



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Centro Regional de Braga

Faculdade de Ciências Sociais

# **O impacto da hipoterapia em crianças com Síndrome de Angelman**

## **Estudo de Caso**

II Ciclo em Ciências da Educação – Educação Especial

**Paula Cristina Fernandes de Freitas**

Orientadora:  
Professora Doutora Filomena Ermida da Ponte

**Braga, 2014**



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Centro Regional de Braga

Faculdade de Ciências Sociais

# **O impacto da hipoterapia em crianças com Síndrome de Angelman**

## **Estudo de Caso**

II Ciclo em Ciências da Educação – Educação Especial

**Paula Cristina Fernandes de Freitas**

Orientadora:  
Professora Doutora Filomena Ermida da Ponte

**Braga, 2014**

## DECLARAÇÃO DE HONRA

Entrega de dissertação ou relatório

Paula Cristina Fernandes de Freitas, número: 11550763 II Ciclo de Estudos em Ciências da Educação - Educação Especial, declara por sua honra que o trabalho apresentado é de sua exclusiva autoria, é original, e todas as fontes utilizadas estão devidamente citadas e referenciadas, que tem conhecimento das normas e regulamentos em vigor<sup>1</sup> na Faculdade de Ciências Sociais e que tem consciência de que a prática voluntária de plágio, auto plágio, cópia e permissão de cópia por outros constituem fraude académica.

Braga, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

(assinatura)

---

### <sup>1</sup>Artigo 13º do Regulamento de Avaliação Fraude

1. A fraude em qualquer prova de avaliação implica uma classificação final de zero valores e impedirá o aluno de se apresentar a qualquer forma de avaliação na mesma unidade curricular na mesma época de exames em que a fraude ocorreu.

2. A ocorrência de fraude terá de ser comunicada, pelo docente responsável pela avaliação e respetivo vigilante, à Direção da Faculdade com especificação das seguintes informações: tipo de prova de avaliação, data, nome e número do aluno em causa e descrição sumária da ocorrência anexando eventuais comprovativos da fraude.

3. A ocorrência destas fraudes será objeto de averbamento no processo do aluno.

# AGRADECIMENTOS

À professora Doutora Filomena Ponte, minha orientadora, pela sua sabedoria, por todo o apoio, confiança e incentivo que depositou em mim e no meu trabalho.

Ao meu marido Paulo, que me encorajou a concluir o mestrado, demonstrando sempre todo o seu amor, colaboração e paciência, minha eterna gratidão!

À minha filha, que é a minha luz.

A Deus, por me ter confiado saúde e iluminado os meus pensamentos, permitindo alcançar mais uma realização.

À minha mãe por todo o amor e carinho.

Ao meu pai, *in memoriam*, pelo amor incondicional, pelos valores e princípios que me inculuiu e que ficarão para sempre.

À minha amiga Paula, por todo o seu entusiasmo, boa disposição e, acima de tudo amizade.

A todos os participantes neste estudo, em especial ao R., por terem partilhado parte das suas vidas, ao dedicar parte do seu tempo e das suas vivências. Foram eles a matéria prima deste trabalho; sem eles nada teria sido possível.

## RESUMO

A generalização do direito à educação institui uma das mais expressivas conquistas resultantes da modernização das sociedades, conferindo liberdade de aprender a todas as crianças com ou sem deficiência, assim como, o direito à sua construção pessoal e social, ou seja à sua real inclusão.

O presente estudo, focaliza-se na Síndrome de Angelman, uma doença rara de base genética que se revela num distúrbio neurológico que causa atraso mental grave, alterações do comportamento, demora no desenvolvimento psicomotor, ausência de fala e deficit de atenção.

Quisemos verificar a influência da intervenção terapêutica – hipoterapia – na recuperação ao nível psicomotor, tendo em conta o vínculo afetivo entre criança-cavalo. Nesta técnica, hipoterapia, utiliza-se o passo do cavalo, movimento tridimensional, com fins terapêuticos de forma a que os estímulos produzidos em todo o corpo do cavaleiro proporcionem melhorias em termos neuro-musculares e sensoriais.

O participante deste estudo é uma criança de 8 anos de idade, do sexo masculino, que apresenta diagnóstico de Síndrome de Angelman. Participaram também a mãe da criança, a psicóloga e fisioterapeuta da Associação Equiterapêutica do Porto e Matosinhos.

Através da exploração do paradigma metodológico qualitativo, foi feita previamente uma análise documental (e.g., PEI, ficha de grupo e ficha individual) e configuradas entrevistas direcionadas à mãe da criança, à psicóloga e fisioterapeuta. Foram ainda realizadas seis sessões de observação direta não-participante, relativas às sessões de hipoterapia.

Os resultados obtidos neste estudo são indicadores probabilísticos da importância da hipoterapia, contribuindo de forma satisfatória para um melhor desenvolvimento psicomotor (i.e. equilíbrio e ajuste corporal, auto-estima e estabilidade emocional). Ponderamos equitativamente, a hipótese da relação que se estabelece entre criança-cavalo, o vínculo afetivo, estar fortemente associada a esta evolução desenvolvimental. Reiteramos a importância do investimento nesta terapia e na

articulação entre os diferentes agentes educativos para uma intervenção mais eficaz e frutífera.

**Palavras-chave:** Síndrome de Angelman; Hipoterapia; Vínculo afetivo

# ABSTRACT

The generalization of the right to education establishing one of the most significant achievements resulting from the modernization of societies, giving children, with or without disabilities, freedom to learn, as well as the right to personal and social construction, promoting its actual inclusion.

The present study focuses on Angelman Syndrome, a rare genetic base disease that reveals a neurological disorder that causes severe mental retardation, behavioural disturbances, delayed psychomotor development, lack of speech and attention deficit.

The hippo therapy technique uses the horse step, a three-dimensional movement, with therapeutic purposes, so that the stimulus produced around the body of the rider provide improvements in neuro-muscular and sensory terms.

The goal of this study was to verify the effect of therapeutic intervention - hippo therapy - its recovery in the psychomotor level, taking into account the affective link between child and horse. The participant of this study is an 8-year-old male child, presenting diagnosis of Angelman Syndrome. The child's mother, the psychologist and physiotherapist of Associação Equiterapêutica do Porto e Matosinhos also participated in the study.

The analysis and treatment of data were made using several documents (e.g., PEI, group and individual record sheet) and set directed to the mother of the child, psychologist and physiotherapist interviews. There were also six sessions of direct non-participant observation concerning the hippo therapy sessions.

The results obtained in this study are probabilistic indicators of the importance of hippo therapy, contributing satisfactorily to a better psychomotor development (e.g. body balance and adjustment, self-esteem and emotional stability, due to the three-dimensional movement of the horse). However, these results are only possible due to the affective bound between the child and horse. We reiterate the importance of investment in this therapy and the relationship between the various educational agents in order to achieve a more effective and fruitful intervention.

**Keywords: Angelman Syndrome; hippotherapy; Affective bond-**

# ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS .....	ii
RESUMO.....	iii
ABSTRACT .....	v
ÍNDICE GERAL .....	vii
ÍNDICE DE SIGLAS .....	viii
ÍNDICE DE ANEXOS .....	ixx
ÍNDICE DE TABELAS .....	x
INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO 1 – MÓDULO CONCEITUAL .....	3
1. Síndrome de Angelman .....	3
1.1. Causas .....	3
1.2. Características .....	4
1.3. Diagnostico .....	6
1.4. Tratamento .....	7
2. Evolução Histórica da Equitação Terapêutica.....	9
3. Hipoterapia .....	12
3.1. O Cavalo .....	166
3.2. O Vinculo Afetivo Cavaleiro-Animal.....	20
CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO DE ESTUDO .....	211
1. Motivação .....	211
2. Objetivos.....	222
CAPÍTULO III – ESTUDO EMPÍRICO.....	233
1. Método.....	233
2. Participantes .....	244

2.1. Seleção dos Participantes.....	244
2.2. Caracterização dos Participantes.....	255
3. Instrumentos .....	388
3.1. Análise Documental.....	399
3.2. Observação Direta Não-Participante .....	399
3.2.1. Calendarização das Sessões de Observação.....	40
3.3. Entrevista .....	411
3.3.1. Técnica de Análise das Entrevistas .....	411
4. Procedimentos .....	444
CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS..	466
1. Análise.....	466
1.1. Análise Documental das Entrevistas .....	466
1.2. Análise da Observação Direta Não-Participante .....	50
Conclusão .....	544
Referências Bibliográficas.....	599
Sites Consultados.....	62
Anexos .....	633

# ÍNDICE DE SIGLAS

**ADN** (Ácido desoxirribonucleico)

**AEPM** (Associação Equiterapêutica do Porto e Matosinhos)

**ANDE-BRASIL** (Associação Nacional de Equoterapia, Brasil)

**EEG** (Eletroencefalograma)

**PEI** (Plano Educativo Individual)

**SA** (Síndrome de Angelman)

# ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO A - Termo de Consentimento de Pesquisa ao Encarregado de Educação

ANEXO B - Termo de Consentimento de Pesquisa à Associação Terapêutica do Porto e Matosinhos

ANEXO C – Grelha de Observação de Sessões de Hipoterapia

ANEXO D – Grelhas de Observação das Sessões de Hipoterapia

ANEXO E - Guião de Entrevista – mãe

ANEXO F – Guião de Entrevista - psicóloga

ANEXO G – Guião de Entrevista - fisioterapeuta

ANEXO H – Transcrição das Entrevistas

ANEXO I – Ficha de Grupo da AEPM

ANEXO J – Ficha Individual da AEPM

# ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 – Características da Amostra.....24

TABELA 2 – Calendarização das Sessões de Observação de Hipoterapia.....39

TABELA 3 – Categorização das Entrevistas.....46

*“Geralmente quando nasce uma criança, há quem diz: é a cara do pai...outros acham que é a cara da mãe...Mas, quando nasce uma criança especial, poucos se arriscam a dizer com quem se parece, porém, sem dúvida é a cara da família e o corpo da sociedade.”*

*(Brito, 2006)*

# INTRODUÇÃO

A Síndrome de Angelman é ainda pouco conhecida. É um distúrbio neurológico que se caracteriza por um atraso mental severo, acompanhado por incapacidade de falar palavras ou frases, andar atáxico desequilibrado e convulsões.

