. G.; RODRIGUES, R. A. P. O cuidado familiar ao idoso com seqüela de acidente vascular cerebral. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 90-109, jul. 1999.

ANDRADE, S. A. et al. Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 4, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000400014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 set. 2006.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *DSM III e IV*: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Tradução de Dayse Batista. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. Tradução de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, of American Psychiatric Association, 1994.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EQUOTERAPIA. Fundamentos doutrinários da Equoterapia do Brasil. In: _____. *Curso básico de equoterapia*. Brasília, 2005. p. 7-20. 1 CD-ROM.

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

AYALA, A. S. *Dibujo y síndrome de Down*: um médio creativo de desarrollo. Madrid: Escuele Libre, 2003.

BALLONE, G. J. Deficiência mental. *PsigWeb*, 2003. Disponível em: <<http://gballone.sites.uol.com.br/infantil/dm1.html>> Acesso em: 07 out. 2005.

BARBOSA, A. A. A influência da equoterapia na aquisição de habilidades motoras na paralisia cerebral do tipo diparético espástico: relato de caso. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO DE EQUOTERAPIA, 1.; CONGRESSO BRASILEIRO DE EQUOTERAPIA, 3., 2004, Salvador. *Anais...* Brasília: Ande-Brasil, 2004. p. 75-79.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições Setenta, 2000.

BASIL, C. Os alunos com paralisia cerebral e outras alterações motoras. In: COLL, C.; MARCHESI, A.; PALACIOS, J. (Orgs.). *Desenvolvimento psicológico e educação: transtornos de desenvolvimento e necessidades educativas especiais*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. v. 3, p. 330-346.

BAUER, M. E. et al. Chronic stress In caregivers of dementia patients is associated with reduced lymphocyte sensitivity to glucocorticoids. *Journal of Neuroimmunology*, v. 103, n. 1, p. 84-92, 2000.

BEACH, D. L. Family caregiving: the positive impact on adolescent relationships. *The Gerontologist*, v. 37, n. 2, p. 233-238, 1997.

BEE, H. *A criança em desenvolvimento*. Porto alegre: Artmed, 2003.

BIANCHETTI, L. Aspectos históricos da apreensão e da educação dos considerados deficientes. In: BIANCHETTI, L.; FREIRE, I. M. (Orgs.). *Um olhar sobre a diferença: interação, trabalho e cidadania*. Campinas: Papirus, 1998. p. 21-51.

BIZERRA, A. J.; MAGALHÃES, F. C. O. R.; SILVA, N. P. A fisiologia da postura na equoterapia. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO DE EQUOTERAPIA, 1.; CONGRESSO BRASILEIRO DE EQUOTERAPIA, 3., 2004, Salvador. *Anais...* Brasília: Ande-Brasil, 2004. p. 171-175.

BRAITHWAITE, V. Between stressors and outcomes: can we simplify caregiving process variables? *The Gerontologist*, v. 36, n. 1, p. 42-53, 1996.

BRASIL ESCOLA. *Pré-natal*. Disponível em: <<http://www.brasilecola.com/biologia/pre-natal.htm>>. Acesso em: 07 fev. 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. *Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996*. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em:<<http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>>. Acesso em: 10 maio 2006a.

BRASIL. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto n. 914, de 6 de setembro de 1993. Institui a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 08 set. 1993*. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d0914.htm>. Acesso em: 10 maio 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 1.395, de 10 de dezembro de 1999*. Institui a política nacional de saúde do idoso. Disponível em:<<http://www.ufrgs.br/3idade/portaria1395gm.html>>. Acesso em: 10 maio 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa saúde da família*. Brasília, 1999.

BRAZELTON, T. B.; CRAMER, B. G. *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

BRITO, A. M. W. de; DESSEN, M. A. Crianças surdas e suas famílias: um panorama geral. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 12, n. 2, p. 429-445, 1999.

BRITO, M. C. G. *Minha caminhada II - Equoterapia: cavalgar é preciso*. Salvador: Oiti, 2000.

BUENO, J. M. *Psicomotricidade teoria e prática: estimulação, educação e reeducação psicomotora com atividades aquáticas*. São Paulo: Lovise, 1998.

CANNING, C. D. De pais para pais. In: PUESCHEL, S. (Org.). *Síndrome de Down: guia para pais e educadores*. 2. ed. Campinas: Papirus, 1995. p. 15-22.

CASARIN, S. Aspectos psicológicos na síndrome de Down. In: SCHWARTZMAN, J. S. (Ed.). *Síndrome de Down*. São Paulo: Mackenzie, 1999. p. 263-285.

CASTELLANOS, M. E. P. *A pediatria e a construção social da infância: uma análise do discurso médico-pediátrico*. 2003. 197 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

CASTRO, E. K.; PICCININI, C. A. A experiência de maternidade de mães de crianças com e sem doença crônica no segundo ano de vida. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 9, n. 1, p. 89-99, 2004.

CIRILLO, L. C. Reeducação pela equitação, reabilitação pela equitação e hipoterapia ou equoterapia. In: ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EQUOTERAPIA. *1º Seminário multidisciplinar sobre equoterapia*. Brasília, 1992. p. 1-9. Apostila.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Resolução CFP n. 016/2000, de 20 de dezembro de 2000*. Dispõe sobre a realização de pesquisa em Psicologia com seres humanos. Disponível em:

<http://www.pol.org.br/legislacao/pdf/resolucao2000_16.pdf#search=%22Resolu%C3%A7%C3%A3o%20n%C2%BA%20016%2F2000%22>. Acesso em: 08 mar. 2006.

COZBY, P. C. *Métodos de pesquisa em ciência do comportamento*. São Paulo: Atlas, 2003.

CRITTERIO, D. A hipoterapia na recuperação da pessoa portadora de deficiência e as atividades pré-esportivas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EQUOTERAPIA, 1., 1999, Brasília. *Anais...* Brasília: Ande-Brasil, 1999. p. 33-34.

CUDO, C. A importância da motivação para a vida e como meio facilitador para resgatar a auto-estima. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EQUOTERAPIA, 2., 2002, Jaguariúna. *Anais...* Brasília: Ande-Brasil, 2002. p. 11-15.

CUNNINGHAM, C. *El Síndrome de Down: una introducción para padres*. Barcelona: Paidós, 1990.

DANIELSKI, V. *Síndrome de Down*. São Paulo: Ave-Maria, 1999.

DEBUSE, D. An exploration of German and UK physiotherapists' views of the effects of hippotherapy on patients with cerebral palsy and the measurement of these effects. In: INTERNATIONAL CONGRESSO OF THERAPEUTIC RIDING, 11., 2003, Budapest. *The Complex Influence of Therapeutic Horse Riding – 2003. Anais...* Budapest: Hungarian Riding for the Disabled Federation, 2003. 1 CD-ROM.

DIAMENT, A. Deficiência mental. In: CYPEL, S.; DIAMENT, A. (Eds.). *Neurologia infantil*. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 1996a. p. 799-814.

DIAMENT, A. Encefalopatias crônicas da infância (Paralisia Cerebral). In: CYPEL, S.; DIAMENT, A. (Eds.). *Neurologia infantil*. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 1996b. p. 781-798.

DIAS, E. L. F. As múltiplas fases de um paciente no domicílio. In.: DIAS, E. L. F.; WANDERLEY, J. da S.; MENDES, R. T. (Orgs.). Orientações para cuidadores informais na assistência domiciliar. 2. ed. rev. Campinas: Unicamp, 2005. p. 61-73.

DUARTE, Y. A. O. Cuidadores de idosos: uma questão a ser analisada. *O Mundo da Saúde*, v. 21, n. 4, p. 226-230, 1997.

DURA, J. R.; STUKENBERG, K. W.; KIECOLT-GLASER, J. K. Chronic stress and depressive disorders in older adults. *Journal of Abnormal Psychology*, v. 99, n. 3, p. 284-290, 1990.

DURAN, M. H. C. O médico na Equoterapia. In: CATALANO, Y. M. *Curso básico de equoterapia*. Brasília: Equoliber, 2004. Apostila.

DYSON, L. L. Response to the presence of a child with disabilities: Parental stress and family functioning over time. *American Journal on Mental Retardation*, v. 98, n. 2, p. 207-218, 1993.

ELVIRA, J. A. M. Burnout y cuidado de la salud en voluntarios. *Revista Electrónica de Psicología Política*, ano 4, n. 10, feb. 2006. Cuatrimestral. Disponível em: <http://www.psicopol.unsl.edu.ar/feb06_notas1.htm>. Acesso em: 23 set. 2006.

ESCRIBÁ, A. *Síndrome de Down propuestas de intervención*. Madrid: Gymnos, 2002.

FARIA, L.; COSTA, N. F. da. Contributos da equitação adaptada para a promoção do auto-conceito em portadores de paralisia cerebral. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, Lisboa: Universidade técnica de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana, v. 8, n. 1, p. 61-71, jan./jun. 2001.

FARRAN, C. J. et al. Finding meaning: An alternative paradigm for Alzheimer's disease family caregiver. *The Gerontologist*, v. 31, n. 4, p. 483-489, 1991.

FELGAR, J. A. S. Uma expressão da linguagem numérica. In: KARSCH, U. M. S. (Org.). *Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores*. São Paulo: Educ, 1998. p. 47-85.

FERNANDES, P. V. *Síndrome de West*. Disponível em: <<http://moisesapertbr.tripod.com/id7.html>>. Acesso em: 15 out. 2006.

FERREIRA, E. C.; GUIMARÃES, M. *Educação inclusiva*. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

FLORIANI, C. A. Cuidador familiar: sobrecarga e proteção. *Revista Brasileira de Cancerologia: revista da Secretaria de Saúde de Estado do Rio de Janeiro*, v. 50, n. 4, p. 341-345, 2004.

FONSECA, M. J. A hipoterapia como terapia complementar nas doenças neurológicas da criança e do jovem: potencialidades e limites. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO DE EQUOTERAPIA, 1.; CONGRESSO BRASILEIRO DE EQUOTERAPIA, 3., 2004, Salvador. *Anais...* Brasília: Ande-Brasil, 2004. p. 13-24.

FONSECA, V. *Educação especial*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

FRANCO, M. C. *Situação do familiar que acompanha um paciente adulto internado em um hospital geral*. 1988. 182 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1988.

FREIRE, H. B. G. *Equoterapia teoria e técnica: uma experiência com crianças autistas*. Campo Grande: Vetor, 1999.

FREIRE, H. B. G.; HOPKA, M. G.; SOARES J. R. A equipe interdisciplinar do programa de Equoterapia da Universidade Católica Dom Bosco – PROEQUO-UCDB. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EQUOTERAPIA, 2., 2002, Jaguariúna. *Anais...* Brasília: Ande-Brasil, 2002. p. 147-150.

FUNDACIÓN ONCE. Fondo Europeo de Desarrollo Regional. *Síndrome de West*. Disponível em:

<<http://www.discapnet.es/Discapnet/Castellano/Salud/Discapacidades/Discapacidades+Mentales/Sindrome+de+West/Sindrome+de+.htm>>. Acesso em: 15 out. 2006.

GALLEGO ANTONIO, J.; VICENTE DE HARO, J. J.; MARTÍNEZ, I. G. Parálisis cerebral infantil e hipoterapia. In: GALLEGO ANTONIO, J.; VICENTE DE HARO, J. J.; NAPIER, B. (Coord.). *Introducción a la hipoterapia e hípica terapéutica en parálisis cerebral*. Almería: Universidad de Almería, 1999. p. 33-46.

GARRALDA, M. E. Chronic physical illness and emotional disorder in childhood. *British Journal of Psychiatry*, v. 164, p. 8-10, 1994.

GARRIDO, R.; ALMEIDA, O. Distúrbios de comportamento em pacientes com demência: impacto sobre a vida do cuidador. *Arquivo de Neuropsiquiatria*, v. 57, n. 2B, p. 427-434, 1999.

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

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 1994.

GIMENES, R. O que se conhece sobre a equoterapia: com a palavra profissionais de saúde da cidade de Franca-SP. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE EQUOTERAPIA, 12., 2006, Brasília. *Anais...* Brasília: Ande-Brasil, 2006. p. 306-313. 1 CD-ROM.

GOLDFARB, D. C.; LOPES, R. G. C. A família frente à situação de Alzheimer. *Gerontologia*, v. 4, n. 1, p. 33-37, 1996.

GOMES, E. L. V.. Adaptação de um instrumento para intervenção psicopedagógica na equoterapia. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO DE EQUOTERAPIA, 1.; CONGRESSO BRASILEIRO DE EQUOTERAPIA, 3., 2004, Salvador. *Anais...* Brasília: Ande-Brasil, 2004. p. 87-94.

GÓNGORA, J. N. El impacto psicosocial de la enfermedad crónica en la familia. In: RÍOS, J. A. (Org.). *La familia: realidad y mito*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces, 1998. p. 176-201.

GRUBITS, S.; DARRAULT-HARRIS, I. Método qualitativo: um importante caminho no aprofundamento das investigações. In: GRUBITS, S.; NORIEGA, J. A. V. (Orgs.). *Método qualitativo: epistemologia, complementariedades e campos de aplicação*. São Paulo: Vetor, 2004. cap. 5, p. 105-132.

GURALNICK, M. J. Relaciones entre desarrollo y sistemas de intervención temprana en los niños con síndrome de Down. In: RONDAL, J.; PERERA, J.; NADEL, L. (Coords.). *Síndrome de Down: revisión de los últimos conocimientos*. Madrid: Espasa Calpe, 2000. p. 85-102.

HAZARD, D. *Direitos à vista no Brasil da deficiência*. A Comunidade do Deficiente, 2004. Disponível em: <<http://www.deficiente.com.br/modules.php?name=News&file=article&sid=782>>. Acesso em: 07 out. 2005.

HEINE, B. Introduction to hippotherapy. *North American Riding for the Handicapped Association Strides Magazine*, v. 3, n. 2, 1997. Disponível em: <http://www.narha.org/PDFfiles/tr_hippo.pdf>. Acesso em: 04 out. 2005.

HERREN, H.; HERREN, M. P. *Estimulação precoce*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

HESSE, U.; MOTTA, C. C. Vivências de um grupo de pais de praticantes de equoterapia: temas mais recorrentes. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO DE EQUOTERAPIA, 1.; CONGRESSO BRASILEIRO DE EQUOTERAPIA, 3., 2004, Salvador. *Anais...* Brasília: Ande-Brasil, 2004. p. 239-245.

HILGERT, J. B. et al. Saúde bucal em portadores de Alzheimer e em seus cuidadores. *Textos Envelhecimento*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2003. Disponível em: <http://216.239.51.104/search?q=cache:AvNuNhMfjPMJ:www.unati.uerj.br/tse/scielo.php%3Fscript%3Dsci_arttext%26pid%3DS1517-59282003000100002%26lng%3Dpt%26nm%3Diso+Sa%C3%BAde+and+bucal+and+em+and+portadores+and+de+and+Alzheimer+and+e+and+em+and+seus+and+cuidadores&hl=pt-BR&ct=clnk&cd=1>. Acesso em: 10 maio 2006.

HINRICHSEN, G. A.; HERNANDEZ, N. A.; POLLOCK, S. Difficulties and rewards in family care of the depressed older adult. *The Gerontologist*, v. 32, n. 4, p. 486-492, 1992.

HORNE, A. R.; CIRILLO, L. C. Histórico da Equoterapia no mundo. In: ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EQUOTERAPIA. *Curso básico de equoterapia*. Brasília, 2005. p. 2-6. 1 CD-ROM.

HOSSNE, W.; VIEIRA, S. *Metodologia científica para a área de saúde*. Rio de Janeiro: Campos, 2001.

KADLEC, V. P. D.; GLAT, R. *A criança e suas deficiências: métodos e técnicas de atuação psicopedagógica*. Rio de Janeiro: Livraria Agir, 1989.

KARSCH, U. M. S. (Org.). *Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores*. São Paulo: Educ, 1998.

KERSCHER, M.; KERSCHER, S. *Monografia como fazer*. Rio de Janeiro: Tex, 1998.

- KIECOLT-GLASER, J. K. et al. Slowing of wound healing by psychological stress. *Lancet*, v. 346, p. 1.194-1.196, 1995.
- KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H. *Pais/bebê: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- KOLB, L. C. *Psiquiatria clínica*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1977.
- KRAMER, B. J. Gain in the caregiving experience: where are we? What next?. *The Gerontologist*, v. 37, n. 2, p. 218-232, 1997.
- LACERDA, M. R. *Tornando-se profissional no contexto domiciliar – vivência do cuidado da enfermeira*. 2000. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.
- LACERDA, M. R.; OLINISKI, S. R. O familiar cuidador e a enfermeira: desenvolvendo interações no contexto familiar. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, Maringá, v. 26, n. 1, p. 239-248, 2004.
- LANG, F. J. Deglutition disorders in early childhood. *Revue Médicale de la Suisse Romande*, v. 122, n. 6, p. 283-287, jun. 2002.
- LAVINAS, L. Empregabilidade no Brasil: inflexões de gênero e diferenciais femininos. *Texto para Discussão*, Rio de Janeiro: IPEA, n. 825, 2001.
- LAVILLE, C.; DIONNE, J. *A construção do saber*. Belo Horizonte: UFMG, 1999.
- LEAL, M. G. S. O desafio da longevidade e o suporte ao cuidador. *Revista da Terceira Idade: revista do SESC*, ano 11, n. 20, ago. 2000. Disponível em: <<http://www.idea-sp.com.br/desafio.html>>. Acesso em: 10 maio 2006.
- LEE, M. C.; GOTLIB, H. Mental illness and the family. In: L'ABATE, L. (Org.). *Handbook of developmental family Psychology and Psychopathology*. New York: Library of Congress, 1994. p. 243-264.
- LEITÃO, G. C. M.; ALMEIDA, D. T. O cuidador e sua qualidade de vida. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 13, n. 1, p. 80-85, 2000.
- LEITÃO, H. A. L. Filhas e mães: o contexto da maternidade e o desenvolvimento das relações interpessoais. In: LIMA, N. R. L. B. (Org.). *O feminino na psicanálise*. Maceió: EDUFAL, 2001. v. 5, p. 93-115. (Gênero e Cidadania).
- LEMPP, R. *Seu filho realmente sofre de lesão cerebral?: um guia*. Tradução de Bettina Katzenstein Schoenfeldt. Revisão Hildegard Thiemann Buckup. São Paulo: Vetor, 1993.
- LEÓN-CARRIÓN, J. *Daño cerebral: Una guía para familias y terapeutas*. 2. ed. ampl. Madrid: Delta Publicaciones Universitarias, 2006.
- LERMONTOV, T. *Psicomotricidade na Equoterapia*. Aparecida: Idéias e Letras, 2004.
- LEVIN, E. *A clinica psicomotora: o corpo na linguagem*. Petrópolis: Vozes, 1995.

LEVITT, S. *O tratamento da paralisia cerebral e do retardo motor*. 3. ed. São Paulo: Manole, 2001.

LIMA, A. C.; MOTTI, G. S. *Terapia Ocupacional e Equoterapia no tratamento de indivíduos ansiosos*. 2000. 71 f. Monografia (Graduação em Terapia Ocupacional) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande-MS, 2000.

LONGDEN, M. L. *Coach with courage: Thoughts on teaching horses and riders of all abilities*. Australia: Mary L. Longden and Riding for the Disabled Association of Australia, 1999.

LOPES, E. R. B. *Autismo: trabalhando com a criança autista*. São Paulo: Edicon, 1997.

LOW, S. et al. Therapeutic horseback riding: Its effects on gait and gross motor function in children with cerebral palsy. *Scientific and Educational Journal of Therapeutic Riding*, Australia: Federation of Riding for the Disabled International, p. 12-24, 2005.

MALDONADO, M. T. *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. São Paulo: Saraiva, 2002.

MARCON, S. S. Percepção de enfermeiros acerca do cuidado/cuidador familiar. *Cogitare Enfermagem (UFPR)*, Curitiba, v. 2, n. 2, p. 65-70, 1997.

MARTIN, V. B.; ANGELO, M. A organização familiar para o cuidado dos filhos: percepção das mães em uma comunidade de baixa renda. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v. 7, n. 4, p. 89-95, out. 1999.

_____. *O significado do conceito saúde na perspectiva de famílias em situação de risco pessoal e social*. São Paulo, 1996. mimeo.

MARTINS, J.; BICUDO, M. *A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos*. São Paulo: Moraes, 1994.

MEDEIROS, M.; DIAS, E. *Distúrbios da aprendizagem: a equoterapia na otimização do ambiente terapêutico*. Rio de Janeiro: Revinter, 2002a.

_____. *Equoterapia: bases e fundamentos*. Rio de Janeiro: Revinter, 2002b.

MENDES, M. L. dos S. *Mudanças familiares ao ritmo da doença: as implicações da doença crônica ao nível da família e do centro de saúde*. 2004. 186 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Instituto de Ciências Sociais, Universidade do Minho, Braga, 2004.

MENDES, P. B. M. T. *Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano*. 1995. 145 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1995.

MIRANDA, A. M. Hipoterapia. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, Lisboa: Universidade técnica de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana, v. 7, n. 2, p. 113-121, jul./dez. 2000.

MIRANDA, L. P.; RESEGUE, R.; FIGUEIRAS, A. C. M. A criança e o adolescente com problemas do desenvolvimento no ambulatório de pediatria. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 79, p. 33-42, maio/jun. 2003. Suplemento 1.

MOCCIA, P.; MASON, D. J. Poverty trends: implications for nursing. *Nursing Outlook*, v. 34, n. 1, p. 20-40, 1986.

MUSTACCHI, Z.; ROZONE, G. *Síndrome de Down: aspectos clínicos odontológicos*. São Paulo: CID, 1990.

NAPIER, B.; USEO, B. P.; ANTONIO, J. G. Concepto de hipoterapia e hípica terapéutica. In: GALLEGU, A., J.; VICENTE, H., J. J.; NAPIER, B. (Coord.). *Introducción a la hipoterapia e hípica terapéutica en parálisis cerebral*. Almería: Universidad de Almería, 1999a. p. 19-22.

_____. Equipo terapéutico. In: GALLEGU, A., J.; VICENTE, H. J. J.; NAPIER, B. (Coord.). *Introducción a la hipoterapia e hípica terapéutica en parálisis cerebral*. Almería: Universidad de Almería, 1999b. p. 51-57.

NASCHERT, E. G. *Equinoterapia: la rehabilitación por medio del caballo*. México: Trillas, 2006.

NERI, A. L. Bem-estar e estresse em familiares que cuidam de idosos fragilizados e de alta dependência. In: _____. (Org.). *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas: Papyrus, 1993.

PANIAGUA, G. As famílias de crianças com necessidades educativas especiais. In: COLL, C.; MARCHESI, A.; PALACIOS, J. (Orgs.). *Desenvolvimento psicológico e educação: transtornos de desenvolvimento e necessidades educativas especiais*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. v. 3, p. 330-346.

PAVARINI, S. C. I. et al. De necessidades à intervenção: etapas na organização de um serviço de orientação para cuidadores de idosos. In: SEMINÁRIO DE METODOLOGIA PARA PROJETOS DE EXTENSÃO, 4., 2001, São Carlos. *Anais Eletrônicos...* Rio de Janeiro: UFRJ, 2001. Disponível em: <<http://www.itoi.ufrj.br/sempe/t1-p27.htm>>. Acesso em: 30 abr. 2006.

PAVARINI, S. C. I.; NERI, A. L. Compreendendo dependência, independência e autonomiano contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D'E. (Orgs.). *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 48-70.

PELLETIER, L. et al. Social support received by mothers of chronically ill children. *Child: Care, Health and Development*, v. 20, n. 2, p. 115-131, 1994.

PELZER, M. T. *A enfermeira cuidando do idoso com Alzheimer em família*. 1993. 191 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC, 1993.