O uso de terapias alternativas que complementem o trabalho do educador na sala de aula torna-se cada vez mais eficaz para contribuir com o desenvolvimento do aluno nos seus mais diversos aspectos, sejam eles cognitivo, emocional ou motor.

Desde que o uso terapêutico da equitação foi iniciado, vários estudos de pesquisa que investigam o efeito físico e psicossocial da equitação terapêutica têm sido realizados. A hipoterapia é um método terapêutico e educacional que utiliza o cavalo dentro de uma abordagem interdisciplinar, nas áreas de saúde, educação e equitação, procurando o desenvolvimento biopsicossocial de pessoas portadoras de deficiência e/ou com necessidades especiais. Esta terapia emprega o cavalo como agente promotor de ganhos físicos, psicológicos e educacionais (ANDE-BRASIL).

Para que ocorra aprendizagem é necessário que haja interação entre o indivíduo e o seu ambiente, sendo que a qualidade dessa interação vai afetar diretamente a qualidade da aprendizagem. Neste processo, fatores como a capacidade de concentração, a capacidade de estabelecer vínculos afetivos e a autoconfiança assumem um papel de extrema relevância.

Partindo desta premissa, a hipoterapia insere-se de forma exemplar no contexto da aprendizagem, principalmente no que diz respeito às crianças que apresentam sérias dificuldades na área de psicomotricidade. Esta terapia exige a participação do corpo inteiro, trabalhando o praticante de forma global, contribuindo assim, para o desenvolvimento do equilíbrio, tônus, força muscular, a conscientização do próprio corpo, o aperfeiçoamento da coordenação motora, atenção, auto-confiança e auto-estima. Com todos estes ganhos obtidos durante o trabalho desenvolvido na hipoterapia, o praticante é motivado e estimulado a adquirir novos conhecimentos e a manter todos os seus sentidos ativados.

Várias investigações têm descrito os múltiplos benefícios da colaboração entre famílias e profissionais. Esta colaboração é frutífera para todos os intervenientes no processo ensino-aprendizagem da criança com necessidades educativas especiais, incluindo a própria. Desta forma, a cooperação entre a família e os profissionais de educação é o ponto-chave no processo educativo de qualquer criança.

Pelo que foi supracitado, um dos pontos fulcrais desta investigação será fundamentar a influência da hipoterapia, através do vínculo afetivo entre criança – animal, na recuperação ao nível psicomotor de uma criança portadora de Síndrome de Angelman, sem nunca esquecer o envolvimento dos pais.

Do ponto de vista estrutural, apresentamos o presente estudo organizado em três capítulos.

No primeiro capítulo, denominado Módulo Conceitual apresentamos um enquadramento teórico, onde é abordado o público-alvo da investigação, crianças portadoras de Síndrome de Angelman, assim como uma sinopse da evolução histórica da equitação terapêutica, uma definição de hipoterapia bem como os seus benefícios.

No segundo capítulo, Enquadramento, apresentamos a motivação para o estudo e os respetivos objetivos que nos propomos a atingir.

O terceiro capítulo foi destinado ao Método, incidindo sobre a caracterização da amostra, dos instrumentos a utilizar para recolha de dados e procedimentos a seguir para a efetivação da investigação.

No quarto capítulo apresentam-se os resultados resultantes da análise de conteúdo das entrevistas, de toda a documentação analisada e da observação direta não-participante.

Por último, expomos as conclusões do nosso trabalho.

# CAPÍTULO 1 – MÓDULO CONCEITUAL

## 1. Síndrome de Angelman

A Síndrome de Angelman (SA), assim denominada em homenagem ao pediatra britânico Harry Angelman, foi por este relatada pela primeira vez em 1995 ao descrever três crianças com atraso mental grave e crises de riso. O riso inapropriado, que ocorre quase como um reflexo, levou à denominação de “*happy puppet syndrome*” (síndrome da marionete feliz). Posteriormente, considerada pejorativa, foi renomeada de SA.

Esta síndrome é uma doença de base genética. É um distúrbio neurológico que causa atraso mental, alterações do comportamento e algumas características físicas distintivas. Apesar de não haver uma exata prevalência desta patologia estima-se, atualmente, que uma em cada quinze ou vinte mil crianças são afetadas (Associação Síndrome de Angelman).

As crianças com SA nascem, normalmente, com uma aparência e um desenvolvimento inicial exatamente igual ao de outros bebês saudáveis. A gestação costuma ser normal, nascem com tamanho e peso dentro dos padrões estabelecidos e, em geral, não há nenhum indício que possa levar os pais ou os médicos pediatras a suspeitarem de qualquer anormalidade. É entre os 6 meses e 1 ano que começa a aparecer o atraso no seu desenvolvimento.

### 1.1. Causas

Em 1997, a causa da SA foi relacionada com a perda da função de UBE3A. O gene UBE3A, localizado no cromossoma 15, apresenta uma característica incomum, pois a transcrição desse gene não ocorre do alelo herdado do pai, um mecanismo denominado de impressão genômica paterna (*imprinting* paterno), mas todas as pessoas dependem do alelo herdado da mãe para expressar a proteína UBE3A nessas células. Em todos os outros tecidos, a expressão de UBE3A ocorre de forma bialélica (dos alelos herdados de ambos os pais). A SA deve-se a alterações genéticas que impedem a

produção de UBE3A do alelo materno, assim não haverá a função dessa proteína nos neurónios (Cook, Jr. E.H. 1997).

Embora, nos últimos 40 anos, muito se tenha avançado no reconhecimento clínico desta síndrome, ainda se sabe pouco sobre as suas características evolutivas e sobre a relação entre a real participação dos distintos mecanismos genéticos na configuração do seu fenótipo.

## **1.2. Características**

São muitas as características presentes em todas as crianças com SA, destacando-se: hipotonia (baixo tónus muscular), atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (dificuldade em começar a gatinhar, sentar, caminhar, ...), ausência de fala, convulsões, atraso mental grave e deficit de atenção.

O rosto das pessoas com esta patologia é muito característica: face triangular, boca e maxilar inferior grande (prognatismo mandibular), maxilar superior pequeno (hipoplásico), protusão da língua, dentes separados, cabeça pequena e achatada na região occipital (microbraquicefalia), a pele, cabelos e olhos menos pigmentados, cabelo louro e olhos azuis pálidos, numa grande maioria.

No tronco e membros estão presentes movimentos nervosos ou tremores que podem ser visíveis nos primeiros seis meses de vida. A consequência é que etapas normais da motricidade grossa ficam atrasadas: normalmente sentam-se depois dos doze meses e não andam até aos três ou quatro anos. As crianças mais afetadas podem apresentar uma grande rigidez e muita insegurança no caminhar. Aproximadamente 10% não chegam a andar.

O comportamento hipermotor (hiperatividade) é provavelmente o comportamento mais típico dos portadores da SA. Em casos extremos, o movimento constante pode causar acidentes ou contusões. Agarrar, beliscar e morder crianças maiores também ocorrem pela atividade hipermotora.

Não se sabe por que o riso é tão frequente nos portadores da síndrome. Estudos do cérebro não têm mostrado nenhum defeito que leve a pensar num campo anormal para o riso. Este parece ser, fundamentalmente, uma manifestação de expressão motora,

e não uma expressão de sentimentos ou uma forma de comunicação. A maioria das reações aos estímulos físicos e mentais acompanha-se de riso. Ainda que as crianças portadoras experimentem uma variedade de emoções, aparentemente predomina a felicidade (Associação Síndrome de Angelman).

Quanto às aquisições linguísticas, alguns portadores desta síndrome demonstram ter muita compreensão, levando a crer que seriam capazes de falar. Porém, mesmo nos de mais alto nível de desenvolvimento, a linguagem não se desenvolve ou dizem menos de seis palavras. A capacidade de linguagem não verbal varia muito, sendo que os mais desenvolvidos são capazes de aprender alguns sinais e usá-los como ajuda de expressão, juntamente com outros meios de comunicação baseados em imagens.

No desenvolvimento neuropsicomotor, as crianças portadoras desta síndrome demonstram, normalmente, um déficit cognitivo muito grave, com atrasos nas aquisições motoras. O seu andar é muito característico (ataxia): é desajeitado, como que desequilibrado; é muitas vezes acompanhado por tremores; colocam os braços posicionados com cotovelos curvados, os antebraços erguidos e as mãos dobradas para baixo. Todas apresentam dificuldade em coordenar a musculatura motora voluntária.

Os distúrbios do sono estão também muito presentes, tornando-se num transtorno para toda a família. Na infância, existe uma grande dificuldade em adormecer, mas muita facilidade para acordar. A grande maioria dos portadores apresenta ter apenas a necessidade de cinco a seis horas de sono por noite, sem que isso perturbe a sua disposição e atenção durante o período de vigília (Gerrini, R., 2003).

Os portadores da SA necessitam de suporte intenso durante toda a sua vida e de supervisão durante as 24 horas do dia, por não terem a noção de perigo. Contudo, alguns conseguem desenvolver uma certa independência ao realizarem algumas atividades, tais como: comer, vestir-se com ajuda, ir à casa de banho durante o dia e executar algumas tarefas domésticas simples, desde que não impliquem uma grande coordenação motora fina.

Estas crianças adoram brincar com água, dançar e apreciam barulho e imagens refletidas em espelhos (Associação Síndrome de Angelman).

### **1.3. Diagnóstico**

Um grande obstáculo no diagnóstico da SA é a falta de conhecimento, inclusive da área médica, devido à raridade e comorbilidade desta doença.