PENA, M. V. J.; PITANGUY, J. (Coord.). *A questão de gênero no Brasil*. Brasília: Banco Mundial, 2005.

PERRIN, J. M.; SHONKOFF, J. P. Developmental disabilities and chronic illness: An overview. In: BEHRMAN, R. E.; KLIEGMAN, R. M.; JENSON H. B. (Orgs.). *Nelson textbook of Pediatrics*. Filadelfia: W. B. Saunders, 2000. p. 452-464.

PINTO, M. E. B. *Concepções de velhice e cuidado em três gerações de origem nipo-brasileira*. 1997. 286 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1997.

PRUCHNO, R. A.; RESCH, N.L. Aberrant behaviors and Alzheimer's disease: Mental health effects on spouse caregivers. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, v. 44, n. 5, p. S177-S182, 1989.

PY, L. Cuidar do cuidador: transbordamento e carência. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 50, n. 4, p. 346-350, 2004.

QRURESCHI, H.; SIMONS, K. Resources within families: Caring for elderly people. In: BRANNEN, J.; WILSON, G. (Eds.). *Give and take in families: Studies in resource distribution*. London, U.K.: Allen and Unwin, 1987. p. 117-135.

QUITTNER, A. L.; OPIPARI, L. C.; ESPELAGE, D. Role strain in couples with and without a child with chronic illness: Associations with marital satisfaction, intimacy, and daily mood. *Health Psychology*, v. 17, n. 2, p. 112-124, 1998.

RAMEY, C. T.; RAMEY, S. L. Prevention of intellectual disabilities: Early interventions to improve cognitive development. *Preventive Medicine*, v. 27, n. 2, p. 224-232, 1998.

RIBEIRO, S. L. L. Encefalopatia crônica infantil não progressiva e o manejo terapêutico. In: ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EQUOTERAPIA. *Curso avançado de Equoterapia*. Brasília, 2003. p. 2-13. Apostila.

RIVEROS, F. J. U. El caballo em la perspectiva humanista existencial como herramienta para la reabilitación humana. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO DE EQUOTERAPIA, 1.; CONGRESSO BRASILEIRO DE EQUOTERAPIA, 3., 2004, Salvador. *Anais...* Brasília: Ande-Brasil, 2004. p. 155-159.

RIVIÈRE, Á. O autismo e os transtornos globais do desenvolvimento. In: COLL, C.; MARCHESI, A.; PALACIOS, J. (Orgs.). *Desenvolvimento psicológico e educação: transtornos de desenvolvimento e necessidades educativas especiais*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. v. 3, p. 234-254.

RODRIGUES, M. F. A.; MIRANDA, S. M.. *A estimulação da criança especial em casa: entenda o que acontece no sistema nervoso da criança deficiente e como você pode atuar sobre ele*. São Paulo: Atheneu, 2000.

RODRIGUES, R. A. P.; ANDRADE, O. G.; MENDES, M. M. R. Estratégias para o cuidado domiciliar do idoso com doença de Alzheimer. *Gerontologia.*, v. 3, n. 2, p. 73-80, 1995.

ROIG, M. V.; ABENGÓZAR, M. C.; SERRA, E. La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. *Anales de Psicología*, v. 14, n. 2, p. 215-227, 1998.

ROLANDELLI, P. S.; DUNST, C. J. Influences of hippotherapy on the motor and social-emotional behavior of young children with disabilities. *Bridges*, v. 2, n. 1, 2003. Disponível em: <http://www.evidencebasedpractices.org/bridges/bridges_vol2_no1.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2005.

ROZICKI, C. Deficiente e a participação nas esferas da vida em sociedades. *Revista Espaço Acadêmico*, ano 2, n. 22, 2003. Disponível em:
<<http://www.espacoacademico.com.br/022/22crozicki.htm>>. Acesso em: 07 out. 2005.

SANVITO, W. L. *Síndromes neurológicas*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 1997.

SASSAKI, R. K. Atualizações semânticas na inclusão de pessoas: deficiência mental ou intelectual? Doença ou transtorno mental? *Revista Nacional de Reabilitação*, ano 9, n. 43, p. 9-10, 2005. Disponível em:
<<http://www.mj.gov.br/sedh/ct/corde/dpdh/sicorde/defici%C3%A0ncia%20mental%20ou%20intelectual.doc>>. Acesso em: 07 out. 2005.

_____. *Vida independente: história, movimento, liderança, conceito, filosofia e fundamentos*. São Paulo: RNR, 2003.

SCHWARTZMAN, J. S. Histórico. In: _____. (Ed.). *Síndrome de Down*. São Paulo: Mackenzie, 1999. p. 3-15.

SERRANO, A. M.; CORREIA, L. M. Intervenção precoce centrada na família: uma perspectiva ecológica de atendimento. In: _____. (Orgs.). *Envolvimento parental em intervenção precoce: das práticas centradas na criança às práticas centradas na família*. Portugal: Porto, 1998. p. 11-32.

SEVERO, J. T. Equoterapia: a equitação que promove saúde. *Boletim Informativo da Associação Nacional de Equoterapia*, Brasília, ano 7, n. 1, 1998.

SILVA, C. H. *Equoterapia para cegos: teoria e técnica de atendimento*. Campo Grande: UCDB, 2004.

SILVA, C. R.; GOBBI, B. C. ; SIMÃO, A. A. O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. *Organizações rurais e agroindustriais*, Lavras, v. 7, n. 1, p. 70-81, 2005.

SILVA, I. P. *As relações de poder entre o adulto dependente e a mulher-cuidadora*. 1995. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1995.

SILVA, M. C. Equoterapia na estimulação precoce. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL EM SAÚDE, CULTURA E SOCIEDADE, 1., 2003, Campo Grande-MS. *Anais...* Campo Grande: UCDB, 2003. 1 CD ROM.

SILVA, S. S. da C. et al. Sensibilidade materna durante o banho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 18, n. 3, p. 345-352, set./dez. 2002.

SILVER, E. J.; WESTBROOK, L. E.; STEIN, R. E. K. Relationship of parental psychological distress to consequences of chronic health conditions in children. *Journal of Pediatric Psychology*, v. 23, n. 1, p. 5-15, 1998.

SINCLAIR, I. *Carers: Their contribution and quality of life in the kaleidoscope of care*. Londres: National Institute for Social Work, 1990.

SMITH, D. W.; WILSON, A. A. *El niño con síndrome de Down: causas, característica y aceptación*. Buenos Aires: Medica Panamericana, 1986.

SNYDER, L. Care of patients with Alzheimer's disease and their families. *Clinics in Geriatric Medicine*, v. 17, n. 2, p. 319-335, 2001.

SOMMERHALDER, C. *Significados associados à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto familiar*. 2001. 86 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação de Campinas, Campinas, 2001.

SOUZA, M. M. d'A. A importância do atendimento familiar no contexto equoterápico. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EQUOTERAPIA, 2., 2002, Jaguariúna. *Anais...* Brasília: Ande-Brasil, 2002. p. 133-141.

SPLITZ, R. A. *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

STRATFORD, B. *Crescendo com a síndrome de Down*. Brasília: CORDE, 1997.

TELFORD, C. W.; SAWREY, J. M. *O indivíduo excepcional*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

UZUN, A. L. L. *Equoterapia: aplicação em distúrbios do equilíbrio*. São Paulo: Vetor, 2005.

VELÁSQUEZ, M. D. et al. As trajetórias de vida dos cuidadores principais. In: KARSCH, U. M. S. (Org.). *Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores*. São Paulo: Educ, 1998. p. 87-145.

VILAÇA, C. M. et al. O autocuidado de cuidadores informais em domicílio – percepção de acadêmicos de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 7, n. 2, p. 221-226, 2005. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_2/relato_02.htm>. Acesso em: 30 maio 2006.

VIVARTA, V. (Coord.). *Mídia e deficiência: dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)*. Brasília: Andi; Fundação Banco do Brasil, 2003. (Diversidade).

WALKER, L. S.; ZEMAN, J. L. Parental response to child illness behavior. *Journal of Pediatric Psychology*, v. 17, n. 1, p. 49-71, 1992.

WALTER, G. B.; VENDRAMINI, O. M. *Equoterapia: terapia com o uso do cavalo*. Minas Gerais: CPT/CEE-UFV, 2000. Manual.

WANDERLEY, M. B. et al. *Publicização do papel do cuidador domiciliar*. São Paulo: IEE/PUC; Brasília: SAS/MPAS, 1998.

WICKERT, H. O cavalo como instrumento cinesioterapêutico. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EQUOTERAPIA, 1., 1999, Brasília. *Anais...* Brasília: Ande-Brasil, 1999. p. 101-106.

WILSON, H. S. Family caregiving for a relative with Alzheimer's dementia: Coping with negative choices. *Nursing Research*, v. 38, n. 2, p. 94-98, 1989.

YUASO, D. *Treinamento de cuidadores familiares de idoso de alta dependência em acompanhamento domiciliário*. 2000. 110 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação de Campinas, Campinas, 2000.

ZAMO, R. S. Equoterapia e psicologia comunitária: a possibilidade de integração social em um centro de equoterapia. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EQUOTERAPIA, 2., 2002, Jaguariúna. *Anais...* Brasília: Ande-Brasil, 2002. p. 147-150.

ZAVASCHI, M. L.; COSTA, F.; BRUNSTEIN, C. O bebê e os pais. In: EIZIRIK, C. L. et al. (Orgs.). *O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica*. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 41-57.

ZIMMERMANN, A. et al. Gestação, parto e puerpério. In: EIZIRIK, C. L. et al. (Orgs.). *O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica*. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 29-40.

Apêndice A

Roteiro da Entrevista

Esteja segura da completa confidencialidade dos dados. Para manter seu anonimato não perguntarei seu nome, sua participação é voluntária e sua recusa em não responder qualquer pergunta não envolve penalidade, você poderá desistir de participar a qualquer momento.

- 1) O que a entrevistada entende por Equoterapia.
- 2) Para quais diagnósticos e/ou patologias a Equoterapia é indicada.
- 3) Os benefícios que a Equoterapia pode trazer as pessoas que a realizam.
- 4) Como obteve conhecimento da Equoterapia.
- 5) Quem lhe orientou a procurar este tratamento.
- 6) Se antes de seu filho(a) iniciar este tratamento, acreditava na técnica da Equoterapia.
- 7) Idade do seu filho.
- 8) Qual o diagnóstico de seu filho.
- 9) Quanto tempo seu filho faz Equoterapia neste Centro.
- 10) Se já praticou Equoterapia em outro local, quanto tempo praticou e a razão pela qual optou por este Centro de Equoterapia.
- 11) Se seu filho apresentou mudanças com o tratamento de Equoterapia e quais foram.
- 12) Se quando impossibilitado de ir à sessão, o seu filho manifesta algum tipo de reação e qual.
- 13) Se seu filho realiza outras terapias e quais são se caso afirmativo.
- 14) Perguntar se a entrevistada indica esta técnica a outras pessoas e por quê.
- 15) Idade da entrevistada.
- 16) Escolaridade da entrevistada.
- 17) Profissão da entrevistada.
- 18) É casada com o pai do filho.
- 19) Saber se a entrevistada gostaria de fazer algum comentário antes da conclusão da entrevista.

Apêndice B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento

O objetivo desta pesquisa é verificar o conhecimento que as mães dos pacientes possuem sobre Equoterapia.

Para a concretização deste trabalho precisaremos gravar a entrevista que terá a duração cerca de 25 minutos, abordando assuntos como: dados sócio-demográficos, tempo que seu filho(a) pratica equoterapia e o conhecimento que possui sobre equoterapia. Os resultados da pesquisa serão divulgados em revistas científicas e congressos.

Esteja seguro (a) da completa confidencialidade dos dados. Na realidade nós não perguntaremos o seu nome para manter o seu anonimato. Sua participação é voluntária e a sua recusa não envolve qualquer penalidade, você poderá desistir de participar a qualquer momento.

Abaixo colocarei o meu nome e endereço para que, havendo alguma questão, sinta-se à vontade para procurar-me e/ou o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) Universidade Católica Dom Bosco - UCDB.

Melissa Cristina Silva, Psicóloga, Mestranda em Psicologia – Área de Concentração Comportamento Social e Psicologia da Saúde Universidade Católica Dom Bosco, fone: (65) 3621-7989.

Desde já agradeço a sua colaboração.

Eu li as afirmações acima e concordo em participar da pesquisa.

Data:/...../.....

Nome:

Assinatura:

Apêndice C

Transcrições da entrevistas

Mãe A

Terapeuta: — Esteja segura da completa confidencialidade dos dados, para proteger seu anonimato não perguntarei seu nome, sua participação é voluntária e sua recusa em responder qualquer pergunta não envolve penalidade. Você poderá desistir de participar a qualquer momento. Concorda?

Mãe A: — Concordo.

Terapeuta: — Pra você o que é Equoterapia?

Mãe A: — Equoterapia é um tratamento com cavalo, né? Que desenvolve uma eletricidade para todos os músculos do corpo da criança, né, que apresentam um quadro de, neurológico, né? E é isso que eu acho.

Terapeuta: — A Equoterapia é indicada para quais diagnósticos ou patologias?

Mãe A: — Todos, eu imagino.

Terapeuta: — Todos de que tipo?

Mãe A: — É, Paralisia Cerebral, né, pessoas acadeiradas, e pessoas normais, pra tudo, tem uma finalidade completa o tratamento com cavalo.

Terapeuta: — Quais os benefícios que a Equoterapia pode trazer às pessoas que a praticam?

Mãe A: — No caso da minha filha C., ela vem trazendo assim uma tranquilidade muito grande, ela era uma criança um pouco agressiva, chorava muito, hoje ela já apresenta um quadro tranqüilo, quando eu venho trazer ela, ela fica feliz de vir, anda no cavalo, ela dorme, eu ganho o dia com ela, ela fica uma criança hiper-tranquila, carinhosa, ativa, eu achei, eu amo essa Equoterapia.

Terapeuta: — Como que você teve conhecimento sobre a Equoterapia?

Mãe A: — Pela televisão, né, foi um ator que, ele sofreu um acidente com...

Terapeuta: — O Gerson Brener?

Mãe A: — Isso, o Gerson Brener, então eu fiquei assim, porque ele é completamente tetraplégico que ele ficou, então ele tava já andando, e aquilo lá me deixou muito com isso, porque eu vinha já acompanhando o caso, e foi diagnosticado através da Equoterapia com o cavalo, então eu fiquei apaixonada por aquilo e fiquei procurando, sondando, graças a Deus a fundação conseguiu o estabelecimento aqui e aí a terapeuta B. conseguiu colocar a C. aqui, e eu fui indo, que pena que é um pouco tempo.

Terapeuta: — A B. é Terapeuta Ocupacional?

Mãe A: — Isso.

Terapeuta: — Então foi ela, a profissional que indicou a Equoterapia como tratamento?

Mãe A: — Exatamente.

Terapeuta: — Antes de sua filha iniciar o tratamento, acreditava nesse técnica?

Mãe A: — Eu acreditava. Acreditava e espero muito, muito mais, porque a minha filha tá ótima hoje.

Terapeuta: — Qual que é a idade dela?

Mãe A: — Ela tem sete anos.

Terapeuta: — Qual que é o diagnóstico dela?

Mãe A: — Ela tem meningite, seqüelas de vintriculite, que é uma lesão na massa encefálica, né que fala que deu Paralisia Cerebral, ela tem seqüelas de vintriculite.

Terapeuta: — Ou seja, ela teve meningite que deixou essa seqüela?

Mãe A: — Isso. É a chamada seqüela de vintriculite.

Terapeuta: — Ela realiza outras terapias?

Mãe A: — Não.

Terapeuta: — Hoje ela só faz a Equoterapia?

Mãe A: — Só faz a Equoterapia.

Terapeuta: — Não está fazendo Terapia Ocupacional?

Mãe A: — Não, não está fazendo mais devido, por causa do horário que era muito cedo pra mim, como eu tenho que pegar dois ônibus, né, então pra mim não é opcional, porque eu mesmo não consigo mais ter força pra andar com a C. de ônibus. Uma vez por semana pra mim, é o máximo que eu posso dar para ela hoje, porque eu não tenho cadeira de rodas para trafegar com ela no ônibus buscar, né, se tivesse era mais fácil para mim, mas como eu dependo de ônibus, então eu tenho problema de coluna, saúde mesmo minha tá assim, desequilibrada, então por isso C. faz somente esse. Terminando os seis meses aqui, C. volta na Equoterapia, na Terapia Ocupacional com a Delma, a gente já tá tudo programado pra ano que vem a gente voltar atividade normal na fundação.

Terapeuta: — Há quanto tempo ela pratica Equoterapia nesse centro?

Mãe A: — Quatro meses.

Terapeuta: — Já praticou Equoterapia em outro local?

Mãe A: — Não.

Terapeuta: — Sua filha apresentou mudanças com o tratamento da Equoterapia?

Mãe A: — Sim, apresentou muitas mudanças, tranquilidade, dorme melhor, né, mais ativa, você fala com ela, ela responde em gestos que não fazia antes, tipo, balbuciava muito pra dentro, hoje ela solta mais o som pra fora, tem a audição assim, você fala alguma coisa ela fica procurando, então eu sei que ela mudou, antes mesmo, ela tava muito fechada, hoje ela tá outra mesmo, ela tá mais aberta.

Terapeuta: — Quando impossibilitada de vir à sessão, ela demonstra alguma reação?

Mãe A: — Não, porque os estímulos dela é tão assim, regredidos, né, que se você falar assim, vamos passear, ela fica hiper-feliz, se você fala que não vai passear, realmente ela apresenta um sintoma assim, ela chora, ela fica angustiada, ela não gosta de ficar em casa, ela se acostumou a sair cedo, a tomar banho muito cedo que é seis horas da manhã, e já tomar o café da manhã às seis e meia e ir pro ponto. Ela já tá acostumada com esse ritmo, são sete anos de vida, são sete anos nesse batido, então o dia que você não sai nesse dia, a C., ela fica irritada,

mesmo assim a gente dá uma volta, vai no vizinho, vai na casa da tia, pra saber que ela deu uma volta.

Terapeuta: — Então esse reação de uma maneira geral é com o sair, com relação à Equoterapia ela não apresenta nenhuma reação diferente?

Mãe A: — Nenhuma, nenhuma.

Terapeuta: — Indicaria essa técnica a outras pessoas?

Mãe A: — Sim, com certeza.

Terapeuta: — Por que?

Mãe A: — Ah, porque é uma técnica maravilhosa, que eu acho que não é de hoje que tem essa técnica, é de muitos anos, só que hoje a medicina acatou pelo seu desenvolvimento, mas antes, fala assim, na época dos meus avôs, na antiguidade, já se usava um cavalo pra tratar um doente, não tinha conhecimento, mas hoje que a medicina está avançada, viu que a técnica com um animal que é o cavalo, está super-avançado, então eu acho isso ótimo.

Terapeuta: — Qual a sua idade?

Mãe A: — Eu tenho trinta e seis anos.

Terapeuta: — Qual que é a sua escolaridade?

Mãe A: — É primeiro ano completo.

Terapeuta: — Gostaria de fazer algum comentário antes de concluirmos essa entrevista?

Mãe A: — Um comentário? Gostaria. Eu gostaria que todos, todas as mães que tivessem um filho com esse tipo de doença, né, deficiente, Paralisia Cerebral, que procure a Equoterapia que vai ter resultados maravilhosos, a postura da criança, o engasgar diminui, aquela babação diminui, então é evolução, eu acho que todas as mães teriam que procurar a Equoterapia.

Terapeuta: — Obrigada.

Mãe B

Terapeuta: — Esteja segura da completa confidencialidade dos dados, para manter seu anonimato, não perguntarei seu nome, sua participação é voluntária e sua recusa em não responder qualquer pergunta não envolve penalidade. Você poderá desistir de participar a qualquer momento. Concorda?

Mãe B: — Concordo.

Terapeuta: — Pra você o que é Equoterapia?

Mãe B: — Olha, Equoterapia pra mim é um, pra mim eu acho que é tudo, porque através dele que a minha filha teve equilíbrio da cabeça, o ponto da coluna, né, que ficou mais reta, e agora pra mim carregar ela não preciso mais segurar nem o tronco, nem a cabeça, através da Equoterapia ela teve mais equilíbrio.

Terapeuta: — A Equoterapia é indicada para quais diagnósticos ou patologias?

Mãe B: — Olha, da minha filha é, como é mesmo...

Terapeuta: — Paralisia Cerebral?

Mãe B: — É, Paralisia Cerebral.

Terapeuta: — E que mais, é indicado a algum outro tipo de patologia, um outro tipo de pessoa que tem algum outro tipo de dificuldade?

Mãe B: — Eu acho que sim, porque eu vejo muitas crianças que é diferente, né, da minha e faz Equoterapia, que fala, que anda, mas faz Equoterapia.

Terapeuta: — Então você acha que tipo de pessoas, quais são os diagnósticos que poderia indicar?

Mãe B: — Olha, tem crianças que é muito fechada, que não, quase não conversa, e através da Equoterapia você vê ela vai se soltando mais.

Terapeuta: — Quais os benefícios que a Equoterapia pode trazer às pessoas que a praticam?

Mãe B: — Ahn...

Terapeuta: — Um pouco você já falou...

Mãe B: — Em geral, né, eu acho que tudo, porque movimenta o corpo da criança todinha, né, e quando chega em casa relaxa, dorme bem, então eu acho que é tudo, ajuda em tudo assim.

Terapeuta: — Como que você teve conhecimento sobre a Equoterapia?

Mãe B: — Através da neurologista, dela.

Terapeuta: — Neurologista da sua filha?

Mãe B: — É.

Terapeuta: — Faz quanto tempo isso, há quanto tempo atrás?

Mãe B: — Ai, quando ela tinha, acho que tava com cinco anos, a primeira vez, né, que a doutora indicou e ela começou a fazer, aí ela ficou o que, dois, três anos parado, né?

Terapeuta: — Ela começou a fazer a Equoterapia?

Mãe B: — É, antes que ela era pequenininha ela fazia Equoterapia, aí agora que ela retomou...

Terapeuta: — E ela ficou quanto tempo fazendo Equoterapia?

Mãe B: — Ai, ela ficou quase um ano fazendo.

Terapeuta: — Quase um ano? E parou por qual motivo, de fazer?

Mãe B: — Porque chegou num ponto que eu não agüentava mais carregar, aí, e eu consegui o Buscar, mas não vai pra Várzea Grande, né, que não passa a ponte e eu fazia lá na Várzea Grande, o Coronel Ribeiro, lá.

Terapeuta: — Depois disso ela voltou a fazer agora?

Mãe B: — É, agora que tá retomando novamente.

Terapeuta: — Alguém, ah, foi a neurologista que indicou a terapia pra ela, né?

Mãe B: — É.

Terapeuta: — Antes de ela iniciar esse tratamento, acreditava nessa técnica?

Mãe B: — Olha, pra falar a verdade, eu não acreditava muito, né, mas depois que ela começou a fazer e logo veio o resultado, que as pernas dela eram assim entrevada, né,

fechada, até para dar banhinho nela era complicado, aí depois que ela começou a fazer Equoterapia a abertura da perna, teve mais evolução assim, sabe? Mais resultado do que com a própria Fisioterapia.

Terapeuta: — Aham.

Mãe B: — Foi que destravou a perninha dela, e como eu disse, a coluna, a cabeça, o controle foi sendo maravilhoso.

Terapeuta: — Qual que é a idade dela?

Mãe B: — Ela tem quinze anos.

Terapeuta: — Qual que é o diagnóstico dela?

Mãe B: — Ó, o problema dela foi que na hora do parto, passou muito da hora de nascer, né, e foi tirada após, aí nisso que deu a consequência, né? Que aí foi que disse que faltou muito oxigênio no cérebro.

Terapeuta: — E qual que é a seqüela dela hoje?