O diagnóstico é, em geral, estabelecido pelo geneticista através do exame genético, ou pelo neurologista, baseado em elementos clínicos. Um dos elementos clínicos mais expressivos é o atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, juntamente com a ocorrência de crises convulsivas e a presença de características físicas peculiares (Associação Síndrome de Angelman).

No recém-nascido, o diagnóstico é dificultado devido ao facto de os portadores não apresentarem as características faciais próprias. Assim sendo, o diagnóstico, geralmente, só é feito a partir dos primeiros anos. O peso e a estatura são geralmente normais no período pré-natal, assim como no pós-natal precoce. Também não são comuns ocorrências de malformações. Contudo, logo nos primeiros meses surgem dificuldades na sucção e na deglutição.

Na idade próxima a um ano torna-se característica a hipotonia muscular e o atraso neuromotor, fazendo com que estas crianças não se consigam sentar sem apoio. Por volta dos 6 aos 12 meses, há uma evidente diminuição do crescimento craniano.

Nas crianças que já andam, o que chama atenção são os movimentos trémulos e imprecisos, o andar desequilibrado, com as pernas abertas e com os braços afastados do corpo. Este abrir de braços pode ser uma tentativa de manter o equilíbrio. O comportamento na SA caracteriza-se por expansividade e riso fácil e frequente. A comunicação é bastante prejudicada em virtude da capacidade reduzida da expressão pela fala (Associação Síndrome de Angelman).

Indivíduos que tiverem história típica e apresentarem as características clínicas mais comuns devem realizar estudo cromossómico e de ADN (ácido desoxirribonucleico) à procura de alterações no cromossoma 15. Um teste genético positivo confirma o diagnóstico mesmo em indivíduos com sintomatologia clínica frustra, mas um resultado normal não exclui a possibilidade da SA. O julgamento do médico é crucial quando o teste genético é negativo e os estudos clínicos sugerem o diagnóstico sindrómico.

Além do quadro clínico, alguns exames podem contribuir para o diagnóstico da síndrome. O eletroencefalograma (EEG), avaliado por neurofisiologista com experiência nesta doença, poderá mostrar alterações fortemente sugestivas da síndrome. Os exames de imagem do crânio, como a tomografia computadorizada e a ressonância magnética, são normais ou apresentam alterações pouco específicas, pouco contribuindo para o diagnóstico. Os exames genéticos são particularmente importantes, sendo que em aproximadamente 80% dos casos, usando-se diferentes técnicas laboratoriais, pode-se confirmar a existência de deficiência num dos cromossomas 15.

A comorbilidade existente entre a SA e outras patologias como a Síndrome de Rett, Autismo Infantil, Paralisia Cerebral,..., torna importante que antes do diagnóstico conclusivo da síndrome em estudo, seja preciso proceder à exata diferenciação das várias características comuns existentes.

Os progenitores das crianças portadoras desta síndrome revelam risco de recorrência que pode variar de 1% a 50%, dependendo do mecanismo genético presente na origem do problema. Verifica-se que portadores na mesma família não apresentam anomalias cromossômicas, isto é, mutação pontual provocada pela reversão de dois ou mais pares de base na sequência do ADN de um gene. Contudo, em 15% dos pacientes o diagnóstico não pode ser confirmado geneticamente. Assim sendo, é fundamental haver sempre uma avaliação clínica precisa, baseada no histórico e em características físicas e comportamentais do portador.

#### **1.4. Tratamento**

Apesar de ainda não ter cura, a SA pode ter os seus efeitos amenizados através de alguns tratamentos, sendo de extrema importância que estes sejam aplicados o mais precocemente possível, garantindo assim um futuro melhor para os seus portadores.

A fisioterapia é muito importante para estimular as articulações e prevenir a rigidez. A epilepsia pode ser controlada através do uso de medicação. A terapia ocupacional ajuda os portadores da síndrome a desenvolverem a sua autonomia em situações do dia a dia, a melhorar a motricidade fina e a controlar a conduta motoro-bucal. Terapia da fala e audiologia são essenciais para o desenvolvimento da linguagem. A hidroterapia para além de tonificar a musculatura e relaxar, diminui os sintomas de

hiperatividade, distúrbios do sono e déficit de atenção. Com a hipoterapia, os portadores da SA beneficiam com a tonificação dos músculos, melhoria do equilíbrio e coordenação motora (Associação Síndrome de Angelman).

A atenção, ajuda, compreensão e paciência dos familiares e educadores pode permitir que a criança desenvolva, ela mesma, a autonomia para realizar algumas tarefas domésticas. Esta orientação leva a que os portadores da SA possam ter uma vida preenchida e feliz.

Recentemente, vários estudos têm sido realizados de forma a conhecer melhor esta patologia e como colmatar as várias limitações que impõe aos seus portadores.

Marc Lalonde, professor de Genética e Biologia do Desenvolvimento e diretor do Centro de Células-Tronco da UConn, e a sua equipa estão a usar células-tronco para criar modelos de doenças. Segundo Marc Lalonde, “Isso permite-nos investigar doenças como as síndromes de Angelman e Prader-Willi, através da criação de células derivadas de pacientes para serem estudadas em laboratório. Informação deste tipo é absolutamente necessária para melhorar a nossa capacidade não só de entender e tratar essas duas síndromes, mas também outras doenças que apresentem deficiência mental, convulsões ou alterações de comportamento alimentar” (Associação Síndrome de Angelman).

No I Congresso de SA, organizado pela Associação Raríssimas, o Dr. Ben Philpot, membro do Centro de Neurociência, Neurobiology Curriculum e do Instituto da Carolina das Deficiências de Desenvolvimento, referiu a sua mais recente descoberta que poderá levar à criação de uma terapêutica eficaz para a SA. A sua equipa identificou um composto que poderá despertar o alelo UBE3A no locus 15q11-q13, herdados da mãe. Contudo, ainda há um longo caminho a percorrer (Revista Páginas Raras, 2012).

## **2. Evolução Histórica da Equitação Terapêutica**

O uso da atividade equestre, com a finalidade de reeducação psicomotora não é uma descoberta recente. O primeiro encontro do homem com o cavalo selvagem deverá ter acontecido na pré-história. Hipócrates, o pai da medicina (458 – 370 a.C.), aconselhava a equitação para regenerar a saúde e preservar o corpo humano de muitas doenças. Desde então, o cavalo tem desempenhado um importante papel no universo relacional cotidiano do homem, estabelecendo com ele uma vinculação psico-física a que muitos atribuíram um sentido educativo, pedagógico, terapêutico e recreativo/desportivo. (Freire, H. B. 1999).

George E. Stahl (1660-1734), médico da Imperatriz Maria Teresa da Áustria, que pertencia à primeira escola de medicina de Viena, afirmava que as fibras musculares tornavam-se menos excitáveis, com a prática deste desporto, razão pela qual diminuía os episódios de hipocondria e histeria.

Fredrich Hoffmann em 1719, referiu-se ao passo do cavalo como sendo o andamento mais salutar.

Samuel Theodor Quermalz (1697-1758) inventou uma máquina equestre que imitava, da melhor forma possível, os efeitos induzidos pelo movimento equídeo. Na sua obra, “A Saúde Através da Equitação”, consta a primeira referência ao movimento tridimensional do dorso do cavalo. Em Itália, Giuseppe Benvenuti afirmou que a equitação, além de manter o corpo são e de promover diferentes funções orgânicas, causa uma ativa função terapêutica.

J. C. Tissot (1782), no seu livro “Ginástica médica ou cirúrgica” caracteriza o passo como o andamento mais benéfico no tratamento. O mesmo autor menciona, pela primeira vez, algumas referências sobre as contra-indicações quanto ao tempo prolongado sobre o cavalo.

Em 1917, foi fundado o primeiro grupo de Equoterapia, com o objetivo de atender os feridos da Primeira Guerra Mundial. A ideia era proporcionar o lazer e a quebra de monotonia do tratamento, no Hospital Universitário de Oxford (Lermontov, 2004).

Foi a partir de 1960, que a Equitação Terapêutica ganhou, em grande parte da Europa, uma força crescente devido ao reconhecimento científico das qualidades terapêuticas que o cavalo tem para o corpo e mente humanos. Por volta de 1970, são apresentadas na Alemanha experiências científicas pioneiras desta atividade, originando a especialidade denominada por **Hipoterapia**, isto é, fisioterapia que utiliza o passo do cavalo como função de terapia. Tal contribuiu de forma decisiva para a compreensão sobre a importância da dimensão auto-experiencial, fornecida através do diálogo do corpo entre os dois seres vivos. (Leitão, 2008)

Os vários congressos internacionais de Equitação Terapêutica realizados desde 1974, conseguiram divulgar e trazer até si vários especialistas interessados em conferir um estatuto científico a esta modalidade terapêutica.

Em Portugal, a Equitação com Fins Terapêuticos deu os primeiros “passos” em 1980, no Algarve, onde, Beverly Gibbons desenvolveu e dirigiu a Associação Hípica para deficientes de Faro, destinada a portadores de Paralisia Cerebral. Posteriormente, em 1989, Katheryn Watson, juntou-se à amiga e decidiu desenvolver uma associação da mesma valência em Lisboa, - Associação Hípica para deficientes de Cascais - no sentido de colmatar as carências detetadas nesta região. Atualmente, as duas associações supracitadas, em colaboração com diversos núcleos de associações para deficientes, têm vindo a proporcionar a implementação desta atividade noutros distritos de Portugal, suscitando grande procura, em oposição à pouca oferta.

Dos modelos de intervenção existentes (alemão, norte americano e brasileiro) faremos referência ao modelo brasileiro. Segundo Leitão (2008), a 10 de maio de 1988, os brasileiros realizaram a sua primeira jornada de estudo à Europa com a finalidade de obter mais conhecimentos e formas de organização sobre a Equitação Terapêutica, já retratada pelos franceses por Equotherapie ou Equitation Therapeutique ou ainda por Therapie Avec le Cheval. A perspectiva italiana teve origem nesta corrente, sistematizando o tema em quatro momentos fundamentais e, que influenciou de forma determinante a atual conceção brasileira de Equoterapia: hipoterapia, educação/reeducação, pré-desportivo e desportivo. (ANDE-BRASIL – Associação Nacional de Equoterapia, 2006)

"Os destinos do cavalo e do homem são inseparáveis. É conhecido e admirado o valor do cavalo na vida do homem e o quanto tem sido útil no progresso da

humanidade associado à nossa evolução. O cavalo foi utilizado como meio de conquista, de imigração, de transporte, de trabalho, de veneração e de crença, na mitologia, na fabricação de soro e vacina, no lazer e no desporto. Hoje é-lhe dado um grande destaque como instrumento de reabilitação e educação.” (Deutsches, K., 1998)

### 3. Hipoterapia

“Quando o homem aprender a respeitar até o  
menor ser da criação, seja animal ou vegetal,  
ninguém precisará ensiná-lo a amar o seu  
semelhante.”

Albert Shwweit

Hipoterapia é a palavra que caracteriza todos os programas de reabilitação e educação realizadas com o cavalo e a cavalo. (Barros, J. F. & Azevedo, P. H., 2006)

O termo hipoterapia deriva de “*hippos*”, palavra grega para cavalo, combinado com a palavra terapia, originária do grego “*therapeia*”, significa a parte da medicina que trata da aplicação do conhecimento técnico-científico no campo da reabilitação e reeducação.

A hipoterapia não tem a finalidade de ensinar a arte da equitação, mas sim utilizar o animal com fins terapêuticos, usando como complemento todo o contexto do ambiente e do animal. (Alves, E.M., 2009)

Desta forma, a hipoterapia visa alcançar melhorias em termos neuro-musculares através dos estímulos produzidos no corpo do cavaleiro pelo cavalo em andamento.

A equitação com fins terapêuticos é recomendada para indivíduos portadores de deficiências como: a paralisia cerebral, acidente vascular cerebral, autismo, atrasos de desenvolvimento, dificuldades de aprendizagem, distúrbios sensoriais, distúrbios mentais, entre muitos outros.

Segundo Freire (1999), do ponto de vista psicológico, montar a cavalo é uma ótima terapia, pois a interação entre homem e cavalo incrementa a autoconfiança, autoestima e autonomia.

Como refere Mehlem (2006), o cavalo, com os seus incomparáveis sentidos acurados, descobre as verdadeiras emoções de uma pessoa. O cavalo reconhece a pessoa onde ela própria não se conhece. O indivíduo encontra a sua verdade, a sua autêntica

natureza no espelho do cavalo. Passo a passo, ao deslindar o animal, ela pode redescobrir partes reprimidas, negligenciadas ou não vividas da sua personalidade e encontrar uma unidade de cura.

Chieppa (2002), considera que a hipoterapia complementa o trabalho do psicólogo por possuir a capacidade de auxiliar o paciente em questões sociais como, diminuir a agressividade, ajudar e deixar ser ajudado, desenvolver a auto-estima, estabelecer amizades, saber viver e se adaptar a diferentes grupos, aceitar suas limitações e do mesmo modo as provenientes de outros.

Debuse (2006), refere que a hipoterapia é uma experiência multissensorial. O cavalo em movimento expõe o praticante a uma grande variedade de estímulos sensoriais via:

- Toque suave e forte;
- Temperatura (a temperatura do corpo do cavalo é um grau mais alta que a dos seres humanos, quando o praticante monta o cavalo sem qualquer proteção pode sentir essa diferença);
- Insumo vestibular através do movimento no espaço (aceleração, desaceleração, mudanças de direção);
- Visão;
- Cheiro.

Como refere Lermontov (2004, p. 17), o movimento rítmico, preciso e tridimensional do cavalo, que ao caminhar desloca-se para a frente/trás, para os lados e para cima/baixo, pode ser comparado com a ação da pélvis humana no andar. Na hipoterapia o praticante acompanha os movimentos dóceis, ritmados, repetitivos e simétricos do cavalo, tentando manter o equilíbrio e a coordenação para movimentar simultaneamente tronco, braços, ombros, cabeça e o restante corpo dentro dos seus limites. O tónus muscular adapta-se alternadamente ao tempo de repouso e de atividade para manter o equilíbrio.

O cavalo não atua só como um espelho onde são projetadas as dificuldades, progressos e vitórias, mas também como um novo estímulo, que propicia novas percepções e vivências.

O repetitivo movimento rítmico do cavalo permite que o praticante aprenda a adaptar, antecipar e reagir a um objeto em movimento. Nas sessões de hipoterapia, o praticante é capaz de realizar tarefas funcionais tais como: deslocar pesos, ter reações e respostas de equilíbrio numa grande variedade de configurações. O praticante consegue sentir o movimento do cavalo enquanto se desloca num certo espaço, desenvolvendo assim o controlo motor e a aprendizagem motora do mesmo (Wheeler, 1997).

Numa fase inicial, em alguns países, houve uma predominância do trabalho com profissionais das áreas da equitação e, em outros, com os de fisioterapia. Hoje em dia, devemos entendê-la como:

“[...] uma área de intervenção terapêutica que utiliza o cavalo dentro de uma abordagem interdisciplinar, nos planos da saúde e do desporto, na procura incessante do bem-estar físico, psíquico e social de indivíduos portadores de deficiência e/ou com necessidades especiais.” (Leitão, 2004)

A prática da hipoterapia deve ser realizada por uma equipa com diversos profissionais que atua de forma interdisciplinar. Assim, esta equipa deve ser a mais ampla possível, composta por profissionais das áreas de saúde, educação e equitação, especializados na reabilitação e/ou educação de pessoas portadoras de deficiência e/ou com necessidades especiais.

O que diferencia um passeio a cavalo da hipoterapia, segundo Alves (2009), é que nesta última o animal é preparado para o trabalho dirigido por terapeutas qualificados. Por tal, cabe ao fisioterapeuta intervir de modo a favorecer o aproveitamento da terapia e corrigir os desvios posturais do praticante. O movimento constante do animal leva a musculatura a repetitivas co-contrações, proporcionando estímulos neuromusculares adequados ao sistema nervoso central, o que favorece a adequação postural.

Alves (2009) refere que as sessões de hipoterapia são programadas de acordo com objetivos específicos, que foram estabelecidos após uma rigorosa avaliação clínica e de acordo com toda a equipa de profissionais envolventes, tendo sempre presente a parte lúdica, tornando assim mais prazeroso o trabalho quer do terapeuta como o do praticante. Para que se obtenha um maior aproveitamento de cada sessão de hipoterapia é fundamental que a intervenção do fisioterapeuta seja discreta e que os objetivos sejam bem direcionados.

Desta forma, na hipoterapia o cavalo é um estímulo que proporciona novas experiências aos praticantes. Estar montado num cavalo, que apesar de dócil, é um animal de grande porte, pode levar a experimentar sentimentos de independência, capacidade e liberdade, que são aspetos fundamentais para obtenção de autoconfiança, realização e superação.

Na hipoterapia o cavalo é um agente que promove benefícios físicos e psíquicos. Nesta terapia é necessária a participação do corpo inteiro, melhorando a força muscular, o relaxamento, a conscientização do corpo e o desenvolvimento da coordenação motora e principalmente da auto-estima. Isto ocorre devido à interação com o cavalo, incluindo desde os primeiros contactos, ao montar, até aos cuidados com a alimentação e os cuidados com a limpeza das cavalariças e do animal, desenvolvendo uma ligação afetiva do praticante com o cavalo. Esta terapia dá-se em pleno contacto com a natureza, proporcionando formas de aplicação de exercícios de psicomotricidade, de recuperação e integração. Estas atividades que exigem a participação de todo o corpo, trabalham e desenvolvem a coordenação motora, a postura, o ritmo, o equilíbrio, a flexibilidade, o tónus muscular, a estética, entre outros, de uma forma extremamente descontraída e prazerosa. (Freire, 1999)

Gimenes e Andrade (2004, p.6), referem que:

“A grande importância em utilizar o animal como instrumento terapêutico provém do movimento que o passo do cavalo transmite ao praticante: ritmado, repetitivo e simétrico. Esse movimento tridimensional, produz um deslocamento da pélvis do praticante, parecido ao que uma pessoa realiza ao andar, proporcionando a conscientização corporal do portador de dificuldades, incentivando a aprendizagem ou reaprendizagem da marcha. Além da habilitação e reabilitação motora, a intervenção com o animal, possibilita ao praticante trabalhar aspetos psicológicos como a afetividade, autoconfiança, auto-estima, socialização, segurança, autonomia, responsabilidade, dificuldades de aprendizagem. Nesse sentido, o cavalo permite desenvolver atividades motoras, psicomotoras, afetivas, cognitivas, possibilitando, assim, a reintegração do praticante na sociedade.”

### 3.1. O Cavalo

O cavalo pertence à ordem dos perissodátilos, da família dos equídeos, da subfamília equina, na qual se encerra o único representante atual do género equus, que é a espécie *cabalus*, isto é, o cavalo, tal como é atualmente. O cavalo é um mamífero herbívoro não agressivo. É um quadrúpede com locomoção similar ao humano. A sua segurança e capacidade de relacionamento afetivo vêm do facto de viver em manada. Tem um raciocínio apenas associativo, uma visão imprecisa e uma memória muito desenvolvida. A perfeição do seu sistema nervoso e a agudeza dos seus sentidos permitem uma grande e rápida coordenação sensório-motora.

A sua memória é um facilitador para o adestramento e orientação de esforços para as numerosas tarefas às quais o cavalo está destinado. Mas, segundo Lermontov (2004, p.55), o desenvolvimento de uma inteligência favorável ao adestramento só é possível quando o cavalo está calmo e confiante. Portanto, é necessário suprimir a emotividade, o medo e o nervosismo do cavalo.