Mãe B: — Ah, a seqüela dela, ficou assim, que não tem reversão, né, afetou muito o cérebro dela.

Terapeuta: — Mas em termos de corpo, ela anda hoje, fala, como que ela tá hoje?

Ah, ela só engatinha.

Terapeuta: — Só engatinha?

Mãe B: — É, só. Ela engatinha. Falar, ela só fala papai, mamãe e o apelido dela que é G., né, mas outras coisas não, não pede água, não pede nada, mas pede assim, com gestos, né? Que ela vê você comendo alguma coisa ela, ela faz assim um gesto pedindo assim, você sabe que ela quer aquilo, é assim.

Terapeuta: — Há quanto tempo ela pratica a Equoterapia nesse centro?

Mãe B: — Olha, eu acho que tá com mais de dois meses que ela tá fazendo aqui. Quatro meses, né?

Terapeuta: — Quatro meses?

Mãe B: — É quatro meses.

Terapeuta: — Ela realiza outras terapias?

Mãe B: — Ela tava fazendo terapia, né, numa clínica, mas ela não gosta de fazer. Ela chorava muito e não deixava fazer exercício, e aqui não, aqui ela adora andar a cavalo.

Terapeuta: — Ela apresentou mudanças com o tratamento de Equoterapia?

Mãe B: — Apresentou muita melhora, né?

Terapeuta: — A senhora tava falando, pode falar de novo pra mim quais foram as mudanças que ela apresentou?

Mãe B: — Ah, ela apresenta o comportamento, né, além da ajuda do corpo todo, do equilíbrio, da cabeça, da coluna.

Terapeuta: — Melhorou o equilíbrio dela?

Mãe B: — Melhorou muito o equilíbrio e também ela relaxa bastante.

Terapeuta: — Quando não pode vir à sessão, ela demonstra alguma reação?

Mãe B: — Ah, ela demonstra, porque ela não gosta de ficar em casa, adora sair pra passear. Aí fica que nada tá bom, nada serve, fica sempre irritada.

Terapeuta: — E como é quanto a especificamente ao cavalo, quando você fala que ela vai vir pra cá, você percebe alguma reação diferente dela?

Mãe B: — Ah, eu percebo, porque eu falo, ah, um cavalo, ela começa a rir, aí ela bate palma como se tivesse aplaudindo, sabe? Aí ela já sabe...

Terapeuta: — Que vai vir pra cá?

Mãe B: — É.

Terapeuta: — Indicaria essa técnica a outras pessoas?

Mãe B: — Ah, é o que eu faço.

Terapeuta: — A senhora indica?

Mãe B: — Encontro umas amigas que tem filho com esse tipo de problema, olha a Equoterapia ajudou minha filha assim, assim, começo a falar, né, aí depois eu passo o telefone, alguma coisa, bom, se serve, nem todos os casos são os mesmos casos, né? Se serve eu não sei, mas eu indico.

Terapeuta: — Qual que é a sua idade?

Mãe B: — Eu tô com trinta e sete.

Terapeuta: — A sua escolaridade?

Mãe B: — Eu parei na quinta-série.

Terapeuta: — Gostaria de fazer algum comentário antes de concluirmos essa entrevista?

Mãe B: — Olha, a única coisa que eu gostaria assim é de agradecer, né, que tá evoluindo, dá época que a minha filha começou a fazer Fisioterapia, essas coisas todas, não foi tanta evolução como tá tendo agora, né? Mais profissionais, que estão cada vez mais, né, assim, apto, né, a atender essas crianças, então as coisas estão evoluindo muito, né, e se Deus quiser vai melhorar cada vez mais.

Terapeuta: — Então tá bom, obrigada.

Mãe C

Terapeuta: — Esteja segura da completa confidencialidade dos dados, para manter seu anonimato, não perguntarei seu nome, sua participação é voluntária, e sua recusa em responder qualquer pergunta não envolve penalidade. Você poderá desistir de participar a qualquer momento. Concorda?

Mãe C: — Concordo.

Terapeuta: — Pra você, o que é Equoterapia?

Mãe C: — Pra mim a Equoterapia é uma terapia que pra P. foi excelente. Essa terapia parece que ocupa todas as outras terapias.

Terapeuta: — Ocupa como assim?

Mãe C: — Assim, até o espaço, o corpo da criança, mexe com o corpo todo, da cabeça aos pés. Não é aquela terapia separada que vai lá só mexe com a parte de baixo, né, é bom mesmo, da cabeça aos pés.

Terapeuta: — Você quer dizer que essa é uma terapia que trabalha com a criança de forma global?

Mãe C: — Completa.

Terapeuta: — E por que que utiliza o cavalo como instrumento, a senhora sabe?

Mãe C: — Eu acho que é um animal que é amigo, né, como o cachorro, né? Eu tenho um cachorro em casa por causa da P. e eu acho que o cavalo é um animal doméstico, domesticado, né, e, como que eu falo? O cavalo, ele, eu acho que criança gosta do cavalo, não dá pra falar por que o cavalo...

Terapeuta: — Envolve uma questão afetiva, a senhora acha?

Mãe C: — Eu acho que é, o movimento que faz, né?

Terapeuta: — O movimento que ele faz?

Mãe C: — O movimento, ele estimula, né?

Terapeuta: — A Equoterapia, ela é indicada para quais patologias ou diagnósticos?

Mãe C: — Eu acho que pra todos.

Terapeuta: — Todos tipo, quais? Cita alguns pra mim.

Mãe C: — Ah, na Síndrome de Down ele é excelente.

Terapeuta: — Aham.

Mãe C: — Pras crianças que tem deficiência mental ele também é excelente. Eu pra mim, acho, né? A criança que tem problema nos membros, né, na parte de baixo, ele também é bom.

Terapeuta: — Quais benefícios que a Equoterapia pode trazer para as pessoas que a praticam?

Mãe C: — Aí depende de cada, cada paciente, né?

Terapeuta: — De modo geral, você acha que a Equoterapia auxilia em que? Que tipo de benefício que ela traz? Você citou a Síndrome de Down, crianças com problemas no membro inferior, aonde que ela vai ajudar, melhorar esses pacientes?

Mãe C: — Melhor que você fala, eu acho que no, no, nos músculos, nos membros, né, que ele mexe com o membro da pessoa.

Terapeuta: — Aham.

Mãe C: — Ele sacode a criança. Muscular mesmo, membro, né, ossos.

Terapeuta: — Como que você teve conhecimento da Equoterapia?

Mãe C: — A Equoterapia eu tive conhecimento pela televisão [...].

Terapeuta: — Há quanto tempo?

Mãe C: — Três anos.

Terapeuta: — Então há três anos que você ouviu falar em Equoterapia? e o que que você ouviu falar sobre ela?

Mãe C: — Eu ouvi falar, porque o meu colega, ele fez a monografia dele sobre a Equoterapia, né?

Terapeuta: — Ele contou a experiência dele?

Mãe C: — Ele contou a experiência dele, que ele trabalha, como que ele trabalhava, que ele tava fazendo um curso também, né, pra aperfeiçoar mais o conhecimento dele pra trabalhar.

Terapeuta: — E alguém lhe orientou a procurar esse tratamento?

Mãe C: — Me orientou assim, né, quando eu fui, conversei com a P., um mês de idade que ela já tava, aí o J. falou da Equoterapia no Centro de Reabilitação, mas tá vendo o lugar ainda, né, aí eu falei pra ele, J., na hora que começar você pode me, já me coloca, pode me dar um lugar aí que eu quero, aí ele falou: Tá bom, eu vou falar pra a assistente social colocar o seu nome. Aí que...

Terapeuta: — O J. é terapeuta ocupacional, né?

Mãe C: — É.

Terapeuta: — Antes de iniciar o tratamento, você acreditava nessa técnica?

Mãe C: — Acreditar, não, porque nunca tinha visto o efeito, né?

Terapeuta: — Aham.

Mãe C: — Eu fui acreditar depois que a P. começou a fazer aqui. Ela começou a andar com um ano e quatro meses. Eu comecei aqui ela tava querendo pegar as coisas, sabe? Com um mês já, ela já começou a dar os passos dela.

Terapeuta: — Você acha que a Equoterapia ajudou na aceleração desse movimento, desse processo de ela começar a andar?

Mãe C: — A andar.

Terapeuta: — Então com um mês de Equoterapia, mais ou menos, você já conseguiu sentir um resultado?

Mãe C: — Já.

Terapeuta: — E você acha que foi devido à Equoterapia?

Mãe C: — Não foi devido, né? Ela já tava fazendo outras terapias, como a fisio, né, já tava fazendo aquela fono, né, e aí em terceiro, o quarto já veio a Equoterapia, aí acho que foi que ela levantou um pouco. Ajudou muito.

Terapeuta: — Qual que é a idade dela hoje?

Mãe C: — A P. tá com dois anos, ela fez semana passada.

Terapeuta: — E qual que é o diagnóstico dela?

Mãe C: — Ela é Síndrome de Down.

Terapeuta: — E ela realiza outras terapias hoje?

Mãe C: — [...].

Terapeuta: — Quais ela faz?

Mãe C: — Ela tá fazendo, ela foi suspensa da fisio, né?

Terapeuta: — Ela recebeu alta?

Mãe C: — Alta, né? É que ela já começou a andar, fazer os movimentos, né, agora ela tá fazendo a fono em grupo, né? Trabalhar em grupo, e tá fazendo a Terapia Ocupacional.

Terapeuta: — E há quanto tempo ela pratica a Equoterapia?

Mãe C: — Quatro meses.

Terapeuta: — Já praticou a Equoterapia em outro local?

Mãe C: — Não.

Terapeuta: — Ela apresentou mudanças com o tratamento da Equoterapia?

Mãe C: — Sim. A P. é super, ela é super, como fala? É, domina rápido as coisas, pega rápido as coisas, eu acho que com a Equoterapia fez com que a auto-estima dela veio à tona. A P. era muito assim de querer aprender.

Terapeuta: — Quando impossibilitada de vir, ela apresenta alguma reação? Se você falar assim pra ela: ah, P., hoje a gente não vai...

Mãe C: — Não.

Terapeuta: — Não?

Mãe C: — Não.

Terapeuta: — E quando a senhora fala pra ela que vai vir pra Equoterapia?

Mãe C: — Eu falo o pocotó, hoje nós vamos no pocotó.

Terapeuta: — E ela?

Mãe C: — Ela não fala né, ela só demonstra com gestos. Então eu falo pra ela: Hoje nós vamos no pocotó, então ela vai. Mas quando chega aqui ela não gosta.

Terapeuta: — Não gosta do que?

Mãe C: — De subir no cavalo.

Terapeuta: — A não?

Mãe C: — Não.

Terapeuta: — Do que que ela gosta?

Mãe C: — Ela chora o tempo todo da Equoterapia.

Terapeuta: — Ela fica chorando?

Mãe C: — O medo que ela fica. Os quatro meses que ela tá do começo até o final.

Terapeuta: — Mas hoje eu observei ela montando, ela não tava chorando, né?

Mãe C: — Chorando, tava.

Terapeuta: — Tava?

Mãe C: — Chorando.

Terapeuta: — Ah, então eu não percebi, eu vi ela com o Jorcy, parei pra conversar com o Jorcy...

Mãe C: — Tava gritando.

Terapeuta: — Indicaria essa técnica a outras pessoas?

Mãe C: — Ah, eu indico essa técnica, eu falo, quem tem criança procura, mesmo se não tem algum problema, principalmente de conhecimento, né, na escola, com auto-estima, criança que não tem muito, com a auto-estima pra cima, eu acho que é excelente a Equoterapia.

Terapeuta: — Qual é a sua idade?

Mãe C: — Eu tô com quarenta e dois anos.

Terapeuta: — Qual que é a sua escolaridade?

Mãe C: — Superior, eu tenho curso superior.

Terapeuta: — Gostaria de fazer algum comentário antes de concluirmos essa entrevista?

Mãe C: — Eu acho que não.

Terapeuta: — Então tá bom.

Mãe C: — Boa sorte pra você.

Terapeuta: — Obrigada, obrigada pela sua colaboração.

Mãe D

Terapeuta: — Esteja segura da completa confidencialidade dos dados, para manter seu anonimato, não perguntarei seu nome, sua participação é voluntária e sua recusa em não responder qualquer pergunta não envolve penalidade. Você poderá desistir de participar a qualquer momento. Concorda?

Mãe D: — Concordo.

Terapeuta: — Pra você o que é Equoterapia?

Mãe D: — Pra mim é assim, um trabalho que eles fazem, uma terapia, né, que para desenvolver mais o equilíbrio, né, na parte do equilíbrio, é pra criança ter contato com o animal, né, como o caso dela envolve muito em autismo, então ela é nervosa, é agressiva, então sempre que eu trago ela, nossa, ela fica bem mais calma depois que ela anda no cavalo, né?

Terapeuta: — A Equoterapia é indicada para quais diagnósticos ou patologias?

Mãe D: — Bom, eu não sei ao certo, porque cada criança tem um diagnóstico, né?

Terapeuta: — Mas de um modo geral, que tipo de criança a senhora acha que ela pode trazer um benefício? Criança ou pessoa?

Mãe D: — Eu acho assim mais na parte do equilíbrio, sabe? Que eles trabalham bem, e trabalham com a parte motora das crianças, então eu acho que é mais...

Terapeuta: — Então seriam crianças que tem algum comprometimento motor?

Mãe D: — É, algum comprometimento motor.

Terapeuta: — Quais os benefícios que a Equoterapia pode trazer às pessoas que a praticam?

Mãe D: — Bom, assim, no caso dela, faz as pessoas ficar mais calma, né, ela caia muito, ela tá mais firme, ela não cai mais. Ela ficava muito assim, corcunda, né, ela já tá bem firme.

Terapeuta: — Melhorou a postura dela?

Mãe D: — Melhorou a postura dela, o equilíbrio dela, ela tá andando bem normal já.

Terapeuta: — Alguém lhe orientou a procurar esse tratamento?

Mãe D: — Orientou, a assistente social, a Silvia, né? A médica pediatra, a doutora Ivana, quando eu levei ela, ela orientou fazer esse tratamento pra ela, né?

Terapeuta: — E como que, quando que você ouviu falar de Equoterapia pela primeira vez, que você teve conhecimento?

Mãe D: — Quando eu vim, tanto é assim que eu achava até engraçado, né, nunca tinha visto falar.

Terapeuta: — Ah, nunca?

Mãe D: — Não.

Terapeuta: — Só ouviu falar...

Mãe D: — Quando ela veio, quando eu vim aqui com ela. Falava Equoterapia no cavalo, ficava pensando, imaginando, será que é cavalo de verdade, como será que é, né?

Terapeuta: — Sim.

Mãe D: — Aí aqui que eu fui ver, quando a primeira vez que eu vim aqui, né, como que é.

Terapeuta: — E quando a senhora viu pela primeira vez, o que a senhora pensou, sentiu?

Mãe D: — Como assim?

Terapeuta: — Porque a senhora falou assim: ai, como será que é, será que é de verdade? então assim quando a senhora viu que era um cavalo, um cavalo de verdade, pensou, sentiu algum tipo de medo ou de receio, sei lá, algum outro tipo de sentimento?

Mãe D: — Não, eu senti assim bem à vontade, né, quando eu trouxe ela pela primeira vez.

Terapeuta: — Ficou tranqüila?

Mãe D: — Fiquei tranqüila, ainda mais depois que deu certo no caso dela, né, deu, ela desde o primeiro dia ela chegou aqui, chorou, ela foi, não chorou, saiu rindo, batendo palma, então eu vi que ela gostou, né?

Terapeuta: — Qual que é a idade e o sexo dela?

Mãe D: — O sexo dela é feminino, tem três anos.

Terapeuta: — Qual que é o diagnóstico?

Mãe D: — Síndrome de Rett.

Terapeuta: — Ela realiza outras terapias?

Mãe D: — Realiza, ela faz Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Terapeuta: — Há quanto tempo que ela pratica Equoterapia nesse Centro?

Mãe D: — Já tem, vai fazer seis meses, esse mês que vem agora ela já ganha alta, né?

Terapeuta: — Seis meses? Já praticou Equoterapia em outro local?

Mãe D: — Não.

Terapeuta: — Ela apresentou mudanças? A senhora já falou que apresentou, mas quer acrescentar alguma outra melhora que ela tem apresentado, que a senhora acha que a Equoterapia contribuiu?

Mãe D: — Não, ela tá mais quieta, né, ela fica ansiosa, quando é, aqui a gente vê que muito, no carro do centro, eu sinto que ela já sabe que vem pra cá, né, chega aqui rindo.

Terapeuta: — E quando a senhora de repente fala pra ela, não sei se isso já aconteceu, de falar que não vai vir no cavalo, ela demonstra alguma reação?

Mãe D: — Não.

Terapeuta: — Não? Indicaria essa técnica a outras pessoas?

Mãe D: — Indicaria, porque eu gostei muito, sabe?

Terapeuta: — E por que que você indicaria?

Mãe D: — Ah, porque, no meu caso, eu tenho uma vizinha lá que a filha dela tem um ano, né? A menina dela não senta, é mole de tudo, não levanta, e meu bebê tem nove meses, ele já anda segurando nas coisas, mas a menininha dela não, você pega ela assim. Então eu indicaria pra ela, né, como agora eu comentei mesmo com ela que a Equoterapia, né, é mais pra dar equilíbrio pra criança, né? Eu indicaria pra ela.

Terapeuta: — Qual que é a sua idade?

Mãe D: — Vinte e quatro.

Terapeuta: — E escolaridade?

Mãe D: — A minha?

Terapeuta: — É.

Mãe D: — Até a oitava.

Terapeuta: — Oitava série?

Mãe D: — É.

Terapeuta: — Gostaria de fazer algum comentário antes de concluirmos a entrevista?

Mãe D: — Não, nenhum.

Terapeuta: — Não? Obrigada pela sua colaboração.

Mãe E

Terapeuta: — Esteja segura da completa confidencialidade dos dados, para manter seu anonimato, não perguntarei seu nome. Sua participação é voluntária e sua recusa em não responder qualquer pergunta não envolve penalidade, você poderá desistir de participar a qualquer momento. Concorda?

Mãe E: — Sim.

Terapeuta: — Pra você o que é Equoterapia?

Mãe E: — Bom, a Equoterapia a gente vê que é pra ajudar a criança a se exercitar, a melhorar...

Terapeuta: — Melhorar?

Mãe E: — A deficiência física, mais pra quem tem deficiência física ajuda, né? Coordenação motora, problemas de coluna, pra andar e o equilíbrio, ajuda a manter o equilíbrio.

Terapeuta: — E por que que a gente utiliza o cavalo? Você tem alguma idéia?

Mãe E: — Porque diz que o andar do cavalo é mais parecido com o do homem, né, então é aí que ele ajuda mais.

Terapeuta: — Você falou um pouquinho de porque que a Equoterapia é indicada, para crianças que tem alguma deficiência física, pra alguma outra patologia você acha que ela é indicada?

Mãe E: — Eu acho que pra qualquer patologia ela é indicada, pra depressão ajuda bastante também.

Terapeuta: — Quais os benefícios que ela traz de um modo geral?

Mãe E: — Bom, pra G. ajudou muito na postura dela, no modo de ela andar e depois que começou foi, melhorou bastante.

Terapeuta: — Como que você teve conhecimento da Equoterapia?

Mãe E: — Foi através da neurologista.

Terapeuta: — A neurologista que indicou pra você?

Mãe E: — Isso.

Terapeuta: — Então ela te indicou e já te orientou, né?

Mãe E: — É.

Terapeuta: — Foi a primeira vez que você ouviu falar em Equoterapia?

Mãe E: — Foi.

Terapeuta: — E antes de iniciar o tratamento, você acreditava nessa técnica?

Mãe E: — Sim, porque todo mundo que pega num cavalo tem que ter uma postura correta senão não consegue andar.

Terapeuta: — E qual que é a idade e o sexo da sua filha?

Mãe E: — Ela é menina e tá com dez anos agora.

Terapeuta: — Ela realiza outras terapias?

Mãe E: — Sim, faz T.O., faz fisio normal, né, faz com a psico-pedagoga, faz com a psicóloga.

Terapeuta: — E há quanto tempo ela pratica Equoterapia nesse Centro?

Mãe E: — Há dois anos atrás ela praticou mais ou menos uns cinco meses e aí ficamos uns dois anos parados e agora tá um mês e meio mais ou menos.

Terapeuta: — Já praticou Equoterapia em algum local?

Mãe E: — Não, só aqui.

Terapeuta: — Ela apresentou mudanças com o tratamento da Equoterapia?

Mãe E: — Sim, a postura e a forma de andar.

Terapeuta: — Melhorou o equilíbrio?

Mãe E: — Melhorou.

Terapeuta: — Quando ela não pode vir à sessão, ela demonstra algum tipo de reação?

Mãe E: — Ah, ela fica chateada porque ela gosta de montar no cavalo, o exercício ela não gosta muito, ela gosta de montar no cavalo.

Terapeuta: — Você indicaria essa técnica a outra pessoa?

Mãe E: — Ah, sim, com certeza.

Terapeuta: — Por que?

Mãe E: — Porque ele traz muitos benefícios, principalmente crianças que tem problema pra andar, tem deficiência física, ou mesmo psicológica porque melhora um pouco.

Terapeuta: — Qual que é a sua idade?

Mãe E: — Quarenta.

Terapeuta: — Sua escolaridade?

Mãe E: — É, terminei o ginásio.

Terapeuta: — Primeiro grau?

Mãe E: — Primeiro grau.

Terapeuta: — Primeiro grau completo?

Mãe E: — É.

Terapeuta: — Você gostaria de fazer algum comentário antes de a gente concluir essa entrevista?

Mãe E: — Ah, eu acho que todos precisam valorizar, assim, do tempo que tem essa terapia, [...] precisa trazer.

Terapeuta: — Então tá bom, obrigada pela sua colaboração.

Mãe E: — De nada.

Mãe F

Terapeuta: — Esteja segura da completa confidencialidade dos dados, para manter seu anonimato, não perguntarei seu nome. Sua participação é voluntária e sua recusa em responder qualquer pergunta não envolve penalidade. Você poderá desistir de participar a qualquer momento. Concorda?

Mãe F: — Concordo.

Terapeuta: — Pra você o que é Equoterapia?

Mãe F: — Ah, Equoterapia é uma forma de ajudar as crianças especiais, né, porque o cavalo, que eu fiquei sabendo, o cavalo transmite pra criança um, como que eu digo?

Terapeuta: — Estímulo?

Mãe F: — Um estímulo e a criança melhora muito mais rápido, mais facilmente, né?

Terapeuta: — E você sabe, você falou em transmitir um estímulo, pra onde que ela transmite esse estímulo?

Mãe F: — Bom, a criança, ele pelo menos ficou mais calmo depois que ele começou a fazer Equoterapia, ele começou, tudo o que faz com ele no cavalo, ele chega em casa, ele faz sozinho. Põe ele no chão, ele fica sozinho. Porque no cavalo, eles colocam ele de costas, né, então ele vira sozinho, vai andando de costas, tudo o que ele faz no cavalo ele faz só depois.

Terapeuta: — A Equoterapia é indicada para quais diagnósticos ou patologias?

Mãe F: — Ai, eu acho que pra crianças especiais, né, que é o problema dele, problema no andar, ele tem retardamento no cérebro, pra criança que é muito agitada, eu acho que só.

Terapeuta: — Quais os benefícios que a Equoterapia traz? Que tipo de melhora ela traz pra criança ou pra pessoa que faz?

Mãe F: — Ah, fica bem mais calma, fica bem mais fácil pra andar. Ele pelo menos, pra ele tudo ficou melhor depois que ele começou a fazer, melhorou cem por cento as seqüelas.

Terapeuta: — Como que você teve conhecimento sobre a Equoterapia?

Mãe F: — Foi o doutor S., ele, eu marquei uma consulta com ele, ele viu como ele era e pediu pra mim, é, colocar o nome dele na lista de espera da Equoterapia.

Terapeuta: — Então você ficou sabendo da Equoterapia através dele...

Mãe F: — Eu já tinha ouvido falar, né, que passou na televisão, mas ele que orientou.

Terapeuta: — Ah tá. A primeira vez que você ouviu falar então foi através da televisão?

Mãe F: — É.

Terapeuta: — Antes de seu filho iniciar esse tratamento, você acreditava nessa técnica?

Mãe F: — Assim, pelo que eu já tinha visto, eu acreditava, né, mas daquele jeito, né?

Terapeuta: — Qual que é a idade dele?

Mãe F: — Três anos.

Terapeuta: — Qual que é o diagnóstico do seu filho?

Mãe F: — Ele tem retardamento no cérebro. Tudo ele vai fazer, mas tudo bem mais lento que as crianças.

Terapeuta: — Ele realiza outras terapias?

Mãe F: — Ele faz Terapia Ocupacional e Fisioterapia.

Terapeuta: — Há quanto tempo que ele pratica a Equoterapia?

Mãe F: — A Equoterapia há cinco meses.

Terapeuta: — Já praticou em outro local?

Mãe F: — Não.

Terapeuta: — Ele apresentou mudanças com o tratamento?

Mãe F: — Bastante.

Terapeuta: — Que tipo de mudanças?

Mãe F: — Ele já começou a engatinhar. Agora ele quer ficar igual ao cavalo, de quatro, né, ele não engatinha de quatro, ele senta de bundinha e vai arrastando. Ele quer ficar igual ao cavalo e fala: Mãe, vovô, vovô. E tenta ficar de quatro.

Terapeuta: — Já está engatinhando?

Mãe F: — De quatro agora que ele está aprendendo, né? Mas de bunda ele até que vai sozinho. Mais calmo, também, mais calmo, porque ele é muito agitado, ele toma remédio faixa-preta, toma [...] pra acalmar.

Terapeuta: — Quando não pode vir a Equoterapia, você fala pra ele que não vai vir, ele demonstra alguma reação?

Mãe F: — Às vezes. Quando ele não vem, porque ele tá doente, então ele não fica muito ligado, né? Agora quando ele não vem porque acorda tarde, alguma coisa assim, ele fica chamando vovô, vovô, que é o cavalo.

Terapeuta: — E quando você fala pra ele que vai levá-lo para a terapia, para vovô?

Mãe F: — Ele fica todo alegre, ele fica de pezinho assim, esticando.

Terapeuta: — Você indicaria essa técnica a outra pessoa?

Mãe F: — Eu indicaria sim.

Terapeuta: — Por que?

Mãe F: — Eu indicaria pro meu primo, porque ele é muito, muito agitado, ele tem nove anos, ele tem, como que é o nome?

Terapeuta: — Hiperatividade?

Mãe F: — É, ele é hiperativo. Eu indicaria sim.

Terapeuta: — Aham. Qual que é a sua idade?

Mãe F: — Dezenove anos.

Terapeuta: — Sua escolaridade?

Mãe F: — Terminei o segundo grau.

Terapeuta: — Gostaria de fazer algum comentário antes de concluirmos essa entrevista?

Mãe F: — Olha, daqui do Centro de Reabilitação, eu gostaria que tivesse mais tempo, né, porque seis meses é muito pouco, porque é quando a criança está se acostumando mesmo, né, aí mais, né?

Terapeuta: — Aham. Então tá bom, obrigada pela sua colaboração.

Mãe G

Terapeuta: — Esteja segura da completa confidencialidade dos dados, para manter seu anonimato, não perguntarei seu nome. Sua participação é voluntária e sua recusa em responder qualquer pergunta não envolve penalidade. Você poderá desistir de participar a qualquer momento. Concorda?

Mãe G: — Sim.

Terapeuta: — Pra você, o que é Equoterapia?

Mãe G: — Ah, a Equoterapia é um tratamento, eu acho que vai desenvolver os nervos, né, a postura dele, né?

Terapeuta: — Sim. E você tem idéia por que que a gente usa o cavalo pra fazer a Equoterapia?

Mãe G: — Eu acho que seja pra desenvolver, né, a coordenação-motora, os nervos.

Terapeuta: — A Equoterapia, ela é indicada para quais diagnósticos ou patologias?

Mãe G: — Bom, no caso do meu é paralisia cerebral, né?

Terapeuta: — E tem algum outro tipo de dificuldade que é indicada pra Equoterapia? Que a senhora acha que ela serve?

Mãe G: — Eu acho que seja pra quem tem deficiência física, né?

Terapeuta: — Quais os benefícios que a Equoterapia pode trazer para a criança que faz? No que que ela ajuda, o que a Equoterapia melhora?

Mãe G: — Vai desenvolver, né, no desenvolvimento da criança. Eu acho que vai ajudar o desenvolvimento físico, desenvolvimento físico, desenvolvimento motor da criança.

Terapeuta: — Como que você teve conhecimento da Equoterapia?

Mãe G: — Olha, a primeira vez eu vi pela televisão, né? No caso do super-homem que fazia e de profissional também.

Terapeuta: — Alguém te orientou a procurar esse tratamento?

Mãe G: — Sim.

Terapeuta: — Quem foi?

Mãe G: — A fonoaudióloga dele.

Terapeuta: — Antes de seu filho iniciar esse tratamento, você acreditava nessa técnica?

Mãe G: — Sim.

Terapeuta: — Qual que é a idade dele?

Mãe G: — Dez anos.

Terapeuta: — Qual que é o diagnóstico?

Mãe G: — Paralisia Cerebral.

Terapeuta: — Ele realiza alguma outra terapia?

Mãe G: — Sim.

Terapeuta: — Quais?

Mãe G: — Ele faz Fisioterapia, faz fono, faz T.O., arte, né?

Terapeuta: — Arte-terapia?

Mãe G: — Arte-terapia.

Terapeuta: — É praticamente quase todas as terapias, né?

Mãe G: — Sim.

Terapeuta: — Há quanto tempo que seu filho pratica Equoterapia nesse centro?

Mãe G: — Olha, já faz, aqui? É. Tem quatro meses.

Terapeuta: — Já praticou em outro local?

Mãe G: — Não.

Terapeuta: — Ele apresentou mudanças com o tratamento de Equoterapia?

Mãe G: — Mudou.

Terapeuta: — O que que você acha que ele mudou aqui?

Mãe G: — Olha, ele tinha muito, torcia muito o braço assim, eu acho que melhorou muito.

Terapeuta: — Ficava duro o braço?

Mãe G: — É. Até na, como se diz, era muito nervoso, range muito os dentes, até nisso ele melhorou.

Terapeuta: — Tá mais tranqüilo?

Mãe G: — Tá mais tranqüilo.

Terapeuta: — Mais alguma coisa que você lembra?

Mãe G: — Não.

Terapeuta: — Quando ele não pode vir para a terapia, ele demonstra algum tipo de reação?

Mãe G: — Demonstra.

Terapeuta: — Que reação?

Mãe G: — Fica zangado, ele gosta de vir.

Terapeuta: — Quando você fala que tá vindo pra cá ele fica...

Mãe G: — Fica contente.

Terapeuta: — Você indicaria essa terapia pra outras pessoas?

Mãe G: — Sim.

Terapeuta: — Por que?

Mãe G: — Ah, eu acho que ajuda muito, melhora muito.

Terapeuta: — Qual é a sua idade?

Mãe G: — Eu tenho vinte e nove anos.

Terapeuta: — Sua escolaridade?

Mãe G: — Quarta-série.

Terapeuta: — Você gostaria de fazer algum comentário antes de concluir essa entrevista?

Mãe G: — Não.

Terapeuta: — Tá bom, obrigada.

Mãe H

Terapeuta: — Esteja segura da completa confidencialidade dos dados, para manter seu anonimato, não perguntarei seu nome. Sua participação é voluntária e sua recusa em não responder qualquer pergunta não envolve penalidade. Você poderá desistir de participar a qualquer momento. Concorda?

Mãe H: — Sim.

Terapeuta: — Para você, o que é Equoterapia?

Mãe H: — Pra mim essa Equoterapia é uma, Equoterapia fora do ambiente, onde todo mundo fica, é melhor, o ambiente melhor, mais aberto, mais livre, que, melhor pra gente, né, um verde, todo mundo vendo, maravilha.

Terapeuta: — E a Equoterapia a gente utiliza o cavalo, né?

Mãe H: — É, o cavalo, e não fica, sai do daquele centro, daquele movimento, daquele barulho de carro, daquele trânsito total, um ambiente melhor.

Terapeuta: — E você tem idéia por que que a gente usa o cavalo nessa terapia? o que o cavalo faz?

Mãe H: — Eu acho assim, que com o movimento do cavalo, a criança vai tendo mais equilíbrio quando for, cada movimento que ele faz pro lado que ele tá indo, a criança vai vê que não vai à força, ele vai tentando segurar melhor, no corpo, conseguir firmar em cima do cavalo em cada passo que o cavalo vai dando, né?

Terapeuta: — Então ela trabalha o equilíbrio?

Mãe H: — O equilíbrio da criança.

Terapeuta: — E mais alguma coisa, você acha algo mais que ela traz?

Mãe H: — Fica mais calma, volta a firmar melhor, a criança fica mais calma, mais alegre.

Terapeuta: — E pra qual tipo de diagnóstico ou patologia é indicada a Equoterapia?

Mãe H: — Eu acho que pra todo tipo.

Terapeuta: — Tipo o que? Diga alguns pra mim.

Mãe H: — A pra mim, o que a minha filha tem, Paralisia Cerebral, né, e tem uns que é Paralisia Cerebral, encefalia, muito encefalia, né, [...] é, Síndrome de Down, também problema de coluna, também é muito bom.

Terapeuta: — Como que você teve conhecimento da Equoterapia, quando que você ouviu falar pela primeira vez da Equoterapia?

Mãe H: — É a terapeuta da minha filha, que ela é terapeuta ocupacional, ela me falou sobre

isso e me fez o encaminhamento, falou com quem eu falava, aí eu fui, levei o papel tudinho com o encaminhamento.

Terapeuta: — Foi a própria terapeuta ocupacional que te falou da Equoterapia pela primeira vez e fez o encaminhamento?

Mãe H: — Já fez o encaminhamento.

Terapeuta: — Antes de sua filha iniciar esse tratamento, você acreditava nessa técnica?

Mãe H: — Mais ou menos, porque só falar, a gente não fica muito confiante, a gente fica mais confiando você vendo, você ver resultado, então se alguém falar não basta, basta você ver, então no dia-a-dia você vai confiando, mas só de falar você não confia muito não.

Terapeuta: — E quais os resultados que ela já trouxe pra sua filha, você consegue me identificar isso?

Mãe H: — Pra minha filha, ela tá mais firme, porque ela não governa, não governava de maneira nenhuma, o pé era totalmente mole, a partir de quando ela começou a fazer, ela governa mais, ela levanta mais o pescoço, a vista dela, ela abre mais, porque ela ficava assim bem fechadinho, ela já abre mais, ela fica calma, porque ela chorava muito, muito, muito mesmo. Até pra fazer a Fisioterapia mesmo no centro, ela chorava bastante, agora ela não chora mais, ela aceita numa boa, e porque faz muito pouco tempo, né, só tem três meses.

Terapeuta: — É, qual é a idade dela?

Mãe H: — Três anos.

Terapeuta: — A quanto tempo ela tá praticando a Equoterapia aqui?

Mãe H: — Três meses já.

Terapeuta: — E ela já praticou em outro lugar?

Mãe H: — Não, a primeira vez aqui.

Terapeuta: — Quando ela não pode vir pra Equoterapia, ela demonstra algum tipo de reação?

Mãe H: — Ah, ela fica enjoada. O dia que ela não vem pra cá começa a chorar, fica chorando, você já pode saber que é porque ela não vem pra cá.

Terapeuta: — Quando você fala que ela vai vir, ela demonstra?

Mãe H: — Demonstra, fala que vai vir pra cá, ela começa a rir, ela fica ansiosa pra chegar, mas quando ela vai subir no cavalo, que ela sabe que é a vez dela, ela fica alegre, totalmente alegre quando vai em cima do cavalo.

Terapeuta: — Você indicaria essa técnica para outras pessoas?

Mãe H: — Com certeza.

Terapeuta: — Por que?

Mãe H: — Porque eu acho que é a melhor terapia que tem pra criança, o desenvolvimento completo que tem, porque trabalho muito, braço, perna, o movimento, trabalha tudo, todos os movimentos da criança a Equoterapia traz benefício.

Terapeuta: — Qual que é a sua idade?

Mãe H: — Dezenove.

Terapeuta: — Escolaridade?

Mãe H: — Parei no primeiro, primeiro ano completo.

Terapeuta: — Primeiro ano do segundo?

Mãe H: — Primeiro ano do segundo-grau completo.

Terapeuta: — Você gostaria de fazer algum comentário antes de concluirmos essa entrevista?

Mãe H: — Que tipo...

Terapeuta: — Você quer acrescentar alguma coisa no que eu te perguntei, no que você falou?

Mãe H: — Eu acho que a Fisioterapia é muito bom, né, porque pra nós mães, a gente fica muito alegre com isso, porque a gente vê a filha, nossa criança, que fica alegre, vê o trabalho, pra ir quando chega dia, fica toda ansiosa, é muito bom.

Terapeuta: — Então quando você vê a felicidade no rosto dela, você também fica muito feliz?

Mãe H: — Também fico, porque a nossa alegria de mãe é ver a nossa criança feliz, quando a gente vê que a nossa criança tá feliz, a gente também tá feliz.

Terapeuta: — Então tá bom, obrigada pela sua colaboração.

Mãe H: — Por nada.

Mãe I

Terapeuta: — Esteja segura da completa confidencialidade dos dados, para manter seu anonimato, não perguntarei seu nome. Sua participação é voluntária e sua recusa em não responder qualquer pergunta não envolve penalidade. Você poderá desistir de participar a qualquer momento. Concorda?

Mãe I: — Concordo.

Terapeuta: — Pra você o que é Equoterapia?

Mãe I: — É...

Terapeuta: — O que que é Equoterapia? uma terapia que faz o que?

Mãe I: — Bom, pra falar a verdade esse daí, também eles veio, aqui pra Equoterapia, que a menina encaminhou, mas sobre esse aí eu nunca, nunca...

Terapeuta: — Recebeu nenhum tipo de informação?

Mãe I: — Não.

Terapeuta: — E do que a senhora vê, o que a senhora imagina, o que a senhora está achando? Usa o cavalo, e por a senhora acha que usa o cavalo, a senhora tem idéia?

Mãe I: — Não.

Terapeuta: — Não tem idéia por que usa?

Mãe I: — Não.

Terapeuta: — A senhora tomou conhecimento da Equoterapia através do que? Como que a senhora ouviu falar a primeira vez sobre a Equoterapia?

Mãe I: — A primeira vez eu ouvi falar na escola da T..

Terapeuta: — Na escola?

Mãe I: — É.

Terapeuta: — Onde ela estuda?

Mãe I: — No Livre Aprender.

Terapeuta: — Hãh...

Mãe I: — E as crianças faziam, né, Equoterapia, tudo, só que a T., ela faz Terapia Ocupacional no Centro de Reabilitação.

Terapeuta: — Sim.

Mãe I: — Aí quem encaminhou ela pra cá foi a M..

Terapeuta: — A M. é o que?

Mãe I: — A M. é da Terapia Ocupacional.

Terapeuta: — Ela que encaminhou, ela que indicou pra aqui?

Mãe I: — É.

Terapeuta: — E até então a senhora não sabia o que era a Equoterapia?

Mãe I: — Não, não.

Terapeuta: — E quando ela te indicou, ela não falou por que seria bom para a T.?

Mãe I: — Ah, ela falou assim, que era bom pra desenvolver, né, pra deixar assim a criança mais calma, só assim que ela falou, né?

Terapeuta: — Desenvolver em que sentido que ela falou? Desenvolver o que?

Mãe I: — Ela só falou em desenvolver e deixar a criança mais calma, né? Foi o que ela falou pra mim.

Terapeuta: — E a senhora acha que a Equoterapia serve pra que tipo de pessoas? Que tipo de diagnóstico, que tipo de situação a gente precisa indicar a Equoterapia?

Mãe I: — Sei lá, pra encaminhar pra Equoterapia são as crianças, é, especial, né? No caso de T., dela o que ela tem é hidrocefalia, ela tem hidrocefalia.

Terapeuta: — Sim. E ela tem quantos anos, a T.?

Mãe I: — Ela tem onze.

Terapeuta: — Tem onze anos?

Mãe I: — É.

Terapeuta: — E há quanto tempo que ela tá fazendo a Equoterapia?

Mãe I: — Vai fazer seis meses agora.

Terapeuta: — E o único lugar que ela já fez é aqui?

Mãe I: — Aqui.

Terapeuta: — E ela apresentou alguma mudança, alguma melhora depois que ela começou a fazer?

Mãe I: — Eu acho que ela apresentou, né, porque ela ficou mais calma, ficou mais, assim, presta mais atenção no estudo, assim, eu acho que foi uma melhora boa pra ela, a Equoterapia.

Terapeuta: — Melhorou a atenção dela?

Mãe I: — A atenção dela, é.

Terapeuta: — E ela realiza, faz outras terapias? A senhora falou que ela faz Terapia Ocupacional...

Mãe I: — Ela faz Terapia Ocupacional, faz fono e ela, eles encaminharam pra psicóloga, né, talvez consigam vaga pro psicólogo, pra ela.

Terapeuta: — E quando ela não pode vir pra terapia, ela demonstra algum tipo de reação?

Mãe I: — Não.

Terapeuta: — E quando a senhora fala que vai vir, ela demonstra?

Mãe I: — Ela fica alegre, fica animada.

Terapeuta: — Ela gosta?

Mãe I: — Gosta, adora fazer.

Terapeuta: — A senhora indicaria essa técnica para outras pessoas?

Mãe I: — Eu já indiquei.

Terapeuta: — Já indicou? Por quê a senhora indicou?

Mãe I: — Eu indiquei por causa de T., né, que eu vi que ela melhorou bastante depois que entrou na Equoterapia, ela melhorou muito, até um, duas, foi eu que marquei já com a Silvia, pra...

Terapeuta: — Ah é?

Mãe I: — É, só falta avaliar.

Terapeuta: — E essas crianças tem o que? A senhora sabe?

Mãe I: — Não. Eu sei que uma é, não lembro mais não. Eu sei que nenhuma das duas não anda.

Terapeuta: — Qual que é a idade da senhora?

Mãe I: — Já tenho cinquenta anos.

Terapeuta: — E escolaridade?

Mãe I: — Ah, eu tenho, tenho pouco.

Terapeuta: — Até que série a senhora estudou?

Mãe I: — A terceira, só.

Terapeuta: — Terceira série?

Mãe I: — Terceiro ano, aqui no primário.

Terapeuta: — E a senhora gostaria de fazer algum comentário antes de a gente concluir essa entrevista?

Mãe I: — Comentário assim como?

Terapeuta: — Acrescentar alguma coisa na sua fala?

Mãe I: — Não.

Terapeuta: — Não?

Mãe I: — Não.

Terapeuta: — Então tá bom, muito obrigada.

Mãe J

Terapeuta: — Esteja segura da completa confidencialidade dos dados, para manter seu anonimato, não perguntarei seu nome. Sua participação é voluntária e sua recusa em não responder qualquer pergunta não envolve penalidade. Você poderá desistir de participar a qualquer momento. Concorda?

Mãe J: — Concordo.

Terapeuta: — Pra você o que é Equoterapia?

Mãe J: — É, eu não sei em termos teóricos, né, mas da forma que eu sei, é um exercício, como vou dizer...

Terapeuta: — Uma terapia.

Mãe J: — Uma terapia, isso né, que desenvolve a mente da pessoa, principalmente das pessoas que precisam de cuidados especiais, né, pras pessoas especiais, e também pra pessoas normais, né, pra estimular a postura, comportamento, eu vejo dessa maneira.

Terapeuta: — A Equoterapia utiliza o cavalo, né, como instrumento, você sabe por que a gente usa o cavalo na Equoterapia?

Mãe J: — Não sei.

Terapeuta: — Que benefício que ele traz pra criança?

Mãe J: — Bom, não sei assim em partes, né, eu acho que porque é animal, no meu ver, né, criança gosta muito de animais, agora não sei se é correto isso, é o que eu imagino.

Terapeuta: — E você acha que ela é indicada pra que tipo de pessoas?

Mãe J: — Como eu já falei, a primeira e pessoas deficientes e também pessoas normais.

Terapeuta: — E que tipo de benefício que ela traz pra pessoa que pratica a Equoterapia?

Mãe J: — No caso do meu filho, vou falar no caso dele, ela traz assim, melhorou a postura dele, o comportamento dele, quando ele vem aqui é uma criança mais calma, mais relaxada, só isso eu tô percebendo.

Terapeuta: — E como que você ouviu falar em Equoterapia pela primeira vez?

Mãe J: — Televisão.

Terapeuta: — Na televisão? foi uma reportagem?

Mãe J: — Reportagem.

Terapeuta: — Faz tempo isso?

Mãe J: — Já faz, faz uma média de três anos, quatro anos atrás.

Terapeuta: — E alguém lhe orientou a procurar esse atendimento?

Mãe J: — Não, eu corri atrás. Eu vi isso aí, imaginei no meu filho, né, eu fui atrás.

Terapeuta: — Aí você foi procurar se era indicada pra ele?

Mãe J: — Se era indicada pra ele.

Terapeuta: — E você conseguiu resposta?

Mãe J: — Além de ir atrás, eu perguntei também pra, como é que fala a médica, a neurologista dele, ela estimulou também que é uma terapia boa, e eu fui atrás.

Terapeuta: — E você começou a fazer Equoterapia quando? Você foi atrás há quatro anos atrás?

Mãe J: — Há quatro anos atrás.

Terapeuta: — Conseguiu na época?

Mãe J: — Consegui assim uma média de seis meses, ficou parado dois anos, porque é meu marido que sempre me leva, né, e às vezes não dava certo, paramos, por dois anos nós não fizemos, nós começamos aqui de novo só tem seis meses.

Terapeuta: — E aonde que ele praticou antes?

Mãe J: — Lá no Cristo Rei.

Terapeuta: — A Várzea Grande?

Mãe J: — É, em Várzea Grande.

Terapeuta: — Qual que é a idade dele?

Mãe J: — Nove anos.

Terapeuta: — O diagnóstico dele, qual é?

Mãe J: — Dele foi infecção por toxoplasmose na gravidez, ele era, é uma criança, só que minha, nasceram com seis meses, só que minha filha viveu somente um dia, aí ficou o Gabriel, no período de seis meses de vida ele operou da hérnia também, quase eu perdi ele, deu parada cardíaco-respiratória, é isso aí, foi por causa da toxoplasmose que deu seqüela nele.

Terapeuta: — E ele realiza outras terapias além da Equoterapia?

Mãe J: — Realiza. Ele já fez, ele faz Fisioterapia motora, hidroterapia, Fonoaudiologia ele já teve alta, ele já teve uma época Terapia Ocupacional, e agora tá parado.

Terapeuta: — Qual que é a idade dele?

Mãe J: — Nove anos.

Terapeuta: — Nove anos.

Terapeuta: — Ele apresentou mudanças no tratamento, você até comentou no início da nossa conversa...

Mãe J: — Bastante, bastante.

Terapeuta: — Ocê acha que ele apresentou bastante?

Mãe J: — Inclusive eu gosto até mais da Equoterapia do que a motora, só que diz que são duas, como fala?

Terapeuta: — Terapias complementares.

Mãe J: — Complementares, eu queria até parar com a motora, mas falaram que não, que não tem nada a ver uma coisa com outra coisa.