O cavalo possui três “andaduras” naturais: passo, trote e galope. Iremos apenas retratar o passo por ser o mais indicado para a hipoterapia devido à sua regularidade.

O passo do cavalo é ritmado e uniforme, provocando embalo ao praticante. Este embalo do passo permite diminuir o nível de angústia e ajuda nos estados psicológicos de inibição. De acordo com Lermontov (2004, pp. 69,70), o passo é uma maneira de andar simétrica, rolada ou marchada, basculante, a quatro tempos, isto é, cada membro eleva e pousa sucessivamente sempre na mesma ordem, fazendo-se ouvir quatro batidas distintas.

- Simétricas – as variações da coluna vertebral em relação ao eixo longitudinal do cavalo são simétricas.
- Rolada ou marchada – não existe tempo de suspensão, ou seja, existem sempre membros em apoio.
- Basculante – devido aos movimentos do pescoço do cavalo.
- Quatro tempos – ouvem-se quatro batidas diferentes entre o elevar até o pousar de um determinado membro.

A grande maioria dos exercícios realizados em hipoterapia utiliza o passo do cavalo como deslocamento básico. O cavalo está sempre em movimento. A troca de apoio das patas, o deslocamento da cabeça ao olhar para os lados, as flexões da coluna, o abaixar e o alongar do pescoço, entre outros, obriga o praticante a reajustar o seu comportamento muscular a fim de responder aos desequilíbrios provocados.

Através do passo do cavalo o praticante sofre três forças distintas:

- Uma força de cima para baixo (plano vertical);
- Uma força lateral alternada (plano horizontal/eixo transversal);
- Uma força sobre o plano póstero-anterior (plano horizontal/eixo longitudinal).

A confluência destas três forças – **movimento tridimensional** – proporciona ao praticante uma adaptação ao ritmo do passo do cavalo, exigindo uma contração e descontração simultâneas dos músculos agonistas e antagonistas levando, desta forma, a um ajuste tônico da musculatura para manter o equilíbrio e a postura.

A estes movimentos associa-se um quarto referente a uma torção da bacia do cavalo da ordem de 8 graus para cada lado. A posição do cavaleiro sentado, com uma perna de cada lado do animal, a combinação da inflexão da coluna do cavalo com o abaixamento da anca do mesmo lado faz com que o quadril do cavaleiro acompanhe a torção provocada pela linha das ancas. Em cada passo é realizado um movimento de rotação do quadril para cada lado.

Os deslocamentos da cintura pélvica produzem vibrações nas regiões ósteo-articulares que são transmitidas ao cérebro, via medula (Lermontov, 2004, pp. 61,62).

Segundo Lermontov (2004), o ritmo do passo tem uma frequência de 1 a 1,25 movimentos por segundo, que leva o praticante a realizar entre 1800 a 2250 ajustes tônicos em 30 minutos de sessão. Isto resulta num aumento de 13,5% dos batimentos cardíacos, que pode ser comparado a uma caminhada lenta.

O homem ao deslocar-se inicia o seu movimento por meio de perdas e retomas de equilíbrio, dando sequência ao seu deslocamento através da força muscular dos seus

membros inferiores. Assim sendo, o passo do cavalo apresenta padrões semelhantes aos do caminhar humano. (Lermontov, 2004)

Não existe uma raça mais adequada para a prática da hipoterapia e, muito menos o cavalo ideal. A literatura específica não refere quais as especificidades do cavalo para a hipoterapia. Contudo, existem algumas considerações básicas que deverão ser levadas em conta aquando a escolha do cavalo.

Lermontov (2004), refere que existem três fases distintas na vida do cavalo: idade jovem, idade adulta e idade do declínio. A idade mais frequente para a escolha é a idade adulta (acima dos 10 anos de idade), devido ao facto do animal ser mais manso e dócil e menos inquieto, podendo ser montado com mais tranquilidade.

Tanto pode ser treinado um cavalo como uma égua, tendo sempre em atenção as características sexuais de cada um. Isto é, se for macho deve ser castrado, caso seja fêmea deve ter-se em conta o período crítico do cio.

O animal deve ter uma estatura baixa e massa corporal necessária para transportar duas pessoas.

O cavalo deve ser treinado para ser montado pelo lado direito e esquerdo, uma vez que o praticante pode apresentar deformidade num hemicorpo. É também importante que seja treinado para o uso de brinquedos e objetos, para que não se assuste com eles.

Para o trabalho de hipoterapia podem ser utilizados os materiais de equitação já existentes tendo, por vezes, de serem introduzidas algumas modificações.

- Manta grossa de lã ou espuma – para maior conforto e proteção do cavalo e cavaleiro. Deve envolver todo o dorso e as regiões laterais do tronco do cavalo, sendo presa na barriga do cavalo por uma cinta.
- Embocadura - peça de metal constituída por duas argolas ligadas entre si por um bocal de metal, articulado no centro ou não, que é colocado na boca do cavalo e por onde se transmite diretamente o comando.
- Cabeçada - peça dos arreios que se coloca na cabeça do cavalo com uma parte para o focinho, onde se prende a embocadura.

- Cabresto - colocado na cabeça do cavalo, ou guia de trabalho para cavalo, que é uma tira longa de couro presa na cabeçada. Serve para indicar o caminho que será percorrido com o cavalo durante a sessão de trabalho.
- Cilhão – tira larga de couro acolchoada, com duas argolas para se segurar, colocada sobre o dorso do cavalo e tem um estribo de cada lado. Os estribos são duas peças de metal ajustadas ao cilhão para o cavaleiro subir e firmar os pés quando montado no cavalo e para descer dele.

Para além destes equipamentos, também são utilizados, de acordo com cada caso, materiais para estimulação como: bastão, jogos, bolas, bandeiras, argolas, cones, balizas, e outros.

É importante ter em consideração o terreno onde será desenvolvida a sessão. O terreno deverá ter um solo macio, isto é, deverá ter areia, serragem, grama ou terra fofa, para suavizar as batidas das patas do animal no solo, diminuindo de intensidade o impacto causado ao praticante. De acordo com cada patologia, o terreno pode ter irregularidades, tais como: uma parte com declive; um pequeno monte, de forma a estimular o equilíbrio, força muscular e coordenação de formas variadas (Lermontov, 2004).

Segundo Engel (1997), a hipoterapia deve ser realizada num picadeiro fechado, fornecendo à equipa terapêutica um ambiente mais controlado, focando toda a sua atenção para o praticante. Contudo, se não houver uma arena fechada pode ser ao ar livre, tendo em conta a existência de uma vedação em madeira ou plástico com altura suficiente para o cavalo não ter a tentação de saltar e de outras pessoas interferirem durante a sessão de hipoterapia. O cavalo deve estar habituado a trabalhar neste tipo de ambiente e às suas mudanças naturais, para que mantenha a atenção na atividade que está a realizar.

### **3.2. O Vínculo Afetivo Cavaleiro-Animal**

O ser humano por ser um animal social está sempre a relacionar-se e isso prolonga-se aos animais e à natureza em geral. Na história humana temos animais como colaboradores das nossas conquistas e batalhas, do desenvolvimento da ciência, na religião, nas fábulas infantis e como nossos companheiros, além de atenderem às necessidades humanas de alimentação, vestuário e transporte (Dotti, 2005).

De uma relação instrumental, o relacionamento entre os seres humanos e os animais tem vindo a sofrer transformações e tem sido cada vez mais afetivo. (Bayne, 2002).

A convivência com animais traz diversos benefícios para as pessoas tanto que o uso terapêutico dessa relação tem crescido nos últimos anos, demonstrando que o relacionamento entre os seres humanos e os animais oferece um enorme potencial para melhorar a saúde humana e a qualidade de vida (Bardill, 1994; Eckstein, 2000).

O contacto com os animais reaproxima-nos dos nossos instintos, tornando-se para muitas pessoas a maneira mais comum de aproximação com a natureza. A relação entre o homem e os animais é um reflexo da atividade entre a consciência humana e os seus instintos. O contacto com os animais ajuda os humanos a renovar e ampliar a consciência de si.

Com esta premissa, tem ocorrido uma crescente atuação dos animais nas áreas de enfermagem, medicina, fisioterapia e psicoterapia. A intervenção fundamenta-se na ideia de que o vínculo homem-animal pode ser terapêutico e utilizado em diferentes níveis de cuidados, tanto individuais quanto coletivos. (Pereira, Pereira e Ferreira, 2007). Diversas pesquisas demonstram capacidade dos animais em reforçar o bem-estar fisiológico e psicológico (Martin e Farnum, 2002).

A cumplicidade com o cavalo, mais sensual do que intelectual, permite àquele que sofre de problemas de comunicação reinstalar comunicação com o mundo exterior. O praticante sente - “Monto, logo existo” -, parafraseando o “Penso, logo existo” do filósofo francês René Descartes.

# CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO DE ESTUDO

## 1. Motivação

A investigação e a inovação no âmbito da educação, nos últimos anos, têm vindo a fornecer informações e conhecimentos novos sobre os processos de aprendizagem, estratégias educativas de ensino e terapias. Para que as crianças diferentes possam desenvolver ao máximo as suas capacidades e potencialidades, é necessário que o seu atendimento educativo seja adequado às suas necessidades específicas. A igualdade de oportunidades será uma realidade se garantir que a intervenção seja tão precoce quanto possível, envolvendo a participação das famílias e de todos os profissionais quer sejam da saúde, educação ou equitação e, entenda a criança na sua individualidade e características dos vários ecossistemas em que está inserida (Pereira, 1996).