Terapeuta: — Quando ele não pode vir pra Equoterapia, ele demonstra algum tipo de reação?

Mãe J: — Não, o G., ele tem muito pouca reação. Ele ouve pouco, ele vê pouco, mas assim, em vista do passado, ele já melhorou bastante. Hoje a gente fala com ele assim, ele já tem mais expressão no olhar, eu coloco no quatinho dele, quer dizer, nosso quarto, que a cama dele é grudada, do lado da cama dele bastante bichinhos assim, bem coloridinhos, ele, até o meu marido estava comentando esses dias, que agora ele tem mais gesto assim pra virar o pescocinho de lado, hoje já está mais virando a cabecinha, ele está mais participativo.

Terapeuta: — E quando você fala pra ele que não vai vir, que vai vir no cavalo, né, você fala pra ele, a gente vai na Equoterapia, no cavalo?

Mãe J: — Não, mas ele não entende. A reação dele é assim, porque ele vê, né, os lábios da gente, ou escuta muito pouco alguma coisa assim, aí ele tem uma expressão de querer conversar, ele resmunga, ele sorri pra você, mas entender mesmo o que eu tô falando, ele não entende.

Terapeuta: — Você indicaria essa técnica pra outras pessoas?

Mãe J: — Ah, com certeza.

Terapeuta: — É? Por que?

Mãe J: — Ah, porque eu tô vendo resultados excelentes pro meu filho.

Terapeuta: — E você acreditava nessa técnica antes de começar a...

Mãe J: — Acreditei pelo que eu vi na televisão, né, como que a pessoa era, como ela andava, eu falei assim, quem sabe é a última esperança pra meu filho.

Terapeuta: — Qual que é a sua idade?

Mãe J: — Eu tenho quarenta e oito.

Terapeuta: — Qual que é a sua escolaridade?

Mãe J: — Eu tenho superior, curso superior.

Terapeuta: — Você trabalha?

Mãe J: — Não, agora sou dona de casa só, por causa dele.

Terapeuta: — Você gostaria de fazer algum comentário antes de a gente concluir essa entrevista?

Mãe J: — Que tipo de comentário?

Terapeuta: — Acrescentar alguma coisa ao que você falou, que eu te perguntei?

Mãe J: — Não, eu acho que tá tudo bem claro.

Terapeuta: — AH, então tá bom, mãe, obrigado pela sua colaboração.

Mãe K

Terapeuta: — Esteja segura da completa confidencialidade dos dados, para manter seu anonimato, não perguntarei seu nome. Sua participação é voluntária e sua recusa em não responder qualquer pergunta não envolve penalidade. Você poderá desistir de participar a qualquer momento. Concorda?

Mãe K: — Aham.

Terapeuta: — Pra você o que é Equoterapia?

Mãe K: — Ah, pra mim foi muito importante a Equoterapia pra minha menina, né, porque a Equoterapia ajudou ela a ficar mais equilibrada.

Terapeuta: — Melhorou o equilíbrio?

Mãe K: — Melhorou o equilíbrio, ela consegue ficar mais tempo sentada.

Terapeuta: — E na Equoterapia a gente usa o cavalo, né?

Mãe K: — Aham.

Terapeuta: — A senhora sabe por que a gente usa o cavalo na Equoterapia?

Mãe K: — Eu não.

Terapeuta: — Não? O que a senhora imagina?

Mãe K: — Eu penso que é assim, que cada passo que o cavalo dá, eu penso que é um movimento que está assim, é, como posso dizer, que vai, cada movimentação do cavalo, movimentar nela, cada passo que dá é uma coisa que vai desenvolver mais nela. É o que eu penso.

Terapeuta: — Estimula...

Mãe K: — Estimulando, né?

Terapeuta: — E ela é indicada pra que tipo de diagnóstico, de patologia, a Equoterapia?

Mãe K: — É pra, como, pra criança com, assim, se a criança não tem equilíbrio, é pra olhar assim, numa direção mais firme, pra criança.

Terapeuta: — A visão?

Mãe K: — É, pra criança assim que não consegue, a se fixar numa coisa, daí eu penso que ela melhora também, porque ela vai andando reto, né? Não sei se é isso.

Terapeuta: — Mas que tipo de patologia, que tipo de dificuldade, que tipo de pessoas é bom fazer Equoterapia, seria indicado assim?

Mãe K: — Eu acho que não só pra criança especial, mas também pra outras crianças, né? Porque criança que é muito ativa é bom fazer também, né?

Terapeuta: — Crianças especiais e...

Mãe K: — E também normal.

Terapeuta: — Aham.

Terapeuta: — Como que você teve conhecimento da Equoterapia pela primeira vez?

Mãe K: — Pela primeira vez eu tive na televisão mesmo, que era uma entrevista, eu assisti, aí eu fiquei apaixonada pra A. fazer, aí um dia nós estávamos, porque ela faz Fisioterapia no

Centro de Reabilitação, né, aí E. falou: Mãe, porque A. é muito assim, quer tudo, né, não para um segundo, só fica movimentando o tempo inteirinho, aí que seria o ideal, que seria pra A. a Equoterapia, né? Aí a gente conseguiu.

Terapeuta: — E antes de iniciar esse tratamento, a senhora acreditava nessa técnica?

Mãe K: — Ah, eu acreditava por ver a entrevista, né, porque a pessoa não ia falar uma coisa que não acontecia, né?

Terapeuta: — Qual que é a idade da A.?

Mãe K: — Oito anos.

Terapeuta: — E qual que é o diagnóstico dela?

Mãe K: — Ela, ela tem atraso em tudo, né? É, atraso no corpo frontal, caloso, [...] da parte frontal.

Terapeuta: — E o que aconteceu que ela ficou assim, foi no nascimento?

Mãe K: — Nascimento, quando ela nasceu o doutor falou que foi oxigênio, faltou oxigênio e também é, faltou, acompanhamento assim, imediatamente quando ela nasceu, né, precisava que ele socorria ela mais rápido e o pediatra também não tava na hora, até o doutor P. falou assim se quisesse processar o hospital e os médicos, também poderia.

Terapeuta: — Aham.

Mãe K: — Só que a gente não mexeu com nada disso. Porque ela, houve negligência na hora do parto, porque o pediatra nem tava lá, depois que as enfermeira socorreu, ela nasceu [...] roxa.

Terapeuta: — E ela foi pra UTI?

Mãe K: — Ela foi pra UTI vinte e nove dias, aí lá ela teve uma parada, duas paradas respiratórias. Depois que ela ficou internada assim, por, por doença, só dois anos que veio apresentar convulsão [...].

Terapeuta: — E ela toma medicamento controlado?

Mãe K: — Toma três medicamentos.

Terapeuta: — E ela realiza outras terapias além da Equoterapia?

Mãe K: — T.O. e fono.

Terapeuta: — Fisioterapia ela não faz?

Mãe K: — Não faz, depois que ela começou a andar, daí depois deu alta pra ela.

Terapeuta: — E há quanto tempo que ela pratica Equoterapia aqui?

Mãe K: — Seis meses, né?

Terapeuta: — Já praticou noutro local?

Mãe K: — Não, nunca praticou. Foi indicada só esta aqui que era a melhor, porque os fisioterapeutas que fica junto e tem, tem tudinho aqui pra acompanhar, ia lá pro Cristo Rei, mas falou assim, lá não, não é que não seja bom, né, só que não tem assim, acompanhamento, às vezes, né...

Terapeuta: — Do profissional de saúde.

Mãe K: — Isso.

Terapeuta: — E ela apresentou mudanças com o tratamento da Equoterapia?

Mãe K: — Eu acho que apresentou. É? Eu tenho certeza que apresentou, porque daí ela ficava, ela não gostava muito de sentar, né, assim, de sentar pra assistir, daí ela senta mais um pouco, ela procura se ela escolhe mais a revista, ela consegue olhar assim, e antes ela não olhava. E ela é tão apaixonada pelo cavalo, né, e daí quando terminou daí ela ficava assim, né, daí meu filho falava: Eh, cabocla boa. Daí ela pegava uma vassoura, ponha na perna e saía. Por isso que eu falo que ela gostava do cavalo, gosta do cavalo.

Terapeuta: — E quando ela não pode vir pra Equoterapia, ela demonstra alguma reação?

Mãe K: — Ah, eu penso que sim, né, porque é igual no colégio, quando ela não vai no colégio, aí ela pega a mochila dela, ela fica, aí ela desce até lá em baixo. Eu não sei se é devido ser assim de manhã, né, porque quando a gente fala: Levanta A., vamos, acorda A., nós já vamos andar a cavalo A.. Aí ela dá um sorriso. Eu acho que ela entende.

Terapeuta: — E você indicaria essa técnica pra outras pessoas?

Mãe K: — Ah, eu falo lá pras coleguinhas dela lá no Centro de Reabilitação. Ela tem um amigo que faz, o coleguinha dela só que faz lá no Cristo Rei. Eu falo que é muito bom, até a mãe da P. tá trazendo ela aqui agora.

Terapeuta: — Qual é a sua idade?

Mãe K: — Quarenta e seis.

Terapeuta: — Qual que é a sua escolaridade?

Mãe K: — É segundo-grau incompleto.

Terapeuta: — E a senhora trabalha?

Mãe K: — Sou do lar mesmo.

Terapeuta: — Gostaria de fazer algum comentário antes de a gente concluir essa entrevista?

Mãe K: — Ah, comentário, eu só tenho a agradecer todos vocês por oportunidade, né, de, de acolher essas crianças especiais com carinho, e que ela também, né, não venha a parar porque é muito bom a Equoterapia.

Terapeuta: — Ah, então muito obrigada pela sua colaboração, mãe.

Mãe L

Terapeuta: — Participante um, esteja segura da completa confidencialidade dos dados, para manter seu anonimato, não perguntarei seu nome. Sua participação é voluntária e sua recusa em responder qualquer pergunta não envolve penalidade. Você poderá desistir de participar a qualquer momento. Concorda?

Mãe L: — Sim.

Terapeuta: — Pra você o que é Equoterapia?

Mãe L: — Eu acho que é um contato com o equilíbrio do ser humano, do corpo e mente e

animal, tanto com o cavalo como com o golfinho, que eu tenho contato com cavalo, já andei desde criança, então a gente que anda sabe, não sei nem com palavras dizer o que é, mas é um complemento pra dar um equilíbrio mental e físico.

Terapeuta: — É... você sabe por que que a gente utiliza o cavalo como recurso terapêutico?

Mãe L: — Eu, completamente eu não sei, eu sei pelo que eu tenho de experiência própria minha e do que eu vi o meu filho, né?

Terapeuta: — Aham. A Equoterapia é indicada para quais diagnósticos ou patologias?

Mãe L: — A Equoterapia é indicada para todos os tipos de problemas mentais, físicos, desequilíbrios emocionais, inclusive para pessoas nervosas, agitadas. O hipismo, as pessoas que fazem o hipismo, que não é esse, com o cavalo, são pessoas muito mais equilibradas.

Terapeuta: — Aham. Quais os benefícios que a Equoterapia pode trazer às pessoas que a praticam?

Mãe L: — É o relaxamento mesmo, é o equilíbrio corpo e mente.

Terapeuta: — Como você obteve conhecimento da Equoterapia?

Mãe L: — Eu obtive conhecimento através das viagens que eu fiz fora e antes de o meu filho nascer, de algumas outras crianças que a gente teve contato, que precisavam da Equoterapia. A pedido do doutor também que eu fui atrás.

Terapeuta: — O médico então que...

Mãe L: — O doutor S. e os médicos todos que eu tive contato, a fono e a fisio, pediram a Equoterapia.

Terapeuta: — Antes de o seu filho iniciar esse tratamento, você acreditava nessa técnica?

Mãe L: — Com certeza.

Terapeuta: — Qual a idade e o sexo do seu filho?

Mãe L: — O Mateus tem sete anos e é sexo masculino.

Terapeuta: — Seu filho realiza outras terapias? Quais?

Mãe L: — A Terapia Ocupacional em casa, a fono, a fisio e a natação.

Terapeuta: — Qual o diagnóstico do seu filho?

Mãe L: — Ele não tem diagnóstico fechado, ele tem a seqüela sem a causa ainda, não sabem o que é.

Terapeuta: — Qual a seqüela dele?

Mãe L: — Não sabem ao certo que seqüela é, é uma seqüela de alguma coisa, tem uma lesão que não aparece nos exames, os exames dá tudo normal, mas é um atraso psicomotor.

Terapeuta: — Há quanto tempo seu filho pratica Equoterapia nesse Centro?

Mãe L: — Há um mês nesse centro.

Terapeuta: — Já praticou Equoterapia em outro local?

Mãe L: — Já em dois locais, começou a Equoterapia com três anos e meio.

Terapeuta: — Por quê você optou por esse centro? por que você fez essa mudança?

Mãe L: — Pelo local, assim, que dá um relaxamento, você chega aqui é tudo limpinho, é um contato com a natureza, o espaço. Onde ele tava tinha um cheiro muito ruim, o calor muito grande, era, tinha asfalto, entendeu? Pelo local e por vocês, pelos profissionais que eu me informei.

Terapeuta: — Que tipo de informação que você recebeu com relação aos profissionais?

Mãe L: — Eu perguntei pras mães, pra ver quem tinha os filhos aqui como que tava sendo o trabalho e eu já tentei antigamente trabalhar aqui, só que não batia os horários do meu filho com aqui, daí eu tive que procurar outro lugar.

Terapeuta: — Seu filho apresentou mudanças com o tratamento de Equoterapia?

Mãe L: — Com certeza, ele ficou muito mais calmo, ele sai daqui, ele fica super relaxado, é só vendo, não tem como falar.

Terapeuta: — E em termos de desenvolvimento psicomotor, você acredita que ele teve melhoras em relação a essa prática de Equoterapia?

Mãe L: — Com certeza, antes de ele entrar na Equoterapia, ele arrancava todos os cabelos do cavalo no começo, ele tinha irritação, só de ele passar perto do cavalo, ter um contato com o animal na tevê, alguma coisa, ele fica super feliz, e dá uma tranquilidade total.

Terapeuta: — Quando impossibilitado de ir a sessão, seu filho manifesta algum tipo de reação?

Mãe L: — Ele não tem noção do dia que é, mas se a gente falar, vamos andar a cavalo hoje, ele já quer sair, se não chavear a porta ele sai pra fora e quer ir logo.

Terapeuta: — Indicaria essa técnica a outras pessoas?

Mãe L: — Com certeza, pra qualquer pessoa. A Equoterapia é bom para as pessoas com problemas mentais como pras pessoas com problemas psicológicos. No mundo que nós estamos vivendo é cada vez mais necessário.

Terapeuta: — Qual a sua idade?

Mãe L: — Trinta e nove anos.

Terapeuta: — Qual que é a sua escolaridade?

Mãe L: — Eu tenho duas faculdades incompletas.

Terapeuta: — Em qual curso?

Mãe L: — É Administração e Educação Física.

Terapeuta: — Gostaria de fazer algum comentário antes de concluirmos a entrevista?

Mãe L: — Eu acho que a Equoterapia teria que ser mais divulgada, e o centro aqui é muito especial, eu acho que como muita gente, ao invés de procurar outras coisas, andar a cavalo, meia hora, uma vez na semana já ajudaria muitas mães, muitos pais, o pai acompanhar o filho, tudo isso aí.

Terapeuta: — Então tá bom, obrigada.

Mãe M

Terapeuta: — Esteja segura da completa confidencialidade dos dados, para manter seu anonimato, não perguntarei seu nome. Sua participação é voluntária e sua recusa em não responder qualquer pergunta não envolve penalidade. Você poderá desistir de participar a qualquer momento. Concorda?

Mãe M: — Concordo.

Terapeuta: — Pra você o que é Equoterapia?

Mãe M: — A terapia, terapia em cima do cavalo envolvendo uma ou mais especialidades, acompanhamento de psicólogos, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta, ou seja, além de ela trabalhar a parte motora, ela trabalha também a parte ocupacional e psicológica. É como eu conheço a Equoterapia.

Terapeuta: — E você acha que ela é indicada pra que tipo de patologia ou diagnóstico?

Mãe M: — Pelo tipo de conhecimento que eu tenho, aparentemente pra todo e qualquer tipo de patologia que permita que a pessoa possa pelo menos se manter, com a acompanhante ou não, em cima do cavalo. No nosso caso pra Síndrome de Down, pra distúrbios neurológicos diversos, tipo transtornos mentais, transtornos motores, enfim, eu conheço ela como indicada pra quase todos os tipos de patologia, desde que, né, a pessoa possa estar sendo colocada em cima do cavalo.

Terapeuta: — E que benefício que ela traz?

Mãe M: — Falando do meu caso específico, ganho motor, né, equilíbrio, tônus e assim, na parte psíquica, um ganho considerável em auto-afirmação, em equilíbrio mesmo emocional. Eu acho que ela envolve além de um ganho motor o emocional.

Terapeuta: — Como que você teve conhecimento da Equoterapia pela primeira vez?

Mãe M: — Da primeira vez, como uma matéria de TV, né, num desses programas de jornalismo. Assim, depois disso, tenho interesse pela necessidade, né, até chegar nosso filho, e do filho, através de um folder, né, fiz um contato e favoreceu o rancho.

Terapeuta: — Esse folder era do próprio Rancho Dourado?

Mãe M: — Do próprio Rancho Dourado.

Terapeuta: — Alguém te orientou a procurar esse tipo de terapia?

Mãe M: — O pediatra já me disse e depois trocando idéias com um neurologista e também com a fisioterapeuta de campo motor.

Terapeuta: — Antes de seu filho iniciar esse tratamento, você acreditava nessa técnica?

Mãe M: — Sempre. Não sei se por ser, eu tive uma infância ligada à fazenda e hoje eu faço uma reflexão, né, que a gente quando criança fazia Equoterapia sem saber que tava fazendo, porque brincando em cima de animal, no animal, com o animal, na fazenda de avô e tal, sem querer a gente adquiriu essa auto-confiança que hoje é trabalhada como terapia, né? Então pra quem teve oportunidade de lazer, né, a gente fica, porque exatamente a gente venceu o medo de estar em cima do animal, de controlar o animal, tudo o que a terapia cobra.

Terapeuta: — Qual que é o diagnóstico do seu filho?

Mãe M: — Síndrome de Down.

Terapeuta: — Qual que é a idade dele?

Mãe M: — O G. tem, vai fazer três anos, agora em três de novembro de dois mil e cinco.

Terapeuta: — E ele realiza outras terapias hoje?

Mãe M: — Desde que nasceu, a partir dos três meses de vida completo, ele já fazia fisio, fono, e com quatro meses, quase cinco ele começou a Equoterapia e logo em seguida Terapia Ocupacional.

Terapeuta: — E atualmente ele tá fazendo o que?

Mãe M: — Todas as terapias, Fisioterapia, fono, Terapia Ocupacional e Equoterapia.

Terapeuta: — E há quanto tempo que ele pratica a Equoterapia?

Mãe M: — Equoterapia, assim, desde o início, dois anos e meio, teve interrupção, por causa de um problema de saúde, então [...] dois anos, um ano e meio de prática, as interrupções foi por problema de saúde.

Terapeuta: — E ele já praticou Equoterapia em outro local?

Mãe M: — Não, só no Rancho Dourado.

Terapeuta: — Ele apresentou mudanças com o tratamento?

Mãe M: — Todas as que você possa pensar. Aliada à Fisioterapia motora, ele, você percebe que o ganho, por exemplo, de postura dele veio com a Equoterapia. Como é que eu posso identificar isso no paramento? Numa dessas interrupções de programa de saúde, ele ficou por trinta dias hospitalizado, e no retorno, o que devolveu pra ele esse equilíbrio, esse impulso com mais, é, rapidez, a gente percebeu que foi mais na Equoterapia e nem tanto na Fisioterapia motora só. Então isso a gente identificou mesmo.

Terapeuta: — A Equoterapia, vocês chegaram a falar disso com a fisioterapeuta?

Mãe M: — Falamos.

Terapeuta: — Ela reconhece?

Mãe M: — Reconhece.

Terapeuta: — Quando ele não pode vir à Equoterapia, ele demonstra alguma reação?

Mãe M: — Ele sente falta, porque atualmente ele está fazendo só uma vez na semana, mas ele sempre teve duas, então quando falha, você sente assim, ele não consegue se expressar, mas ele sente falta. Faltou uma atividade no roteiro dele.

Terapeuta: — E quando você fala que vai leva-lo pra sessão, você fala que tá indo pra Equoterapia, com o cavalo?

Mãe M: — Falo, e ele demonstra, faz o movimento de galope, estando sentado na cadeirinha, ou no colo, onde estiver, então ele sabe que está chegando no rancho, pela localização ele sabe que está chegando e pocotó, então ele sabe, ele sabe ligar a terapia ao local e com o animal.

Terapeuta: — Você indicaria essa técnica a outras pessoas?

Mãe M: — Sempre indico.

Terapeuta: — Por que?

Mãe M: — Porque eu vejo resultado, eu vejo os ganhos que ela apresenta pra mim.

Terapeuta: — Qual que é a sua idade?

Mãe M: — Eu tenho trinta e quatro.

Terapeuta: — Qual a sua escolaridade?

Mãe M: — Superior completo e mais um em andamento.

Terapeuta: — Você trabalha?

Mãe M: — Trabalho.

Terapeuta: — Trabalha o dia todo?

Mãe M: — O dia todo.

Terapeuta: — Gostaria de fazer algum comentário antes de a gente concluir essa entrevista?

Mãe M: — Eu gostaria de deixar a minha crítica favorável a essa terapia, lamento que muitas pessoas não possam ter acesso a ela, devido a altos custos, e que ela realmente, ela acrescenta ao ganho motor, emocional do paciente. Eu acho assim que ela é uma das principais terapias e hoje não se enfoca tanto nela, ela é considerada complemento, mas pra mim, ela poderia ser considerada fundamental.

Terapeuta: — Tá bom, obrigada pela sua colaboração.

Mãe N

Terapeuta: — Esteja segura da completa confidencialidade dos dados, para manter seu anonimato, não perguntarei seu nome. Sua participação é voluntária e sua recusa em não responder qualquer pergunta não envolve penalidade. Você poderá desistir de participar a qualquer momento. Concorda?

Mãe N: — Concordo.

Terapeuta: — Pra você o que é Equoterapia?

Mãe N: — Olha, a Equoterapia pra mim, é uma coisa que surgiu há três, há quatro anos atrás, que o J. P. nasceu com Síndrome de Down e no momento foi que estava começando, né, a Equoterapia e eu fui pesquisando, pesquisando e me falaram da Equoterapia, era um trabalho com cavalo, com os profissionais, fisioterapeutas, psicóloga e terapeuta ocupacional. Eu vim, a gente sofreu muito pra conseguir que o meu filho se adaptasse no cavalo porque ele era bebê, tinha seis meses que tinha feito uma cirurgia cardíaca e então foi tudo na minha vida, a Equoterapia é tudo pro J. e hoje eu falo assim que a Equoterapia é tudo na vida dele. Foi onde ele conseguiu sentar, andar, ele, ele só ficava deitado, não firmava a cabeça, então é tudo, né? É um trabalho muito bonito, muito bom, que eu acho que todos os pais tem que conhecer, né?

Terapeuta: — Você falou que você teve conhecimento porque você começou a pesquisar, você começou a pesquisar por conta própria ou a primeira vez que você ouviu falar de Equoterapia foi através de alguém de alguma coisa?

Mãe N: — Não, eu comecei ler, né, na internet, né, porque a família toda se prontificou em ajudar, né, então a gente foi buscando o que tinha de bom, né, porque no começo eu não cheguei a amamentar o J. por falta de informação, porque eu não fui buscar uma fono logo que ele nasceu, eu fui na fono quando ele tinha uns dois meses, então isso fez muito mal pra ele, porque eu tentei de todas as formas, assim, amamentá-lo e eu não consegui porque eu não

tinha instrução, então por isso que eu falo, eu não sabia que uma fono ia me ajudar nesse sentido, né, então eu acho que é assim, é buscando, a gente tem que fazer alguma coisa a mais para os pais não ficar tão desinformados, né, que nem eu fiquei, uma pessoa que nem eu que leio, nessa época não, foi um choque, né, você não estava programada pra aquilo, então não esperava aquilo. Mas eu acho assim, quanto mais você ter informação de tudo, né, porque eu acho assim, quando você tem um filho com problema, você tem que buscar tudo, né?

Terapeuta: — E a Equoterapia, você disse que usa o cavalo, que tipo de benefício traz, você tem idéia por que usa o cavalo?

Mãe N: — Tenho, eu acho assim que pra, o cavalgar, né, vai ajudar na postura, no desenvolvimento de tudo, porque você pensa assim, não, não vai ajudar ele andar, mas ajuda em tudo, né, desenvolve todo, desde o cérebro até o pé. Na época que eu fiz com o João, no começo era deitado, né, então é uma coisa muito assim, acredito que em todos os sentidos, né?

Terapeuta: — Que tipo de patologia ou diagnóstico é indicado a Equoterapia? Pra que tipo de crianças...

Mãe N: — Pra todas, né, pra todos os tipos, até pra mim que não tem nada indicado, né, porque isso só vai trazer benefícios melhores, né, no caso assim pra convulsões, né, pra Síndrome de Down, pra Paralisia Cerebral, né, nossa, funciona muito, é muito importante pra gente com problema de derrame, né, enfarte, né, então eu acredito que pra tudo, qualquer problema que você tem, o cérebro...

Terapeuta: — E alguém chegou, algum profissional te orientou a procurar a Equoterapia?

Mãe N: — Não.

Terapeuta: — Não.

Mãe N: — Na época quando eu comecei a fazer aqui, que eu falei que eu tava fazendo aqui, a doutora me encaminhou mais pro [...], né, mas só que lá não tinha profissional...

Terapeuta: — E qual que era a especialidade dela?

Mãe N: — É, neurologista.

Terapeuta: — Neurologista, ela chegou a falar da Equoterapia pra você então?

Mãe N: — Chegou, aham, falou que ela tinha, que ela tem até hoje, né, só que lá não trabalha os profissionais adequados, né, não tem psicólogo, não tem fisioterapeuta.

Terapeuta: — E você já tinha conhecimento, quando você começou a pesquisar, que era importante essa equipe de saúde?

Mãe N: — Claro, né, tinha que ter o acompanhamento das pessoas certas, porque na época que a gente teve o J., você lembra que, o M. forçou, ele chorava, ele sentia mal, e você conseguiu colocar num... com a psicologia, né, com um trabalho seu a gente conseguiu entrar num, num resultado que foi muito mais gostoso, né, que ele se sentia prazeroso, né, porque na época ele não gostava, ele chorava, por que? Porque o M. trabalhava sozinho, né, depois que a gente começou a resolver, montar, né, então foi uma coisa muito bonita, né, já vai fazer quatro anos que a gente tá trabalhando juntos, né, então é uma coisa muito importante.

Terapeuta: — E aí repetiu, o J. já praticou a Equoterapia em outro lugar?

Mãe N: — Já, quando vai pra fazenda, vai pra chácara...

Terapeuta: — Aí vocês dão um passeio?

Mãe N: — Vai com o pai, né?

Terapeuta: — Qual que é a idade dele hoje?

Mãe N: — Ele tem quatro aninhos.

Terapeuta: — Qual que é o diagnóstico dele?

Mãe N: — Síndrome de Down.

Terapeuta: — E ele realiza outras terapias?

Mãe N: — Realiza.

Terapeuta: — O que ele faz?

Mãe N: — Ele faz fono, Fisioterapia, natação, faz escolinha e na escolinha tem várias atividades...

Terapeuta: — Regular essa escolinha?

Mãe N: — É, regular. Faz tudo o que uma criança normal faz.

Terapeuta: — Ele já recebeu alta da T.O. e da Fisioterapia, né?

Mãe N: — Já, já. Mas Fisioterapia ele faz, assim, uma vez, está sempre acompanhando, né?

Terapeuta: — Ela faz um acompanhamento?

Mãe N: — É, pra ver como que ele está, né, mas ele tá muito bem.

Terapeuta: — E ele apresentou mudanças, você até falou no início, mas que tipo de mudança que ele apresentou?

Mãe N: — Nossa, tudo de bom, tanto que eu assim, indico a todas as mães, eu falo, olha, se não fizer, você vai estar deixando o seu filho de ganhar muita coisa boa, porque eu acredito assim, claro, tudo junto, né, um complemento, mas eu acredito que tudo, o andar, o sentar, o engatinhar, o arrastar, né, no começo o arrastar, né, então eu acredito que ele ganhou muita coisa.

Terapeuta: — A Equoterapia contribuiu nessas funções?

Mãe N: — Muito, muito, muito.

Terapeuta: — E quando ele não pode vir na sessão, ele demonstra alguma reação?

Mãe N: — Sim.

Terapeuta: — O que ele faz?

Mãe N: — Ele fala, né, ele fala o cavalo, e fala que quer vir, daí ele lembra durante a semana, porque agora, na escolinha que ele está, na sexta-feira eles vão pro sítio, e no sítio tem cavalo, o pai deu o cavalo, então ele já sabe os dias, né? Então quando fala de ir pra fazenda ele demonstra, ah, o cavalo, o pocotó, né, e ele tem um cavalinho de madeira em casa, então ele quer muito, ele fica desesperado, né?

Terapeuta: — E você indicaria essa técnica a outras pessoas?

Mãe N: — Com muito prazer, nossa.

Terapeuta: — Você já indicou, né?

Mãe N: — Já, muito. Eu acho que metade dos clientes seus aqui... Não, vão lá, que lá é bom.

Não só da eco, né, mas dos profissionais, porque eu falo assim que não adianta você fazer e, né, por andar, andar também, eu acho que tem que ter, uma meta assim, um estímulo, um sentido, por exemplo, eu acredito muito nisso, porque, com o João, se não tivesse você, eu acho que não seria, não tinha tido o mesmo desenvolvimento, acontece o seguinte, e a gente se sente mal, porque você quer o seu filho feliz, parece que está fazendo as coisas com prazer, né? Então eu acho assim, sempre um trabalho em conjunto.

Terapeuta: — Qual a sua idade?

Mãe N: — Eu tenho quarenta anos.

Terapeuta: — Qual que é a sua escolaridade?

Mãe N: — Segundo-grau.

Terapeuta: — E você trabalha?

Mãe N: — Trabalho.

Terapeuta: — Durante o dia, o dia todo?

Mãe N: — Não, até o meio-dia, meio período.

Terapeuta: — E você gostaria de fazer algum comentário antes de a gente concluir essa entrevista?

Mãe N: — Eu acho que já falei tanto.

Terapeuta: — Então tá bom, muito obrigada pela sua colaboração.

Mãe N: — Obrigada a você.

Mãe O

Terapeuta: — Esteja segura da completa confidencialidade dos dados, para manter o anonimato, não perguntarei seu nome. Sua participação é voluntária e sua recusa em não responder a qualquer pergunta não envolve penalidade. Você poderá desistir de participar a qualquer momento. Concorda?

Mãe O: — Sim.

Terapeuta: — Para você, o que é Equoterapia?

Mãe O: — Equoterapia? É um, bom, Equoterapia é uma terapia que é utilizada sobre o cavalo, né, e eu acho que isso ajuda muito a desenvolver a segurança, a atenção, a individualidade, individualidade, né, da pessoa, principalmente quem tem, quem tem problemas com a coordenação motora.

Terapeuta: — Aham, então a Equoterapia seria indicada para quais patologias e diagnósticos? Você falou um pouco da coordenação motora...

É, principalmente, né, problemas de coordenação motora, ou quem está depressivo, eu acho que ajuda a incentivar muito as pessoas no dia-a-dia.

Terapeuta: — Os benefícios que a Equoterapia pode trazer a essas pessoas, quais seriam?

Mãe O: — Olha, pelo que eu estou vivendo agora, eu acho que, principalmente é o incentivo, a segurança que ele tá dando agora pra pessoa, e ela tá assim, mais solta, mais desenvolvida, mais alegre, né? Principalmente porque ela, ela, sobre o cavalo, eu acho que esse domínio que você consegue sobre o cavalo, eu acho que tá, pra pessoa que está montada, eu acho que é uma grande satisfação, né? E que traz um, melhora muito a confiança, auto-confiança da pessoa.

Terapeuta: — Como que você obteve conhecimento da Equoterapia?

Mãe O: — Olha, desde, desde, é, através do neurologista que eu consultei há alguns anos atrás, e ele sugeriu que o melhor caso, assim, pra minha filha era a Equoterapia, né, só que na época ela não era desenvolvida e eu não sabia aonde procurar, e aí então ficou meio difícil pra mim poder, né, poder conhecer, né?

Terapeuta: — Então o neurologista foi a primeira pessoa que falou da Equoterapia pra senhora, e como que a senhora chegou nesse centro então, como que tomou conhecimento?

Mãe O: — Foi um dia, conversando com uma vizinha minha, que o esposo dela tinha saído de uma cirurgia, uma cirurgia, ele tem um problema de coordenação motora com ele, e aí indicaram pra ele também a Equoterapia, aí então, conversando com ela, aí eu perguntei onde que ela estava fazendo, aí eu vim com ela um dia, aqui pra conhecer o local, aí achei que era o ideal realmente, eu já estava até atrasada, né, pra continuar o tratamento com a minha filha, aí automaticamente eu já trouxe...

Terapeuta: — E isso foi muito tempo depois de que você recebeu a orientação de procurar a Equoterapia?

Mãe O: — Uma questão de dois, três anos.

Terapeuta: — Antes da sua filha iniciar esse tratamento, acreditava nessa técnica?

Mãe O: — Olha, eu já tinha ouvido falar muito pouco, eu não estava assim, eu não tinha tanto conhecimento e achava que, não entendia como que através da Equoterapia poderia ajudar tanto o desenvolvimento pra esse tipo de deficiência, né?

Terapeuta: — Qual que é a idade e o sexo da sua filha?

Mãe O: — Ela está hoje com vinte anos, é uma menina.

Terapeuta: — Aham. Qual que é o diagnóstico dela?

Mãe O: — Olha, desde quando, desde que ela nasceu, quando a gente, é, o desenvolvimento dela, motor, foi lento, aí um neurologista chinês, lá em São Paulo disse que ela tinha [...] nos membros inferiores e aí a partir daí sempre procurei algum tipo de tratamento, através de remédios, ou, ela fez, com um ano de idade ela fez natação, né, daí eu comecei, na época da fala, fiz um pouco de fono, Fisioterapia, e assim por diante.

Terapeuta: — Seu filho realiza outras terapias?

Mãe O: — Atualmente?

Terapeuta: — Isso.

Mãe O: — Não, atualmente não, só a Equoterapia.

Terapeuta: — Há quanto tempo sua filha pratica Equoterapia nesse Centro?

Mãe O: — Está completando dois anos, né?

Terapeuta: — Já praticou Equoterapia em outro local?

Mãe O: — Não.

Terapeuta: — Sua filha apresentou mudanças com o tratamento de Equoterapia?

Mãe O: — Ah sim, já, ela era principalmente muito insegura, continua ainda, mas do que era eu acho que já, já melhorou bastante, questão de atenção ela já tá conseguindo se concentrar um pouco mais, e tá mais assim solta pra definir certas atitudes, né, e, acho que é isso.

Terapeuta: — Quando impossibilitada de ir a sessão, ela manifesta algum tipo de reação?

Mãe O: — Não. É difícil ela não poder vir, mas, é, desde que ela iniciou, pelo menos uma atividade que ela nunca se recusou a acordar cedo, de vir aqui, sempre vem bem disposta, pode vir com sono, mas ela vem disposta e sempre...

Terapeuta: — Que hora que ela costuma fazer a terapia dela?

Mãe O: — Aos sábados, né, sete e meia da manhã.

Terapeuta: — Indicaria essa técnica a outras pessoas?

Mãe O: — Ah, claro, enquanto eu fico aqui aguardando a sessão dela, né, a gente observa outras pessoas, você percebe que ela, a Equoterapia, ela dá um, é, um desenvolvimento com vários tipos de problemas, principalmente com coordenação motora, em qualquer idade.

Terapeuta: — Qual a sua idade?

Mãe O: — Quarenta e sete anos.

Terapeuta: — Qual que é a sua escolaridade?

Mãe O: — Eu sou, é nível superior completo.

Terapeuta: — Que curso que você fez?

Mãe O: — Eu fiz Física.

Terapeuta: — Educação Física ou Física?

Mãe O: — Não, Física.

Terapeuta: — Gostaria de fazer algum comentário antes de concluirmos a entrevista?

Mãe O: — Ah, eu acho que a Equoterapia, principalmente agora já tá aparecendo na mídia, né, o tipo de, de, desenvolvimento que ela dá, então eu acho que é um, tem tudo pra poder desenvolver mais e mais e eu acho que vai ajudar muitas pessoas, né, hoje em dia com essa vida tão atribulada que a gente tem, né, pra dar um pouco mais de autoconfiança, né, autoconfiança, né? Isso... é uma modalidade muito [...].

Terapeuta: — Obrigada pela sua colaboração.

Mãe P

Terapeuta: — Esteja segura da completa confidencialidade dos dados, para manter seu anonimato, não perguntarei seu nome. Sua participação é voluntária e sua recusa em não responder qualquer pergunta não envolve qualquer penalidade. Você poderá desistir de participar a qualquer momento. Concorda?

Mãe P: — Concordo.

Terapeuta: — Pra você o que é Equoterapia?

Mãe P: — Eu acho que é o contato com o animal que, ele traz pra criança, eu acho assim, uma segurança a mais, um meio, um contato diferente e essa questão do equilíbrio, né, de a pessoa estar equilibrada de fazer, ficar de pé no cavalo, ela vai trabalhar isso, o sistema nervoso dela central, vai, né, desenvolver.

Terapeuta: — Aham. Então o cavalo estimularia o sistema nervoso central?

Mãe P: — Isso. Além do contato com o animal, né, da...

Terapeuta: — Esse contato com o animal você acha que propicia o que?

Mãe P: — Que eu acho que ajuda, que nem no caso do meu filho, é, com essa relação de ele não querer contato, com o tempo eu dei um cachorrinho pra ele, agora ele, no começo ele não queria, tinha nojo, não é nojo, não sei, assim, uma sensação ruim de encostar no animal, sabe? Agora ela já gosta, pega, como se fosse, e o cavalo também, no começo ele ficava com medinho. Ele não quer pegar na crina, você vê que ele fica com a mãozinha fechada, agora ele já tá mais soltinho.

Terapeuta: — Você acha que a Equoterapia é indicada pra que tipo de patologia ou diagnóstico?

Mãe P: — Eu acho que problema motor, mental também porque ajuda. Acho que motor, né?

Terapeuta: — Quais os benefícios que a Equoterapia traz à pessoa que pratica?

Mãe P: — Eu acho que ela faz você prestar a atenção, se concentrar naquilo, porque pra você montar você tem que ter equilíbrio, se concentrar que você tem que tanto, é, de todos os lados, de cima pra baixo, então tem que concentrar pra você ficar de pé em cima do cavalo, então ajuda nessa concentração, né?

Terapeuta: — De cima pra baixo que você tá falando é o movimento que o cavalo faz?

Mãe P: — Isso.

Terapeuta: — De cima pra baixo, dos lados...

Mãe P: — Isso, aham.

Terapeuta: — Como que você teve conhecimento da Equoterapia, quando que você ouviu falar a primeira vez?

Mãe P: — Foi o médico mesmo.

Terapeuta: — Foi o médico que te falou?

Mãe P: — É.

Terapeuta: — Até então você nunca tinha escutado falar?

Mãe P: — Não.

Terapeuta: — E esse médico, qual que era a especialidade dele?

Mãe P: — Neurologista.

Terapeuta: — E ele indicou a Equoterapia?

Mãe P: — Na época, assim, quando a gente fez a consulta, ela falou o que mais que a gente poderia fazer pra ajudar, auxiliar no tratamento, fora o medicamento. Ela chegou em falar em Terapia Ocupacional, fazer natação na piscina pra se, é, é, Equoterapia, que nós perguntamos

o que era, ela falou que é um tratamento com cavalo e tal, só que ela não chegou a indicar, depois que a gente começou a fazer o tratamento com a fono, que o, a, o João Pedro fazia aqui que uma outra mãe falou: Fernanda, por que você não procura fazer Equoterapia que ajuda muito, é bom e tal. Mais por causa da indicação de uma outra mãe.

Terapeuta: — Outra mãe que reforçou que seria bom isso?

Mãe P: — Isso. A médica não chegou a falar assim, vai, né?

Terapeuta: — Antes de seu filho iniciar esse tratamento, você acreditava nessa técnica?

Mãe P: — Por eu não ter conhecimento, não sei, né, não tinha.

Terapeuta: — Qual que é o sexo dele?

Mãe P: — É masculino.

Terapeuta: — E a idade.

Mãe P: — Três anos e três meses, e seis meses, três anos e meio.

Terapeuta: — Qual que é o diagnóstico dele?

Mãe P: — Eu, ainda não tá fechado o diagnóstico, mas eu acho que é distúrbio de atenção e comunicação que é o primeiro, e que não é só problema da fala que ele tem problema, tem problema de relacionamento, social, né, de, então se, se imagina que pode ter um leve autismo assim, né?

Terapeuta: — Ele realiza outras terapias?

Mãe P: — Ele faz Fonoaudiologia, só, né, faz fono e tratamento com a Equoterapia.

Terapeuta: — E há quanto tempo ele pratica a Equoterapia?

Mãe P: — Cinco meses, desde maio.

Terapeuta: — Ele já praticou em algum outro local?

Mãe P: — Não.

Terapeuta: — Seu filho apresentou mudanças no tratamento?

Mãe P: — Apresentou bastante, né, agora, um conjunto, né, as duas coisas, né? De quando ele começou a tomar remédio e fazer o tratamento, pra mim é cinquenta, não tá cem por cento ainda, mas ele já tá bem...

Terapeuta: — Que tipo de mudança que você notou nele?

Mãe P: — Quando começou o tratamento, a gente até achava que ele não escutava, porque a gente falava com ele, e ele não obedecia, não, tipo: Não vai aí, que, sei lá, tem formiga. Ele não, não...

Terapeuta: — Ignorava?

Mãe P: — Ignorava. Agora não, se eu falo pra ele: *Vem aqui C*. Ele vem. Então por isso que no começo a gente até achava que era um, uma, problema auditivo, né? E assim de comportamento, de brincar com outras crianças, ele sempre brincou separado, vai num brinquedo e fica, brinca sozinho, não vai aonde tem criança. Se tiver na piscina de bolinha com outra criança, antes ele não brincava, agora ele brinca junto. Então a questão de relacionamento, né, com outras crianças ele tá brincando, com o irmão dele, pode ser até também o crescimento, né, mas eu prestei atenção. Outra coisa, ele não conseguia expressar

sentimento, de raiva, de choro, de alegria, ele assistia uma fita de desenhinho, o rosto dele não... Agora não, ele dá gargalhada, na hora que tem medo ele sai correndo, me chama, eu tenho que ficar junto com ele, quando ele já chora, sai lágrima, e antes não, ficava do começo ao fim sem mudar a expressão. Ficava, agora não, ele já demonstra expressão. Quando o irmão briga com ele, ele nem, parecia que não tinha dor, não chorava. Ele aparecia com um machucado e eu nem vi que ele tava machucado porque ele não chorava, não chamava atenção. E agora não, ih, chora, ele vem me procurar mostrando o machucado.

Terapeuta: — A percepção dele...

Mãe P: — Isso, a percepção.

Terapeuta: — E a parte sensorial, do tato. É.

Terapeuta: — Quando ele não pode vir à sessão, ele demonstra alguma reação?

Mãe P: — Não.

Terapeuta: — E se você fala que vem pro cavalo, pra Equoterapia, ele demonstra alguma?

Mãe P: — Também não, só no carro, quando tá chegando aqui, daí ele já faz, tipo, ah, agora eu sei onde é que nós estamos indo.

Terapeuta: — Quando está chegando ele começa a reconhecer?

Mãe P: — Reconhecer o lugar.

Terapeuta: — Ele demonstra que tipo de expressão, de alegria, tristeza, de agrado?

Mãe P: — De, de agrado. Mas só falando ele não...

Terapeuta: — Não associa?

Mãe P: — Não associa.

Terapeuta: — Você indicaria essa técnica a outras pessoas?

Mãe P: — Eu acho que sim.

Terapeuta: — Por que?

Mãe P: — Primeiro porque é um lugar, eu acho assim, eu optei por fazer aqui porque, você tá tratando, eu tô tratando meu filho, não tô num lugar fechado, numa sala com ar-condicionado, então é um lugar bonito de estar, ao ar livre, com a natureza, passarinho, então é uma terapia assim, acho que mais relacionada com o que ele precisa. Eu acho que ele não iria suportar fazer a terapia, a fono e mais outras coisas sempre num ambiente fechado. Eu acho que isso aqui, estar na natureza é um dos pontos mais...

Terapeuta: — Fortes.

Mãe P: — Fortes, isso.

Terapeuta: — Você gostaria de fazer, desculpe, pulei uma questão, qual que é a sua idade?

Mãe P: — Trinta e quatro.

Terapeuta: — Qual que é a sua escolaridade?

Mãe P: — É graduação.

Terapeuta: — É terceiro grau?

Mãe P: — Não, graduação, Administração de Empresas.

Terapeuta: — Terceiro grau, você fez administração.

Mãe P: — É, Administração.

Terapeuta: — Gostaria de fazer algum comentário antes de concluirmos essa entrevista?

Mãe P: — Não sei.

Terapeuta: — Obrigada pela sua colaboração.

Mãe Q

Terapeuta: — Esteja segura da completa confidencialidade dos dados, para manter seu anonimato, não perguntarei seu nome. Sua participação é voluntária e sua recusa em não responder qualquer pergunta não envolve penalidade. Você poderá desistir de participar a qualquer momento. Concorda?

Mãe Q: — Sim.

Terapeuta: — Pra você o que é Equoterapia?

Terapeuta: — E você acredita que a Equoterapia é indicada pra que tipo de patologia ou diagnóstico?

Mãe Q: — Olha, eu acredito que ela abrange, como eu falei, desde problemas de deficiência motora até problemas emocionais, né, eu acredito muito nisso.

Terapeuta: — Quais os benefícios que ela traz, você falou um pouquinho da percepção, mais algum?

Mãe Q: — Vários benefícios de um modo geral na parte, mexe com desenvolvimento motor, desenvolvimento também psicológico, né? Como eu falei, assim, não tenho conhecimento a fundo dos vários tipos de, como é que fala?

Terapeuta: — Você acha que ela trabalha o que numa criança? Você tinha falado um pouquinho, lembra? A percepção, a parte motora, o que mais você acha que ela ajuda?

Mãe Q: — Ah, no desenvolvimento geral, sabe? Eu acho que ela trabalha no todo.

Terapeuta: — A criança no todo?

Mãe Q: — No todo.

Terapeuta: — Aham. Como que você teve conhecimento da Equoterapia? Como você ouviu falar pela primeira vez?

Mãe Q: — A primeira vez foi num programa há muito tempo atrás no Discovery, né, era assinatura e foi um programa que inclusive falava de vários bichos, né, animais, terapia com pintinhos, né, com coelho, com cachorro, o cavalo já teve destaque nesse programa e eu fiquei muito impressionada, eu ainda nem tinha a G. e eu vi esse programa e eu achei legal porque, na minha família, desde que eu nasci, a gente sempre teve bicho em casa, a gente sempre teve contato com bicho e sempre achei que foi muito, é muito importante pra uma criança, crescer aprendendo a respeitar os animais. Gostei muito disso, então eu tenho muito carinho.