São poucos os estudos existentes no que se refere às potencialidades da hipoterapia enquanto método terapêutico facilitador do desenvolvimento psicomotor. Assim, a motivação para a nossa investigação emerge da indispensabilidade de um saber mais objetivo sobre como a hipoterapia, como parte de um programa de tratamento aplicado a crianças com SA, contribui para o aumento das funções psicomotoras, tendo sempre presente a importância do desenvolvimento do vínculo afetivo entre um animal de grande porte, mas dócil - o cavalo - e uma criança com dificuldades sérias e limitativas. Entender como esta relação de cumplicidade é fundamental para a recuperação de um portador de SA, quer ao nível psicológico quer ao nível motor, levando a criança a melhorar a sua relação com o mundo e, também a sua aprendizagem.

Os portadores de SA necessitam de estímulos mais fortes para ativar e atualizar os seus potenciais em desenvolvimento, nomeadamente a nível neuropsicomotor. Desta forma, a hipoterapia é uma terapia extremamente rica pois exige a participação global do corpo contribuindo para o desenvolvimento muscular, o relaxamento, o aperfeiçoamento da coordenação e do equilíbrio e consciencialização do próprio corpo.

No caso particular deste estudo, o fundamento desta investigação vai ao encontro das investigações existentes que defendem que a hipoterapia contribui para um

melhor desenvolvimento motor, devido ao movimento tridimensional do cavalo e, conseqüentemente melhorias emocionais e sensoriais.

Priorizamos esta opção por ser uma realidade cada vez mais presente do nosso cotidiano e, pelo desejo de conhecer o mundo complexo e extravasante da Educação Especial.

## **2. Objetivos**

Segundo Fortin (1996), o objetivo é um enunciado que indica claramente o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo.

Os objetivos devem funcionar como princípios orientadores de qualquer trabalho que envolva a educação e devem sempre ser tidos em conta no delinear de qualquer trabalho que se queira executar.

Tendo em consideração que hoje a escola aspira a uma mudança que lhe permita reconhecer o direito à diversidade, como educar em conformidade, atendendo à realidade social que a envolve, torna-se urgente gerir práticas pedagógicas promotoras do interesse dos alunos.

Com este estudo pretendemos analisar de que forma é que a hipoterapia influencia a qualidade de vida do portador de SA, nomeadamente no que se refere às áreas psicomotoras.

Assim sendo, enunciamos os objectivos visados para a nossa investigação, sistematizando-os nesta ordem:

- i. Compreender o impacto da hipoterapia nos fatores psicomotores;
- ii. Entender como se efetiva o vínculo criança – cavalo;
- iii. Compreender a percepção dos pais quanto ao impacto da hipoterapia.

# CAPÍTULO III – ESTUDO EMPÍRICO

## 1. Método

O termo “método” é entendido, segundo Quivy e Campenhoudt (2008), num sentido mais restrito, como um dispositivo específico de recolha ou de análise das informações, destinado a testar hipóteses de investigação. De acordo com Fernandes (1993), por método entende-se o conjunto de procedimentos concretizados no decurso de uma pesquisa e que dão coerência a todo o trabalho de investigação.

Não há métodos melhores do que outros, tudo depende dos objetivos, do modelo de análise e das características do campo de análise. Só conhecemos corretamente um método de investigação depois de o termos experimentado por nós próprios (Quivy & Campenhoudt, 2008).

A pesquisa qualitativa avalia a analogia entre a realidade e o sujeito, e não pode ser traduzida em dígitos. A interpretação do fenómeno e o seu significado são determinantes no procedimento do estudo qualitativo, mas não demanda o emprego de métodos e técnicas estatísticas (Luciano, 2006).

Como refere Cervo e Bervian (2002), como é exploratória realiza descrições precisas da situação e quer descobrir as relações existentes entre os elementos componentes da mesma.

Decidimos utilizar uma metodologia qualitativa por ser particularmente adequada para uma descrição quer dos aspetos em análise quer das suas interligações, sendo por isso, uma forma escolhida com frequência para estudar as inovações educacionais. Analisar os dados qualitativos significa "trabalhar" todo o material obtido pela pesquisa. Assim iremos proceder a uma análise qualitativa baseada na descrição e interpretação dos dados recolhidos com recurso aos instrumentos de registo.

Uma das principais características da investigação qualitativa é o foco no estudo intensivo de instâncias específicas, isto é, de fenómenos, de casos concretos. Por esta razão, a investigação realizada enquadra-se no modelo de investigação conhecida como “estudo de caso”. É analisado o estudo de fenómenos centrados numa instância

específica, ou seja, um caso no seu contexto natural, de modo a desenvolver uma compreensão de um fenómeno complexo tal qual ele é experimentado pelos que nele participam (Yin, 2003).

## **2. Participantes**

Na sequência das observações do estudo, a amostra, que consta apenas de um aluno, foi planificada considerando, em primeira instância, critérios de conveniência e a possibilidade de controlo de variáveis individuais que não pusessem em causa os objetivos da investigação.

Assim, uma vez definido este critério, o contexto situacional e o participante, uma criança de 8 anos de idade, do sexo masculino, que apresenta um diagnóstico, de acordo com o seu Plano Educativo Individual (PEI), de SA. A criança encontra-se no 2.º ano de escolaridade numa escola de Ensino Básico 1.º Ciclo de Valongo, estando integrado numa Unidade de Apoio à Multideficiência.

Neste estudo, para além da criança, participaram a mãe, a psicóloga e a fisioterapeuta da Associação Equiterapêutica do Porto e Matosinhos (AEPM).

### **2.1. Seleção dos Participantes**

Utilizamos, neste estudo, uma amostra não probabilística (seleção não aleatória), por conveniência, na medida em que o estudo incidiu num caso único, visto ser um processo para o desenvolvimento de uma investigação qualitativa.

Realizou-se o contacto prévio com a mãe da criança, esclarecendo-a sobre os objetivos e métodos da pesquisa, os direitos da preservação da identidade do participante e da sua família, da participação voluntária da pesquisa, da possibilidade de desistência da participação em qualquer momento. Efetuou-se se, de igual modo, o contacto com a Associação Equiterapêutica do Porto e Matosinhos. Houve anuência dos responsáveis envolvidos e a apresentação do termo de consentimento da pesquisa (vide anexo A e B).

## 2.2. Caracterização dos Participantes

Na tabela 1, apresentamos as características dos participantes nesta investigação.

Amostra	Género	Idade	Nível de Escolaridade
Aluno com SA	Masculino	8	2.º ano do EB 1.º Ciclo
Mãe	Feminino	35	Licenciatura
Psicóloga	Feminino	31	Licenciatura
Fisioterapeuta	Feminino	26	Licenciatura

Tabela 1 – Caracterização da Amostra

Pela observação da tabela 1, constata-se que toda a amostra, à exceção da criança em causa, é do género feminino e possui uma escolaridade ao nível do ensino superior.

### ***Programa Educativo Individual (PEI)***

(Decreto-Lei nº 3/2008, de 7 de Janeiro)

Ano letivo 2012/2013

#### ***1. Identificação da escola***

***1.1. Estabelecimento de ensino:***

#### ***2. Identificação do aluno***

***2.1. Nome:***

***2.2. Data de nascimento: 06/04/2005***

***2.3. Número da S. Social:***

***2.4. Número do C.C:***

***2.5. Morada: Código postal:***

***Concelho:***

***2.6. Ano de escolaridade: 2º ano***

***Turma:***

***2.7. Nº do processo:***

***2.8. Ano da 1ª matrícula: 2007/2008***

***2.9. Encarregado de educação:***

***2.10. Telefone (s):*** Casa:

***2.11. E-mail:***

### 3. Resumo da história escolar

#### 3.1. Percurso educativo individual

Ano letivo	Jardim Infância Escola	Ano de escolaridade	Medidas educativas
2007/2008		Creche	Intervenção Precoce
2008/2009		Pré - Escolar	Intervenção Precoce
2009/2010		Pré - Escolar	Intervenção Precoce
2010/2011		Pré - Escolar	Intervenção Precoce
2011/2012		1º Ano – U.A.E.M.	Currículo Específico Individual
2012/2013		2º Ano – U.A.E.M.	Currículo Específico Individual

#### 4. Perfil de funcionalidade por referência à Classificação Internacional de Funcionalidade para Crianças e Jovens (CIF-CJ)

**Condição de saúde:** Síndrome de Angelman

**Funções do corpo:**

##### Funções Mentais

O R. tem historial de convulsões.

Ao nível das funções da atenção o aluno apresenta graves dificuldades nas funções mentais específicas de concentração num estímulo pelo período de tempo necessário, nomeadamente na manutenção da atenção, de mudança do foco de atenção e divisão da atenção (b1400.3).

Na antecipação de uma coisa de que gosta, verifica-se uma excitação psicomotora (b1470.2).

O R. revela alterações graves ao nível da receção (b1670.3) e expressão da linguagem (b1671.3).

##### Funções Sensoriais

O aluno apresenta uma alteração da acuidade visual, nomeadamente da acuidade binocular da visão ao longe. Este défice visual é compensado pelo uso de óculos. Verifica-se a presença de estrabismo, embora este não seja de carácter permanente.

##### Funções da Voz e da Fala

Apresenta um transtorno grave nas funções relacionadas com a produção da voz (b310.3) e da fala (b330.3). Exprime vocalizações diferenciadas por prazer/contentamento ou dor/desconforto (b3401.2).

##### Funções relacionadas com o aparelho digestivo

O R. apresenta alterações graves ao nível da sensibilidade intra-oral e conseqüentemente ao nível da salivacão (b5104.3).

##### Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas com o movimento

O aluno mantém preservadas as funções relacionadas com a mobilidade articular (b710.0).

Posicionado sentado, o aluno apresenta uma postura correta desde que apoie os pés no chão (b715.0), quando tal não acontece opta por cruzar as pernas na cadeira.

Relativamente ao tónus, verifica-se uma ligeira alteração ao nível dos membros inferiores, manifestando um tónus muscular normal-alto (b735.1).

As reações de equilíbrio, retificação e extensão protetiva são ineficazes (b755.4), sendo mais evidente quando o aluno se desloca num piso irregular.