Terapeuta: — Então você acha que é importante a interação animal-pessoa?

Mãe Q: — Muito importante, eu acho que pra formação do caráter, sabe? Aprender a respeitar os animais eu acho imprescindível, desde cedo.

Terapeuta: — E quem orientou a procurar a Equoterapia pra sua filha?

Mãe Q: — Pois é, eu já tinha carinho com o assunto, né, quando eu conheci o neurologista dela que foi o doutor A., né, ele já tinha também contato com a Equoterapia e tava apaixonado com os resultados, tava super-empolgado, tava vendo muita coisa boa e como a gente já tinha ouvido falar, na mesma hora a gente quis tentar fazer essa terapia.

Terapeuta: — Então ele te orientou e você já buscou daí...

Mãe Q: — É, na mesma hora.

Terapeuta: — Antes da sua filha iniciar esse tratamento, você já acreditava nessa técnica?

Mãe Q: — Já, já acreditava. Antes de ela nascer eu já tinha visto o programa e já, na mesma hora eu acreditei, assim, eu...

Terapeuta: — Qual que é a idade dela?

Mãe Q: — Ela tá agora com um ano e dois meses.

Terapeuta: — E qual que é o diagnóstico dela?

Mãe Q: — Ela nasceu com uma displasia cerebral cortical e temporal, né, e isso fez com que a partir dos seis meses ela desenvolvesse Síndrome de West, teve convulsões todos os dias até completar, em maio que ela parou, até onze meses de idade ela tinha convulsões diárias. E isso prejudicou muito o desenvolvimento dela, ela com onze meses ela ainda não sentava, e aí ela [...] e os remédios também, a gente conseguiu...

Terapeuta: — Hoje ela toma medicamento...

Mãe Q: — Hoje ela tá tomando...

Terapeuta: — E tá controlada a convulsão?

Mãe Q: — Tá controlada.

Terapeuta: — E de lá pra cá ela vem se desenvolvendo?

Mãe Q: — Vem, aí ela, quando ela, antes de ela com essas convulsões, era muito difícil, né, ela conseguir qualquer ganho, ela ganhava mais daqui a pouco ela perdia, ganhava e perdia, ganhava e perdia, mas no que ela parou de ter essas convulsões ela conseguiu ganhar mais rapidamente o que ela precisava, né?

Terapeuta: — Ela realiza outras terapias além da Equoterapia?

Mãe Q: — No momento não, até o mês anterior ela fazia Fisioterapia motora, mas tá difícil pra mim, trazer ela...

Terapeuta: — Financeiramente?

Mãe Q: — Porque por mais difícil que seja plantão, eu não tenho carro, né? Pra mim deslocar é difícil, com o A., falei com ele, ele falou, não, mantendo e Equoterapia tudo bem, porque ela já tá, esse ganho dela foi tão bom que ela está quase sem dever nada, sabe? Ela está quase alcançando o que ela tem que ter na faixa-etária dela. Então ele falou, que porque, o que ela fazia no ginásio são coisas que não [...] então prefiro mil vezes abrir mão de lá do que daqui.

Terapeuta: — E que tipo de mudança que ela apresentou com a Equoterapia?

Mãe Q: — Tudo, tudo assim, a cada semana é impressionante, toda a vez que a gente chega em casa da Equoterapia ela começa a fazer alguma coisa diferente. Teve uma vez que ela começou a usar as mãos pra pegar, que ela não usava, outra vez ela começou a se arrastar, se locomover, ficou em pé no berço, impressionante.

Terapeuta: — Aham. Quer dizer que sempre quando ela chega da aula, naquele dia ela vai fazer, vai conquistar alguma coisa?

Mãe Q: — Eu falo com o doutor A., ele fica de boca aberta. É impressionante, sempre quando chega da aula...

Terapeuta: — E você acha que isso tem auxiliado ela nesse desenvolvimento motor então?

Mãe Q: — Ah, demais, não só motor, eu acho que no emocional também. Porque quando é bebê, é difícil você perceber essas coisas, você percebe numa criança mais velha, mas, ah, você já consegue perceber, é, mudanças, conquistas também, maturidade emocional que ela já não tinha.

Terapeuta: — E você percebe que mudou a percepção dela do ambiente?

Mãe Q: — Totalmente, quando ela tinha as crises, ela não conseguia nem olhar mais pra gente, ela ficava olhando pro vazio, ela não atendia nome, ela não sabia quem era mamãe, papai, você podia botar o brinquedo mais colorido na frente dela, ela nem olhava, né, e aí ela acordou, ela renasceu pro mundo. Quando ela ficou livre das crises e começou a fazer Equoterapia, hoje ela é super, ela presta atenção em tudo, ela repara tudo, ela fica ligada nas coisas, ela tenta, enfim, outra criança, não tem nem como comparar.

Terapeuta: — Quando ela não pode vir pra sessão de Equoterapia ela demonstra alguma reação? você fala pra ela que não vai vir...

Mãe Q: — Ah, é, mas a única vez que eu faltei, foi uma vez que ela tava muito doentinha, ela teve uma virose e ela tava irritada porque teve febre e não conseguia dormir direito, então eu não tive como perceber se a irritação foi da virose ou...

Terapeuta: — E quando você fala pra ela que tá vindo, assim, como você fala pra ela, do cavalo...

Mãe Q: — Ah, hoje é dia de andar no cavalo, vamos andar no cavalo? Ela já acorda feliz.

Terapeuta: — Ela demonstra essa reação?

Mãe Q: — É, e quando entra no táxi ela já começa a se sacudir toda, e fica alegre.

Terapeuta: — Aham. Você indicaria essa técnica para outras pessoas?

Pra qualquer pessoa, pra qualquer tipo de problema que tivesse, até a minha filha mais velha, né, que não tem nenhum problema motor e tudo, mas ela precisava ficar mais confiante, aquilo que eu tinha conversado com você, ela precisa dar uma melhorada na auto-estima e eu botei ela, não na Equoterapia, mas no hipismo pra ela ficar mais confiante, realmente eu já tô sentindo isso também, tô percebendo mudanças, na atitude na escola, ela era muito, qualquer coisinha magoava, ou, enfim, qualquer atitude que uma coleguinha ou professor fosse mais ríspido ela ficava toda triste, agora não, ela argumenta, em casa também ela tá mais confiante.

Terapeuta: — Qual é a sua idade?

Mãe Q: — Eu tenho trinta anos.

Terapeuta: — Sua escolaridade?

Mãe Q: — Eu tenho terceiro-grau incompleto.

Terapeuta: — Você fez que faculdade?

Eu fiz até o terceiro de Fisioterapia, mas eu tinha, chegou na hora de estagiar, eu tinha que trabalhar pra estudar.

Terapeuta: — Não conseguiu concluir?

Mãe Q: — É.

Terapeuta: — Você gostaria de fazer algum comentário antes de a gente concluir essa entrevista?

Mãe Q: — Ah, mais uma vez eu indicaria a Equoterapia pra qualquer tipo de problemas, pra crianças eu acho que o contato com o animal é muito importante e a Equoterapia é especial, com certeza.

Terapeuta: — Eu esqueci de te perguntar, ela já tinha praticado Equoterapia em outro local?

Mãe Q: — Não, eu vim direto pra cá porque o doutor A. faz um trabalho aqui, né, com o pessoal do SUS, né? É. E ele é encantado com o lugar, aí eu vim direto pra cá.

Terapeuta: — Tá bom, obrigada, mãe, pela sua colaboração.

Mãe Q: — De nada.

Mãe R

Terapeuta: — Esteja segura da completa confidencialidade dos dados, para manter seu anonimato, não perguntarei seu nome. Sua participação é voluntária e sua recusa em não responder qualquer pergunta não envolve penalidade. Você poderá desistir de participar a qualquer momento. Concorda?

Mãe R: — Concordo.

Terapeuta: — Pra você o que é Equoterapia?

Mãe R: — Equoterapia é uma terapia em que consiste, dá equilíbrio, dá sociabilidade pra criança com os animais, né, através da Equoterapia a criança, é, ela tem assim uma ampla visão de espaço, de equilíbrio, de estar em contato com a natureza, com os animais. É uma, uma terapia que vai também, é, como se dizer assim, a nível cerebral de, vai expandindo o cérebro de estar ajudando, na, na locomoção, desenvolvimento da criança.

Terapeuta: — A Equoterapia é indicada pra que tipo de patologia ou diagnóstico?

Mãe R: — Olha, pra patologias a níveis cerebrais, né, pra acidente vascular cerebral, pra deficiências mentais, deficiências físicas também.

Terapeuta: — Quais os benefícios que a Equoterapia traz a uma pessoa que pratica?

Mãe R: — Benefício? Muitos benefícios. Que eu já falei, né, a nível de socialização, da criança estar interagindo com os animais até na socialização das pessoas também, traz um benefício a nível de locomoção, né, a nível de estar restabelecendo, né, o, a nível neurológico, estar restabelecendo esse cérebro, né, pra estar auxiliando e ajudando nas atividades do dia-a-dia, no equilíbrio, de andar, de correr, de se locomover de fazer várias interações na área motora e também na área da psicomotricidade, né?

Terapeuta: — Quando que você teve conhecimento da Equoterapia? como que você ouviu falar pela primeira vez?

Mãe R: — Bom, eu ouvi falar lá em São José do Rio Preto eu já conhecia a Equoterapia, né, eu já tinha assim essa visão de que a Equoterapia iria ajudar bastante na melhora do quadro do Vitor, né, que é uma criança com Síndrome de Down e ia ajudar muito a nível neurológico. E aí chegando aqui eu fiquei sabendo que, aqui eu até pensava que não tinha, né, e aí quando eu cheguei aqui a doutora M. E., né...

Terapeuta: — Neurologista?

Mãe R: — Neurologista me disse que tinha, me indicou o centro da família dela, a Equoterapia da família dela, só que eu fui lá, vi o trabalho e eu achei que não era compatível com uma Equoterapia que eu já tinha visto, né, já tinha idéia de como funcionava, aí eu peguei assim, fiquei um bom tempo sem fazer, porque eu não era daqui, né, então não conhecia os lugares, né, mas eu fiquei aguardando, aí um dia lá na Clínica Renascer, que eu faço fono e T.O. lá com o V., eu tava lá e vi um folder aqui do Rancho Dourado lá, explicando da Equoterapia, do hipismo e tal, aí eu vim procurar aqui, gostei muito, os profissionais, né, e vi que a Equoterapia aqui realmente é um trabalho sério, trabalho voltado mesmo pra essa área neurológica, né, aí aqui estou, né, faz dois anos e meio que eu tô aqui.

Terapeuta: — E atualmente ele faz outra terapia além da Equoterapia?

Mãe R: — Faz, ele faz fono, faz Terapia Ocupacional, faz, ele tava fazendo a hidroterapia agora tá fazendo natação no lugar da hidroterapia e também está com a psicóloga pra ajudar na aprendizagem da escola, o comportamento dele, né?

Terapeuta: — E ele estuda?

Mãe R: — Estuda no colégio CEI, é um colégio regular, né, normal, e ele tá fazendo o infantil dois agora.

Terapeuta: — Então a primeira vez que ele praticou a Equoterapia foi aqui?

Mãe R: — Isso.

Terapeuta: — E ele apresentou...

Mãe R: — Não, desculpa, foi lá em São José do Rio Preto.

Terapeuta: — Chegou a fazer lá?

Mãe R: — Fez uns seis meses lá a Equoterapia, só que lá, o trabalho da Equoterapia não envolvia nem a psicóloga nem a terapeuta ocupacional. Lá o trabalho era voltado somente com o fisioterapeuta, na época que eu fazia, assim, hoje já faz três anos que eu estou aqui, e quando eu fui saber do trabalho deles lá, e eu não sei hoje se já está envolvido o psicólogo e a terapeuta ocupacional, mas na época era só o fisioterapeuta que acompanhava a criança.

Terapeuta: — E ele apresentou mudanças com o tratamento?

Mãe R: — Ah, com certeza, muita mudança.

Terapeuta: — Que tipo de mudança você percebeu?

Mãe R: — Ah, assim, eu percebi um maior equilíbrio que ele, assim, depois que ele começou a fazer a Equoterapia, assim de correr, de andar, de subir uma escada, né, e também um, assim, uma concentração maior, uma tranquilidade maior, ele passou a ficar menos agitado, né, e também ele tem uma interação muito grande com os animais, e isso ajudou bastante, né, fazendo a Equoterapia. Em todos os sentidos, ajuda, né, a Equoterapia.

Terapeuta: — E quando ele não pode vir pra Equoterapia, ele demonstra alguma reação?

Mãe R: — Demonstra, ele fala, assim, chega na quinta, na sexta-feira ele fala: Mamãe, cavalo. Aí eu falo: Não, amanhã. Aí, na hora que ele chega aqui ele fica na maior alegria, porque ele ama animal, né, ele ama vir fazer a Equoterapia, ele adora o trabalho que é feito aqui na Equoterapia e quando ele não vem ele sente falta. Ele pede: Mamãe, cavalo. Não, hoje você não vai porque tá doente, ou a gente vai viajar. Aí ele sente, eu penso assim que ele fica um pouco chateado quando ele não vem.

Terapeuta: — E você indicaria essa técnica para outras pessoas?

Mãe R: — Claro, com certeza.

Terapeuta: — Por que?

Mãe R: — Inclusive já até indiquei, orientei outros pais a vir, e vieram, né, e eu indico, lógico, porque faz muito bem pra criança, ajuda muito, né, pra restabelecer os movimentos, né, que a pessoa perde, a região cerebral, e é uma coisa assim muito gostosa, também tem o lado do lazer, né, a criança vê como lazer, entendeu? A criança vem, tem contato com a natureza, com os animais, é uma coisa bem gostosa de fazer que proporciona não só o lado da terapia da criança, mas o lado lúdico também, da criança.

Terapeuta: — Qual é a sua idade?

Mãe R: — A minha idade? Trinta e três.

Terapeuta: — Sua escolaridade?

Mãe R: — Superior.

Terapeuta: — Você gostaria de fazer algum comentário antes de a gente concluir essa entrevista?

Mãe R: — Olha, eu assim, tenho que comentar que as pessoas, elas tem que se inteirar mais e todas as pessoas que tem, assim, uma profissão na área da saúde, deveria, assim, de ter um conhecimento do que seria essa Equoterapia, né, esse trabalho da Equoterapia pra estar orientando os pacientes, né, e estar, é, os pacientes estar sabendo, porque tem muitos pacientes que não sabem do valor da Equoterapia, dos benefícios que traz pra essa pessoa que tem uma lesão neurológica.

Terapeuta: — Então falta informação ainda aos profissionais da saúde?

Mãe R: — Falta, falta muita informação. Há muitos profissionais da área da saúde que não sabem o que é uma Equoterapia, que não sabem os benefícios que a Equoterapia traz, né, então acaba não passando para os pacientes, aí tem muito, muita criança ainda, muitos pacientes adultos, né, com AVC que não fazem essa terapia, né? Então tem que estar dando essa informação pros profissionais, divulgando mais, porque os profissionais que vão estar passando pros pacientes pra saberem, né, da Equoterapia.

Terapeuta: — Tá bom, obrigada pela sua colaboração.

Mãe R: — De nada.

Mãe S

Terapeuta: — Esteja segura da completa confidencialidade dos dados, para manter seu

anonimato, não perguntarei seu nome. Sua participação é voluntária e sua recusa em não responder qualquer pergunta não envolve penalidade. Você poderá desistir de participar a qualquer momento. Concorda?

Mãe S: — Concordo.

Terapeuta: — Pra você o que é Equoterapia?

Mãe S: — É, assim, pra mim significa melhoras pra ela, né?

Terapeuta: — Mas pra você a Equoterapia é uma terapia que ela faz o que?

Mãe S: — Que ela desenvolve melhor, no andar, no cair, ela dá segurança nas coisas que ela tá fazendo, se ela tá subindo, se ela tá descendo.

Terapeuta: — Aham. E você acha que a Equoterapia, ela é indicada pra que tipo de criança, que tipo de diagnóstico?

Mãe S: — Pra especiais, né, acho que pra dar firmeza na sustentação do corpo.

Terapeuta: — Pra crianças especiais?

Mãe S: — É.

Terapeuta: — Algum outro tipo de criança?

Mãe S: — Normal também que queira fazer, eu acho que é bonito, é gostoso.

Terapeuta: — Aham. E quais os benefícios que você acha que a Equoterapia traz, que melhora que ela traz pra criança?

Mãe S: — No andar ele tem mais firmeza, quando ela vai cair, ela já sabe segurar.

Terapeuta: — Então ela tem uma reação de proteção?

Mãe S: — De proteção assim, ela já sabe quando cai, se ela tá andando, quando ela sobe uma rampa, ela sabe descer sem cair, e se não fizesse eu acho que não tinha essa firmeza não.

Terapeuta: — Como que você ficou sabendo da Equoterapia pela primeira vez? Como que você ouviu falar pela primeira vez Equoterapia?

Mãe S: — Na televisão.

Terapeuta: — Na televisão? Em uma reportagem?

Mãe S: — Em uma reportagem, não sei se foi no Globo Rural ou no Globo, é, não sei, aquele outro que passa...

Terapeuta: — Hã, Globo Repórter?

Mãe S: — Globo Repórter. Eu vi que já tava muito assim, já tava fazendo com que a criança fosse mais pra frente, né?

Terapeuta: — E você já tinha a E. quando você viu essa reportagem?

Mãe S: — Não.

Terapeuta: — Foi antes da E.?

Mãe S: — Foi antes.

Terapeuta: — E quem que lhe orientou a procurar esse tratamento?

Mãe S: — Ninguém. Eu sabia, eu que vim, que eu vi a reportagem, eu queria fazer, só que eu

não tinha condições financeiras, né, aí vim uma vez aqui pra mim fazer, aí era muito caro, aí eu desisti, aí depois que eu fiquei pedindo pra Deus me dar uma luz, que eu pedi pra meu patrão pagar pra mim, que ele paga.

Terapeuta: — Aí o seu patrão paga pra você?

Mãe S: — Paga, ele paga seis meses e aí quando eu consegui lá no Centro de Reabilitação, pedi pra ele desculpa, que eu não queria, que eu ganhei, né, não era mais pra pegar o dinheiro dele mais, aí ele falou não, que se precisasse tá lá. Daí lá no Centro de Reabilitação deu em seis meses, saiu, aí eu pedi pra ele de novo, ele tá pagando.

Terapeuta: — Há quanto tempo que ela tá fazendo já a Equoterapia?

Mãe S: — Um ano e três meses.

Terapeuta: — Um ano e três meses. Ela só fez aqui?

Mãe S: — Só faz aqui.

Terapeuta: — E antes de iniciar esse tratamento, você já acreditava nessa técnica?

Mãe S: — Eu acreditava.

Terapeuta: — Qual que é a idade dela?

Mãe S: — Tem dois anos e oito meses.

Terapeuta: — E qual que é o diagnóstico dela?

Mãe S: — Síndrome de Down.

Terapeuta: — Ela realiza outras terapias?

Mãe S: — Realiza.

Terapeuta: — Que terapia que ela faz?

Mãe S: — Ela faz, é, na piscina, né, como que é o nome?

Terapeuta: — Hidroterapia?

Mãe S: — Hidroterapia e faz aqui, e a fono e o T.O..

Terapeuta: — E há quanto tempo que ela pratica aqui.

Mãe S: — Aqui? É. Um ano e três meses.

Terapeuta: — Um ano e três meses?

Mãe S: — É.

Terapeuta: — E ela apresentou mudanças com esse tratamento?

Mãe S: — Apresentou, quando nós viemos pra cá ela ainda era mole, né, era bem mole, hoje ela é firme.

Terapeuta: — Ela não segurava o corpinho?

Mãe S: — Não, era bem molinha, não sentava. Ela começou a sentar melhor quando veio pra cá.

Terapeuta: — E quando ela não pode vir, ela demonstra alguma reação? você fala, hoje a gente não pode ir no cavalo...

Mãe S: — Não, porque eu acho que ela ainda não tá entendendo, né?

Terapeuta: — E quando você fala pra ela que ela vem pra cá? você fala, costuma dizer?

Mãe S: — É, vamos pro cavalinho, né?

Terapeuta: — E ela demonstra?

Mãe S: — Ela fica alegre, aí dou banhinho nela, já começo a arrumar ela sabe que vai pra algum lugar.

Terapeuta: — E você indicaria essa técnica pra outras pessoas?

Mãe S: — Pra todas as pessoas que eu vejo que tem filhos especiais eu falo. Tenta fazer a Equoterapia, né, não tem condições? Vai lá pro Centro de Reabilitação, entra na lista de espera, porque se seu filho fizesse já tava andando.

Terapeuta: — Você acha assim, que o fato de fazer Equoterapia propicia o andar da criança?

Mãe S: — Vixe, muito mais rápido, muito mais rápido.

Terapeuta: — A E. andou com quantos anos?

Mãe S: — Com um ano e nove meses.

Terapeuta: — Qual que é a sua idade?

Mãe S: — Trinta e sete, não, trinta e oito anos.

Terapeuta: — Qual que é a sua escolaridade?

Mãe S: — Sétima série.

Terapeuta: — E você gostaria de fazer algum comentário antes de a gente concluir essa entrevista?

Mãe S: — Algum comentário?

Terapeuta: — É, quer acrescentar alguma coisa que eu te falei, que você respondeu, ou não?

Mãe S: — Sobre a Equoterapia?

Terapeuta: — É, sobre a Equoterapia.

Mãe S: — Ah, eu, se fosse possível que o governo desse pra todas as crianças que precisam, né?

Terapeuta: — Aham.

Mãe S: — Porque ah, pelo amor de Deus, é sofrimento demais pra uma mãe que tem filho especial e você não puder dar pra ele o tratamento que ele necessita, entendeu? Não falando de alimentação, tratamento. Nós que somos mães sabemos o que é isso. Porque, ah, você quer fazer uma coisa, quer fazer e não tem condições, você quer fazer.

Terapeuta: — Você acha que uma das maiores dificuldades é essa, você ter e não poder fazer...

Mãe S: — Não poder fazer, mas você precisa fazer, precisa, porque não é uma coisa que você acha que tem que fazer, precisa fazer e o governo não te ajuda, não te dá uma estrutura pra você fazer isso. O que ele dá? Ele dá o passe livre. Você não adianta você ter o passe livre, se você não tem aonde ir pra fazer a terapia, fazer o tratamento dela. E aqui o governo, ele não te dá um apoio. Porque se você trabalha, ganha um salário, ele já não pega já o benefício deles.

Por que não pode fazer isso? Gente, ele tem alimentação, ele tem remédio.

Terapeuta: — Qual que é sua profissão?

Mãe S: — Eu sou auxiliar de marceneiro. Tenho ajuda da firma que eu trabalho, porque eu já tenho dezesseis anos que eu trabalho lá, né, então quando eu ganhei E. eu já trabalhava lá, então eles acham assim, no sentido de, enquanto eles puder me ajudar, eles vão me ajudar, você entendeu? Mas tem mãe que não pode trabalhar, né? Por que? Porque tem que dedicar a filho vinte e quatro horas. Eu posso trabalhar, por que? Porque minha sogra cuida de Emily, né? Meu marido trabalha à noite. E nós tem carro. Eu chego de noite, já vou correndo, pra Fisioterapia, pra curso, entendeu? Quando não vou, eu que fico doente. Eu precisava ir, porque um dia eu aprendi, no dia que eu faltar qualquer coisa pra E., não é eu que tô prejudicando é ela, né? Ela um dia menos de adiantamento que ela podia ter.

Terapeuta: — Mais alguma coisa, mãe?

Mãe S: — Não.

Terapeuta: — Muito obrigada pela sua colaboração.