O aluno demonstra capacidade para realizar movimentos ativos anti gravíticos ao nível da cabeça, tronco, membros superiores e inferiores.

É capaz de calibrar razoavelmente a força, a velocidade e amplitude de movimento (b760.1), quando realiza uma atividade manual.

Relativamente à marcha, o R. é capaz de se deslocar independentemente, embora demonstre receio e procure sempre apoio. Necessita de alguma orientação e supervisão constante pois apresenta um padrão de marcha alterado, com pouca flexão dos joelhos e base de sustentação alargada, sem dissociação das cinturas escapular e pélvica entrando frequentemente em desequilíbrio (b770.3).

#### ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO

##### Aprendizagem e aplicação de conhecimento

Na atividade gráfica, o aluno apenas realiza garatuja. Não pinta dentro dos contornos, nem respeita o limite da folha (d145.3).

Na leitura de um livro, mantém a atenção e segue com o olhar quando o adulto aponta para as imagens. Contudo como o seu nível de atenção é reduzido, não focando a atenção o tempo necessário para as atividades ou tarefas, mudando facilmente o foco de atenção (d161.2).

#### **Tarefas e exigências gerais**

Precisa do adulto para o orientar e estruturar a sua rotina diária.

#### **Comunicação e Linguagem**

O R. apresenta um comprometimento grave ao nível da receção de mensagens verbais (d310.3), apesar de, nos cumprimentos, sob solicitação, abraçar e beijar o adulto, bem como aproximar-se de alguns colegas, para contacto. A pedido dá coisas e pega nas mesmas compreendendo o significado de mensagens simples de teor explícito.

Relativamente ao diálogo, não inicia uma conversação (d3500.3), embora, por vezes, chame o adulto com vocalizações e mantém-se no tópico orientado pelo adulto (d3501.3).

A utilização de dispositivos e de técnicas de comunicação para conversação está totalmente comprometida (d360.3).

Solicita o adulto para satisfazer as suas necessidades, tocando, puxando ou apontando para algo que pretende (d3350.2).

Tenta apanhar um objeto, alcançável, do seu agrado para manipulação, sem solicitar um adulto para o efeito.

#### **Mobilidade**

O R. é capaz de mudar e alternar entre as posições de deitado e sentado. Nas restantes transições de posição o aluno precisa da ajuda do adulto. Para se levantar do chão procura apoiar-se em alguém ou numa mesa, assim como para se levantar a partir de uma cadeira, não demonstrando iniciativa própria (d410.3).

É capaz de levantar e transportar objectos, desde que lhe causem interesse e libertá-los quando solicitado, com ligeira dificuldade (por exemplo, o jogo da árvore) (d430.1)

Relativamente aos movimentos finos da mão, é capaz de manusear bilateralmente um objeto com algumas limitações (d440.1).

Desloca-se por vários locais sem recorrer a auxiliares de marcha, contudo precisa de apoio e supervisão do adulto (d460.2). Ao subir e descer escadas, demonstra receio e procura sempre apoio do adulto (d4551.3).

#### **Auto-Cuidados**

É capaz de pegar num copo e levar à boca com ajuda mínima, necessitando de maior assistência para pousar o copo. Na refeição, indica a necessidade de beber apontando para o copo (d560.3).

É capaz de levar uma peça de fruta à boca para comer. No que diz respeito à utilização dos talheres, apenas usa a colher (d550.3).

Após o adulto iniciar o movimento de despir uma camisola, e dando-lhe tempo, o aluno é capaz de terminar a tarefa. No que diz respeito a vestir/despir a parte inferior do corpo, o R. continua a ser totalmente dependente do adulto (d540.3).

No lavar as mãos, apresenta um melhor desempenho em água parada, esboçando o movimento de esfregar as mãos e os braços.

#### **Fatores ambientais**

Vive com a irmã e os pais, que se preocupam com o bem estar e desenvolvimento do filho (e310+3).

A família alargada está sempre pronta a ajudar em tudo o que seja preciso (e315+2).

Os professores (e330+4) e os profissionais de saúde (e355+2) mostram-se interessados e envolvidos em todo o processo educativo do aluno.

O aluno está integrado numa unidade de apoio a multideficiência onde tem apoio da educação especial (e5853+4), terapia da fala, terapia ocupacional, fisioterapia, psicomotricidade, musicoterapia e uma sessão de hidroterapia semanal.

A escola e todos os seus espaços (e150+4) estão adaptados com rampas, permitindo um melhor uso por parte do aluno.

O transporte diário da escola para casa (e540+4) funciona como facilitador para a família.

## **5. Medidas educativas**

### **5.3 ADEQUAÇÕES NO PROCESSO DE MATRÍCULA (Artº19)**

<b>a) Frequência de Estabelecimento de Educação independente da sua área de residência</b>	x
<b>b) Escola de referência</b>	x
<b>c) Escola com unidade de ensino estruturado</b>	

<b>d)</b> Adiamiento de matrícula (no 1º ano)	
<b>e)</b> Matrícula por disciplinas (nos 2º e 3º ciclos e secundário)	

5.5 CURRÍCULO ESPECÍFICO INDIVIDUAL (Artº 21) ☒	
<b>a)</b> Substituição das competências definidas para cada nível de educação	
<b>b)</b> Introdução, substituição e/ou eliminação de objectivos e conteúdos, em função do nível de funcionalidade do aluno	
<b>c)</b> Inclui conteúdos referentes à autonomia pessoal e social, actividades de carácter funcional centradas no contexto da vida, à comunicação, à organização do processo de transição para a vida pós-escolar	
Outras (especificar)	

Professora Titular de turma:

<i>Área curricular disciplinar: Português</i>		
Objetivos	Conteúdos	Estratégias
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expressar gostos, vontades e desejos.</li> <li>- Ouvir ler histórias.</li> <li>- Ordenar imagens.</li> <li>- Compreender e executar instruções simples.</li> <li>- Executar ordens dentro da sala de aula.</li> <li>- Copiar o seu nome.</li> </ul>	<p>Expressão oral</p> <p>Compreensão oral</p> <p>Leitura</p> <p>Expressão escrita</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ouvir ler histórias.</li> <li>- Manifestar interesse por situações ou por personagens.</li> <li>- Participar em situações que desenvolvam o convívio e o gosto pela escrita.</li> <li>- Descobrir expressões, imagens ou palavras iguais em produções diferentes e nas mesmas produções.</li> <li>- Legendar gravuras.</li> </ul>
<i>Área curricular disciplinar: Estudo do Meio</i>		
Objetivos	Conteúdos	Estratégias
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Saber o seu nome próprio.</li> <li>- Identificar o seu sexo.</li> <li>- Selecionar alimentos, brinquedos, cores, animais, ...</li> <li>- Identificar e aplicar normas de higiene corporal e dentária e do vestuário.</li> <li>- Identificar e aplicar normas de higiene alimentar.</li> <li>- Identificar e aplicar normas de higiene dos espaços de uso coletivo.</li> <li>- Estabelecer relações familiares e relações de amizade.</li> </ul>	<p>À DESCOBERTA DE SI MESMO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A sua identificação;</li> <li>- Os seus gostos e preferências;</li> <li>- A saúde do seu corpo;</li> </ul> <p>À DESCOBERTA DOS OUTROS E DAS INSTITUIÇÕES</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Os membros da sua família;</li> <li>- Outras pessoas com quem mantém relações próximas;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconhecer o nome próprio, a sua fotografia e o seu sexo.</li> <li>- Selecionar jogos e brincadeiras, músicas, frutos, cores e animais da sua preferência.</li> <li>- Visualizar imagens alusivas às normas de higiene do corpo, normas de higiene alimentar, posturas corretas do corpo e normas de vigilância da saúde.</li> <li>- Ordenar a sucessão dos atos praticados ao longo do dia.</li> <li>- Reconhecer os membros da sua família.</li> <li>- Conviver com os seus pares e trabalhar/brincar em pequeno e grande grupo na sala de aula/recreio da escola.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconhecer os espaços da casa e suas funções.</li> <li>- Reconhecer os espaços da escola e suas funções.</li> <li>- Manusear objetos em situações concretas com o devido cuidado (tesoura, cola, computador, livros, jogos, ...).</li> <li>- Reconhecer animais e plantas do seu ambiente local.</li> <li>- Reconhecer e representar simbolicamente as condições atmosféricas diárias.</li> </ul>	<p>À DESCOBERTA DAS INTER-RELAÇÕES ENTRE ESPAÇOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A casa;</li> <li>- O espaço da sua escola;</li> </ul> <p>À DESCOBERTA DO AMBIENTE NATURAL</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Os seres vivos do seu ambiente;</li> <li>- Os aspetos físicos do meio local;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconhecer espaços da casa e da escola e suas funções;</li> <li>- Manusear diferentes materiais em situações concretas.</li> <li>- Aplicar alguns cuidados na sua utilização e conservação.</li> <li>- Identificar plantas.</li> <li>- Reconhecer alguns animais do seu ambiente local e os sons que fazem.</li> <li>- Registrar simbolicamente o tempo que faz.</li> </ul>
--	--	--

**Área curricular disciplinar: Matemática**

Objetivos	Conteúdos	Estratégias
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Classificar e ordenar de acordo com um dado critério (cor/ tamanho/ forma).</li> <li>- Diferenciar os conceitos: grande/ pequeno, curto/ comprido, fino/ grosso, maior/menor/ igual.</li> <li>- Compreender o vocabulário: em cima, em baixo, à frente, atrás, dentro, fora, entre, antes, depois, à esquerda e à direita.</li> <li>- Quantificar agrupamentos.</li> </ul>	<p>Geometria</p> <p>Números e operações</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Classificar/agrupar objetos quanto ao tamanho, forma, espessura, textura e cor.</li> <li>- Propor situações que envolvam vocabulário como: à esquerda, à direita, em cima, em baixo, atrás, à frente, entre, dentro, fora, antes, depois.</li> <li>- Propor a realização de jogos de orientação, percursos e labirintos.</li> <li>- Propor situações que envolvam classificação.</li> <li>- Propor o uso de modelos estruturados de contagem como, por exemplo: o colar de contas, cartões com pontos, e ábacos horizontais, mab.</li> <li>- Salientar a sequência de algumas rotinas relacionadas com as atividades que o aluno faz regularmente num determinado período de tempo.</li> </ul>