Mãe T

Terapeuta: — Esteja segura da completa confidencialidade dos dados, para manter seu anonimato, não perguntarei seu nome. Sua participação é voluntária e sua recusa em não responder qualquer pergunta não envolve penalidade. Você poderá desistir de participar a qualquer momento. Concorda?

Mãe T: — Concordo.

Terapeuta: — Pra você o que é Equoterapia?

Mãe T: — É uma terapia que na realidade tá ajudando muito, pelo menos o Eduardo, na parte de postura e sustentação do corpo, porque ele tinha muita falta de equilíbrio mesmo. Então melhorou o equilíbrio.

Terapeuta: — A atenção dele?

Mãe T: — A atenção também melhorou, mas ainda tem aquele desvio, né?

Terapeuta: — E você acha que a Equoterapia é indicada pra que tipo de patologia ou diagnóstico de um modo geral?

Mãe T: — Eu acho que mais pra crianças com dificuldade de atenção, de equilíbrio, parte motora, né, e algumas até, dá uma, pessoas que não tem atenção, é muito agitada...

Terapeuta: — Hiperatividade?

Mãe T: — Hiperativas.

Terapeuta: — E como que você teve conhecimento da Equoterapia pela primeira vez?

Mãe T: — Pela primeira vez foi no jornal, que mostraram logo que começou a montar, nem aqui em Cuiabá tinha. Eu vi no jornal que tava tendo Equoterapia que era o tratamento com o cavalo, mas não sabia como era, né?

Terapeuta: — Aham.

Mãe T: — Aí depois, eu fui pesquisando, quando chegou em Cuiabá, já, que eu vim morar pra cá pra fazer esse tratamento, fazer a Equoterapia.

Terapeuta: — Isso tem quanto tempo mais ou menos que você ouviu falar disso no jornal?

Mãe T: — Já faz, acho que logo que começou, uns três, quatro anos.

Terapeuta: — E você tem idéia de por que que a gente usa o cavalo na Equoterapia?

Mãe T: — Eu acho que, primeiro porque é um animal, que se você domar ele certo, é um animal dócil, né, e ele tem bastante, o andar dele, os movimentos dele deve ser, que ajuda na parte motora, porque os passos é da mesma forma, a gente dá um pra depois dar outro, da mesma forma do ser humano.

Terapeuta: — E alguém lhe orientou a procurar esse tratamento?

Mãe T: — Não, porque, como eu falei, quando eu vi, eu já me interessei, então quando eu vim pra Cuiabá, na neuro a primeira coisa que eu perguntei, se tinha que colocar ele na Equoterapia.

Terapeuta: — E ela disse o que?

Mãe T: — Ela disse que seria ideal, aí eu fui procurar já a Equoterapia.

Terapeuta: — E antes de ele iniciar esse tratamento, você acreditava já nessa técnica?

Mãe T: — Acreditava, porque eu acho que seria, envolve natureza, envolve animal, porque criança gosta desse meio, é uma coisa que sai de dentro da clínica e vai pra fora, que ela tem muito mais vontade de fazer, uma coisa que ela não enjoa, por que é uma motivação, por que é diferente daquela rotina que eles costumam fazer. Ai dessas crianças, de vários tratamentos, ela enjoa de ficar naquela sala trancada, é uma coisa que ela vai fazer, vai fazer com gosto.

Terapeuta: — Qual que é a idade dele?

Mãe T: — Tem seis anos.

Terapeuta: — Qual que é o diagnóstico dele?

Mãe T: — Ah, o diagnóstica é uma, é uma má-formação nas células do cérebro. No começo nós achamos que era falta de oxigenação, né, também é um pouco por falta de oxigenação, mas achava que era alguma lesão que tinha causado, que chegaram a indicar, mas não é, é uma má-formação na hora de gerar.

Terapeuta: — Uma má-formação congênita do cérebro?

Mãe T: — Isso.

Terapeuta: — Ele, parece que ele teve um acidente também, né? Ele teve traumatismo craniano?

Mãe T: — Traumatismo craniano, teve coágulo na região frontal do crânio que bloqueou um pouco a visão e deu mais atraso, porque daí sem visão não tem como fazer muitos estímulos, então acabou retardando um pouco o tratamento.

Terapeuta: — Esse traumatismo deixou seqüelas então, neurológicas?

Mãe T: — Assim, seqüela do acidente, mais é o fato da má-formação. Esse traumatismo até superou, até não tem, a tomografia não deu nada, em relação à tomografia que tinha dado, o traumatismo craniano tinha dado um coágulo, mas esse coágulo já desfez, já se desfez e agora ele tem o atraso mesmo.

Terapeuta: — E ele realiza outras terapias hoje?

Mãe T: — Faz. Faz Terapia Ocupacional, terapia de artes, psicóloga, psicopedagoga, Fonoaudiologia, Fisioterapia e hidroterapia e a Equoterapia. Faz praticamente todas as terapias, né?

Terapeuta: — Há quanto tempo que ele pratica Equoterapia nesse Centro?

Mãe T: — Faz uns dois anos e meio.

Terapeuta: — E ele já praticou em outro local?

Mãe T: — Não.

Terapeuta: — Seu filho apresentou mudanças como tratamento de Equoterapia?

Mãe T: — Muita.

Terapeuta: — Você até comentou lá no início, né?

Mãe T: — Já até comentei, é muita mudança, ele já tem o próprio equilíbrio, a atenção ele melhorou, não é uma coisa que fala assim, foi superada, mas já melhorou bastante. Da parte motora, melhorou assim uns oitenta por cento.

Terapeuta: — Em relação ao equilíbrio que você fala?

Mãe T: — Equilíbrio, até por causa do pescoço dele, porque ele sustentava, ele era um pouco mole, agora ele já tem mais firmeza, até na parte de andar, bem melhor.

Terapeuta: — Quando ele não pode vir pra sessão, ele demonstra alguma reação?

Mãe T: — Não, assim, ele sabe o dia certinho que é pra vir, agora quando eu não venho é por alguma coisa, ou eu viajo, ou é porque eu não posso vir, em algum outro lugar eu tô, então, tipo assim, quando não traz, sempre arrumo outra coisa pra fazer e ele nem percebe.

Terapeuta: — E quando você fala que tá vindo pra Equoterapia, pro cavalo, ele demonstra alguma reação?

Mãe T: — Sim, hoje de manhã mesmo eu falei: Eduardo, vamos pra Equoterapia. Tomou o leite dele rapidão, catou, foi lá pra porta, no carro.

Terapeuta: — Você indicaria essa técnica pra outras pessoas?

Mãe T: — Não, não indicaria, eu já indiquei pra várias pessoas. Todas que eu indiquei que foram, que procuraram, olha, ficaram satisfeítíssimos com o trabalho e estão fazendo.

Terapeuta: — Qual é a sua idade?

Mãe T: — Eu tenho vinte e seis.

Terapeuta: — Sua escolaridade?

Mãe T: — Eu sou formada em Administração, atualmente eu faço uma nova faculdade de Arquitetura.

Terapeuta: — Você trabalha atualmente?

Mãe T: — Não, não trabalho em função dele, porque eu vou todos os dias na terapia, né, e estudo a noite.

Terapeuta: — E você gostaria de fazer algum comentário antes de concluirmos essa entrevista?

Mãe T: — Eu acho assim, interessante esse trabalho que você está fazendo, que é pesquisar um pouco mais a fundo, é um conhecimento que muita gente não tem e por isso às vezes não procura, não vai atrás. Isso é ótimo pra muitas pessoas verem que este é um trabalho excelente e vai ajudar o filho dela, e vai melhorar bastante.

Terapeuta: — Você acha que ainda falta muita falta de informação com relação à Equoterapia?

Mãe T: — Eu acho que já foi bastante divulgado, mas ainda falta um pouco.

Terapeuta: — E com relação aos profissionais, você acha que eles estão sabendo o que é Equoterapia?

Mãe T: — Olha, tem alguns, inclusive que eu indiquei, muitas neurologistas não indicaram, não falaram, mas quando eu falei e ela perguntou, que ela foi atrás, ela falou assim: Não, pode fazer. Mas não que ela tinha indicado...

Terapeuta: — Tenha tido a iniciativa de indicar essa terapia?

Mãe T: — Isso. Tem que partir da mãe perguntar.

Terapeuta: — Como no seu caso também, né, você perguntou, né?

Mãe T: — No meu caso, como o E. tinha traumatismo, o bloqueio nessa parte, esse coágulo, nós só tínhamos que esperar um pouco, entendeu? Pra fazer Equoterapia. Então sem consentimento da neurologista eu não podia fazer nada, porque...

Terapeuta: — Mas assim, o que eu tô te perguntando, é que você perguntou pra ela também se seria indicado ou não.

Mãe T: — Não, mas eu sou muito, antes de você falar eu já estou na sua frente. Eu sou bastante assim, gosto de estar sabendo, de estar informando, estar aprendendo, até pra a gente poder estar ajudando algum próximo, né, foi o que aconteceu já várias vezes.

Terapeuta: — Aham. Então tá bom, obrigada pela sua colaboração.

Mãe U

Terapeuta: — Esteja segura da completa confidencialidade dos dados. Para manter seu anonimato, não perguntarei seu nome. Sua participação é voluntária e sua recusa em responder qualquer pergunta não envolve penalidade. Você poderá desistir de participar a qualquer momento. Concorda?

Mãe U: — Sim.

Terapeuta: — Pra você o que que é a Equoterapia?

Mãe U: — Olha, assim...Eu não entendo como ela funciona. Mas pra mim foi uma opção de uma terapia motora pro meu filho, que desenvolvesse assim o lado mais lúdico, mais divertido, ao ar livre, que não tão estressante quanto as outras terapias que ele faz.

Terapeuta: — Hum... É... Você entendeu por que que a gente utiliza o cavalo como instrumento na Equoterapia?

Mãe U: — O que me explicaram e que a marcha dele é similar a marcha do ser humano e que então isso favoreceria o equilíbrio.

Terapeuta: — Quais os benefícios que a Equoterapia traz para as crianças que a praticam?

Mãe U: — É... Ah...Eu acho que envolve um lado assim psicológico né, de estar envolvido com o animal...e a parte do equilíbrio, a parte motora e me disseram que e bom pra o desenvolvimento da fala, mas eu não sei porque.

Terapeuta: — Aham. E ela e indicada pra que tipo de crianças ou pessoas? Que tipo de patologia você acha, não tem uma idéia pra que tipo de patologia que ela serve?

Mãe U: — Não, eu imagino que seja pra pessoas que tem algum problema motor, mas existem outros tipos de pessoas, mas eu não sei bem.

Terapeuta: — Tá. Como você obteve conhecimento sobre a Equoterapia? Quando que você ouviu falar pela primeira vez?

Mãe U: — Ah... Foi há um ano e meio mais um menos, porque eu comecei a escutar de mães de outros pacientes que os filhos faziam.

Terapeuta: — Então a primeira vez que você ouviu falar sobre essa técnica foi através de outras mães de filhos que praticavam?

Mãe U: — Isso.

Terapeuta: — Alguém te orientou a procurar essa técnica?

Mãe U: — Sim. A fisioterapeuta do meu filho.

Terapeuta: — E antes de o seu filho iniciar esse tratamento, você acreditava nessa técnica?

Mãe U: — Sim.

Terapeuta: — Qual que e a idade dele?

Mãe U: — Quatro anos.

Terapeuta: — Qual que e o diagnóstico dele?

Mãe U: — E... Ele tem um... ele teve anópsia no parto, então ele uma seqüela no crânio.

Terapeuta: — Ele realiza outras terapias?

Mãe U: — Sim. Ele faz Fisioterapia, fono e a Equoterapia.

Terapeuta: — E há quanto tempo que ele pratica Equoterapia nesse Centro?

Mãe U: — Cinco meses.

Terapeuta: — Ele já praticou Equoterapia em outro local?

Mãe U: — Não.

Terapeuta: — Ele apresentou mudanças com o tratamento?

Mãe U: — Olha, desde esse período pra cá ele apresentou mudanças. Eu não sei se essas mudanças estão diretamente relacionadas com o tratamento da Equoterapia, né... Eu senti uma melhora grande na parte do equilíbrio, ele ta conseguindo subir escada sozinho, coisa que ele não fazia, consegue subir alguns poucos degraus sem segurar no corrimão, coisa que ele também não fazia e ele melhorou muito a parte de linguagem.

Terapeuta: — Quando ele não pode vir pra Equoterapia, ele demonstra alguma reação?

Mãe U: — Não.

Terapeuta: — E quando você fala que ta vindo pra Equoterapia?

Mãe U: — Ele gosta.

Terapeuta: — Ele gosta? Você indicaria essa técnica a outras pessoas?

Mãe U: — Sim.

Terapeuta: — Por que?

Mãe U: — Como eu falei no inicio, eu acho que e uma terapia que e mais gostosa de ser realizada. Ela não e estressante.

Terapeuta: — Qual e a sua idade?

Mãe U: —... Menos de trinta e cinco.

Terapeuta: — Qual que é a sua escolaridade?

Mãe U: — Nível superior completo.

Terapeuta: — Você trabalha?

Mãe U: — Trabalho.

Terapeuta: — Você e casada?

Mãe U: — Sou.

Terapeuta: — Gostaria de fazer algum comentário antes da gente concluir essa entrevista?

Mãe U: — Não.

Terapeuta: — Não? Então tá bom, obrigada pela sua colaboração.

Mãe V

Terapeuta: — Esteja segura da completa confidencialidade dos dados, para manter o anonimato, não perguntarei seu nome. Sua participação é voluntária e sua recusa em não responder a qualquer pergunta não envolve penalidade. Você poderá desistir de participar a qualquer momento. Concorda?

Mãe V: — Ok.

Terapeuta: — Para você, o que é Equoterapia?

Mãe V: — E... pelo que eu tenho de conhecimento, a Equoterapia e uma terapia que o cavalo e o terapeuta, vamos colocar assim: o principal terapeuta, né? Com o auxílio de outros profissionais da área de saúde, mas onde [...] o instrumento para atingir o objetivo da recuperação, da reabilitação e o cavalo.

Terapeuta: — A Equoterapia seria indicada para que tipo de patologias ou diagnósticos?

Mãe V: — Pelo que eu tenho conhecimento, Paralisia Cerebral na maioria dos casos, também nas outras síndromes: Síndrome de Down, Síndrome de Rett, já vi crianças no meu acompanhamento do meu filho. E já ouvi dizer também, já vi pessoas fazendo pra depressão, pessoas que são hiperativas, enfim engloba todo o sistema nervoso central, ate onde eu tenho conhecimento.

Terapeuta: — E quais os benefícios que a Equoterapia traz ao paciente?

Mãe V: — Especificamente, o meu filho trouxe uma atenção maior e uma mobilidade maior, ele tem se movimentado de uma forma bem mais ágil, mais rápida. A resposta da parte cognitiva tem vindo mais rápida, movimentos que antes até então, antes da Equoterapia ele não fazia, ele passou a fazer, então assim, eu não vi só na parte motora, mas também na parte cognitiva. Enfim, no caso dele foi de uma forma global que a Equoterapia tem ajudado. Porque eu percebi essa mudança após o início da Equoterapia. Ele já vinha fazendo outras terapias, mas e a partir da Equoterapia ficou mais acentuada essa melhora dele na parte cognitiva e motora.

Terapeuta: — De uma maneira geral, que benefícios você acha que a Equoterapia proporciona? de modo geral?

Mãe V: — Principalmente a parte de equilíbrio, firmeza... no caso específico, eu posso responder mais no caso do meu filho. Ele tem uma flacidez...é tem outro nome...

Terapeuta: — Hipotonia...

Mãe V: — É exatamente. Ele tem uma hipotonia... ele tinha uma hipotonia muito acentuada e com a Equoterapia, ele melhorou muito essa hipotonia né? Essa parte da hipotonia melhorou muito e a parte de concentração também. Por exemplo: olhar pra televisão e prestar atenção na televisão, coisa que até então ele não fazia. Hoje ele já tenta. Assim... Se alguma coisa tiver música, por exemplo, se tiver tocando uma música, ele vira pro som, ele consegue ver de onde tá vindo o som. Ele olha e vira pro som e escuta a música e escuta a música se interessa a ele, ele escuta, senão ele fecha os ouvidos, não, eu não quero ouvir essa música. Isso também eu atribuo depois da Equoterapia, essa parte aí evoluiu muito.

Terapeuta: — Como que você teve conhecimento da Equoterapia? quando que você ouviu falar pela primeira vez?

Mãe V: — Depois do nascimento do meu filho. E... alguns profissionais comentaram e eu fui na internet... meu primeiro contato com a Equoterapia foi na internet. Quando eu busquei informações na internet e eu queria saber o que que era e como a Equoterapia agia na reabilitação. Aí dentro da nossa cidade eu fui buscar profissionais que trabalhavam, e na época só tinha um técnico, não tinha nenhum profissional habilitado como nós temos hoje. Mas foi uma pessoa que no início ele era bebê ainda, e eu tive a coragem, porque ele não era um profissional ainda, de leva-lo a busca de reabilitação. Até alguns profissionais ficaram sabendo e acharam que eu tava sendo imprudente em colocar meu filho na mão de um técnico, mas a minha busca da reabilitação foi maior. Foi o primeiro contato meu com a Equoterapia.

Terapeuta: — E isso foi há quanto tempo?

Mãe V: — Isso foi em... O [...] devia ter um ano e meio, dois anos, aí depois os profissionais começaram a trabalhar com a Equoterapia mas aí por problemas de saúde que o [...] teve em decorrência de e intercorrências que o [...] teve, eu tive que parar. Aí há dois anos eu fiquei sabendo deste grupo, que agora ele está fazendo, e agora ele está fazendo ininterruptamente há dois anos.

Terapeuta: — Qual que é a idade dele?

Mãe V: — Oito anos.

Terapeuta: — Qual que é o diagnóstico dele?

Mãe V: — Paralisia Cerebral, hidrocefalia, encéfalo malácia que de alguma forma tá ligado a Paralisia Cerebral. O quadro maior dele e a Paralisia Cerebral, ligado a encefalia.

Terapeuta: — Antes de iniciar esse tratamento, você acreditava nesta técnica?

Mãe V: — Assim... a minha vontade... em acreditar que existe uma luz no fim do túnel, e pelo que eu li, pelas informações que eu obtive através da Internet, que ela e uma técnica utilizada nos períodos de guerra, na Alemanha, em 1850. Assim, eu achei que era uma técnica muito antiga e que se buscavam essa técnica, pra hoje que tá bem mais evoluído, que alguma coisa de boa existia. Assim, eu acredito e passei a acreditar realmente que...

Terapeuta: — E algum profissional específico te orientou a procurar a Equoterapia?

Mãe V: — Não. Pra falar assim: vai e faz, não. Como fizeram com a Fisioterapia, fono, não. A minha busca foi por iniciativa da família, minha e do meu marido em ir buscar.

Terapeuta: — Ele realiza outras terapias?

Mãe V: — Fisioterapia, fono, já realizou Terapia Ocupacional, já realizou hidroterapia. Essas duas últimas ele não está mais fazendo ... e agora também e a Equoterapia.

Terapeuta: — Há quanto tempo sua filha pratica Equoterapia aqui?

Mãe V: — Agora... Exatamente agora em janeiro, vai fazer dois anos sem nenhuma intercorrência, sem nenhuma paralisação. Em nenhum momento ele fez ...

Terapeuta: — Continuamente?

Mãe V: — Continuamente.

Terapeuta: — Quando você comentou que ele fez em outros lugares e aí parou por problemas de saúde, aí depois você retornou pra cá. Quando você trocou de Centro, o que pesou na sua escolha?

Mãe V: — O que pesou na minha escolha foi o local, a estrutura física que este centro possui. Os profissionais, que eu fiquei sabendo que eram profissionais que já vinham há alguns anos trabalhando. E isso pra mim, mãe, mostrou que são profissionais que estão engajados na reabilitação realmente. Não são profissionais que hoje estão num lugar, amanhã em outro, que levam um trabalho seqüencial. Eu procurava isso, tanto é que a fisioterapeuta do meu filho atende ele desde que ele nasceu, então eu procurava profissionais que abraçassem realmente a causa dele. e eu fiquei sabendo que este grupo que nós estamos hoje era um grupo que tem essa mentalidade.

Terapeuta: — E você já comentou das mudanças que ele apresentou. Quando ele não pode vir, ele demonstra algum tipo de reação? quando ele não pode vir pra sessão?

Mãe V: — Olha, é nesses últimos dois anos, não aconteceu nenhuma vez. Então assim, nós não tivemos nenhuma falta, então eu não posso nem afirmar... Eu só posso afirmar que quando eu acordo ele e falo: “Filho, vamo acordar, hoje tem cavalinho, nos vamos andar de cavalo, gostoso... Tio M., tio J., tia M. tá te esperando...” E, eu vejo no semblante dele satisfação. Quando ele senta e eu falo: “Filho vamo andar de cavalinho”, ele faz o movimento do cavalo... Eu vejo que é uma prática agradável pra ele, não é uma coisa que eu falo pra ele e ele demonstra não ter vontade de vir.

Terapeuta: — Você indicaria essa técnica a outras pessoas?

Mãe V: — Indicaria e indico muito. Principalmente eu comento muito com os profissionais da área medica, principalmente os médicos, sempre comento que eu acho que eles deveriam

indicar mais pros pacientes deles. Porque eu sinto deles uma certa resistência quando você fala. Que o que evoluiu muito, que a Equoterapia é maravilhosa, das melhores que ele teve. Eu sinto nos profissionais essa resistência. Já consegui levar, não nesse centro, mas no outro centro, profissionais que cuidavam do meu filho para assistir uma sessão pra ver o quanto é interessante, então assim eu acho que eu sou indiretamente uma grande divulgadora da Equoterapia.

Terapeuta: — Muito obrigada pela divulgação, ne... qual a sua idade?

Mãe V: — [...].

Terapeuta: — Qual que é a sua escolaridade?

Mãe V: — Terceiro grau completo.

Terapeuta: — Você é casada?

Mãe V: — Sou casada.

Terapeuta: — Você trabalha?

Mãe V: — Hoje eu sou aposentada.

Terapeuta: — Você tá aposentada há quanto tempo?

Mãe V: — Tem dois anos agora em agosto.

Terapeuta: — Antes você trabalhava?

Mãe V: — Trabalhava.

Terapeuta: — Você gostaria de fazer algum comentário antes da gente concluir essa entrevista?

Mãe V: — Que eu gostaria que a Equoterapia fosse mais acessível. Eu sei que o custo é grande. Mas eu sei que tem muitas crianças que precisam e não tem acesso, pelo alto custo, não só da Equoterapia, como de outras terapias também. A reabilitação, ela é cara, independente da área. Então assim eu gostaria que talvez o poder público se mobilizasse no sentido de trazer recurso pra essa área ... que eu acho que mesmo hoje, temos a fundação que presta esse tipo de serviço, mas de uma forma muito limitada ainda. Porque nós temos muitas crianças que precisam. Eu hoje, ainda posso pagar. Não sei se vou poder, por quanto tempo, mas farei tudo pra continuar. Mas gostaria que a reabilitação de uma forma geral tivesse um custo mais acessível. É um direito do povo, na verdade. É um direito constitucional que infelizmente o nosso poder público não nos concede com tanta facilidade.

Terapeuta: — É verdade. Obrigada pela sua colaboração.

Declaração do Comitê de Ética

DECLARAÇÃO

Declaramos, para fins de direito, que o projeto “Equoterapia: sob o ponto de vista das mães dos praticantes”, de responsabilidade de Melissa Cristina Silva , após análise do Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Católica Dom Bosco-CEP/UCDB e encaminhamento para a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa-CONEP, foi considerado aprovado sem restrições.

Campo Grande, 01 de junho de 2006.



Regina Stela Andreoli de Almeida
Presidente do CEP/UCDB