**Área curricular disciplinar: Expressão Plástica**

Objetivos	Conteúdos	Estratégias
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pintar dentro dos contornos com diferentes materiais.</li> <li>- Desenhar livremente e/ ou de acordo com um tema.</li> <li>- Modelar com plasticina.</li> <li>- Recortar e colar.</li> </ul>	<p>Modelagem e escultura;</p> <p>Desenho;</p> <p>Pintura;</p> <p>Recorte, colagem e dobragem;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Modelar, usando as mãos.</li> <li>- Desenhar na areia, em terra molhada, no chão do recreio e no quadro da sala.</li> <li>- Explorar as possibilidades técnicas dos dedos, paus de giz, lápis de cor, carvão, tintas, utilizando diversos tamanhos, espessuras, texturas e cores.</li> <li>- Ilustrar de forma pessoal.</li> </ul>

<b>Área curricular disciplinar: Expressão Musical e Dramática</b>		
Objetivos	Conteúdos	Estratégias
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Experimentar sons vocais (todos os que a criança é capaz de reproduzir).</li> <li>- Experimentar percussão corporal, batimentos, palmas.</li> <li>- Acompanhar canções com gestos e percussão corporal.</li> <li>- Movimentar-se livremente a partir de: sons vocais e instrumentais; melodias e canções; gravações.</li> <li>- Experimentar as potencialidades sonoras de materiais e objetos.</li> <li>- Identificar sons isolados do meio próximo e da natureza.</li> <li>- Utilizar diferentes maneiras de produzir sons.</li> <li>- Inventar/utilizar gestos, sinais para expressar/comunicar.</li> <li>- Movimentar-se de forma livre e pessoal.</li> <li>- Explorar os espaços circundantes.</li> <li>- Reagir espontaneamente, por gestos/movimentos a sons, palavras, ilustrações, atitudes, gestos, ...</li> </ul>	<p>Bloco: Jogos de exploração</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- voz</li> <li>- corpo</li> <li>- instrumentos</li> <li>- espaço</li> <li>- objetos</li> </ul> <p>Bloco: Experimentação, desenvolvimento e criação musical</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- desenvolvimento auditivo</li> <li>- expressão e criação musical</li> <li>- Representação do som</li> </ul> <p>Bloco: Jogos dramáticos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- linguagem de não verbal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ouvir músicas, melodias, gravações.</li> <li>- Acompanhar melodias, músicas, gravações, experimentando percussão corporal.</li> <li>- Realizar movimentos e jogos a partir de sons vocais e instrumentais, melodias, canções e gravações.</li> <li>- Contactar e explorar materiais e objetos.</li> <li>- Ouvir e reconhecer sons isolados do meio próximo e da natureza (chuva, vento, animais,...)</li> <li>- Reproduzir sons.</li> <li>- Comunicar e expressar-se através de sinais e gestos.</li> <li>- Explorar formas de se movimentação corporal.</li> <li>- Explorar o espaço circundante.</li> <li>- Deslocar-se em coordenação com um par.</li> <li>- Interagir com jogos, histórias, contos ou situações dramatizadas.</li> </ul>
<b>Área curricular disciplinar: Estudo Acompanhado</b>		
Objetivos	Conteúdos	Estratégias
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chegar à sala e preparar-se para trabalhar (pegar nos seus materiais).</li> <li>- Cuidar dos seus materiais escolares e arrumá-los depois de os utilizar.</li> </ul>		
<b>Área curricular disciplinar: Formação Cívica</b>		
Objetivos	Conteúdos	Estratégias
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Saber estar na sala de aula de forma adequada.</li> <li>- Interagir com os colegas.</li> <li>- Interagir com a professora.</li> <li>- Comportar-se adequadamente noutros espaços da escola (polivalente, recreio, centro de recursos, ...) ou em lugares públicos.</li> </ul>		

<b>5.6 TECNOLOGIAS DE APOIO (Artº 22) ☒</b>	
<b>a)</b> Adaptações para mobiliário e espaço físico	x
<b>b)</b> Equipamento específico para leitura, escrita e cálculo	
<b>c)</b> Auxiliares ópticos ou acústicos	
<b>d)</b> Equipamento informático adaptado	
<b>e)</b> Sistema alternativo e/ou aumentativo de comunicação	x
<b>f)</b> Cadeira de rodas	

<b>g)</b> Próteses auditivas convencionais	
<b>h)</b> Implante de ouvido ou ouvido interno	
<b>i)</b> Equipamentos de terapia da fala	
Outras a especificar: Usa óculos	

**Outras**

O R. não necessita de pertencer a uma turma reduzida já que o seu tempo de permanência é pequeno e vai sempre acompanhado por uma assistente operacional. Durante o pouco tempo de integração o R. comporta-se adequadamente não incomodando os restantes alunos da turma, nem precisa de monitorização por parte da professora titular

**6. Plano individual de transição (PIT) (artigo 21º)**

Não se aplica

**7. Tipos de intervenção**

Na Unidade o aluno usufrui semanalmente de terapia da fala 45 minutos, terapia ocupacional 45 minutos, fisioterapia 45 minutos. Frequenta as atividades extra curriculares da Unidade duas vezes 45 minutos por semana, musicoterapia e psicomotricidade e 45 minutos por semana hidroterapia nas piscinas de XX.

Extra escola frequenta a Associação “Raríssimas”, onde tem apoio de terapia da fala, hidroterapia, fisioterapia e hipoterapia de forma sistemática muito intensiva.

Obs: As terapias da Associação “Raríssimas”, ocorrem dentro do horário letivo podendo ser de manhã ou tarde conforme a disponibilidade da respetiva Associação.

**8. Horário**

**8.1. Horário da turma Professora:**

Ano: 2.º

Turma:

Horário:

Tempos	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
<b>13h15m às 15h30m</b>	Matemática (1h30m) 13:15/14:45	Português (2h15m) 13:15/15:30	Português (1h30m) 13:15/14:45	Matemática (2h15m) 13:15/15:30	Português (1h30) 13:15/14:45
	Português (45m) 14:45/15:30		Matemática (45m) 14:45/15:30		Matemática (45m) 14:45/15:30

<b>16h00 às 18h15m</b>	Português (45m) 16:00/16:45	Matemática (1h15m) 16:00/17:15	Matemática (30m) 16:00/16:30	Português (1h15) 16:00/17:15	
	Estudo do Meio (1h30) 16:45/18:15	Estudo do Meio (1h) 17:15/18:15	Estudo do Meio (1h45m) 16:30/18:15	Estudo do Meio (1h) 17:15/18:15	Estudo do Meio (1h45) 16:30/18:15

### 8.2. Horário do aluno

Tempos	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
<b>9h/10.30m</b>	U.A.M	U.A.M.	U.A.E.A.M	Hipoterapia	Fisioterapia
<b>10:30 – 11h</b>	INTERVALO				
<b>11h/11.45m</b>	U.A.M Musicoterapia	U.A.M.	U.A.E.A.M	U.A.E. A. M.	Terapia Ocupacional
<b>11.45/13h</b>	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço
<b>13.30/14h</b>	Integração	Hidroterapia	Integração	Terapia da fala	Integração
<b>14h – 17h</b>	U.A.E.A.M	Piscina	U.A.E.A.M	U.A.E.A.M	Musicoterapia
	Psicomotricidade	U.A.M.	U.A.E.A.M	Terapia Ocupacional	Psicomotricidade

### 9. Participação do aluno nas atividades do projeto pedagógico e plano anual de atividades da escola

O aluno participará nas atividades do projeto pedagógico e plano anual de atividades da escola, se houver necessidade de se proceder a alguma alteração ela será feita de modo a que o aluno tenha sucesso na sua participação.

O R. pode participar nas saídas da escola com a sua turma, nomeadamente nas visitas de estudo, no entanto deverá ser assegurado acompanhamento de uma assistente operacional. Se os locais a visitar exigirem grandes troços de percurso a percorrer, será pedido o carrinho de rua à mãe de forma a que em momentos de cansaço ele possa prosseguir com os colegas.

### 10. Responsáveis pelas respostas educativas

<i>Nomes:</i>	<i>Funções:</i>
	Docente titular de turma
	Docente de educação especial
	Docente de educação especial
	Fisioterapeuta
	Terapeuta da Fala
	Terapeuta Ocupacional
	Docente de Psicomotricidade
	Docente de Musicoterapia
	Monitor de natação

## 11. Áreas específicas a desenvolver pelo docente de educação especial

<b>Área: Autonomia</b>
<b>Subárea(s): Independência Pessoal Vestir/Despir</b>
<b>Objetivos gerais:</b> - Realizar com mais autonomia as atividades da vida diária; - Adquirir progressiva independência no seu cuidado pessoal
<b>Competências específicas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apertar e desapertar fechos</li> <li>• Apertar e desapertar botões</li> <li>• Vestir e despir o casaco sem ajuda</li> <li>• Vestir e despir a camisola com ajuda</li> <li>• Vestir ou despir calças com ajuda</li> </ul>
<b>Estratégias e/ou atividades:</b> Todos os momentos de chegada à escola, ida para casa e idas à piscina
<b>Recursos materiais:</b> Peças de vestuário
<b>Contextualização da aprendizagem:</b> Na Unidade, mais precisamente nos momentos de chegada e saída da escola e nas idas à casa de banho.
<b>Responsáveis pela aprendizagem:</b> Docentes da Educação Especial
<b>Obs:</b> É fundamental a colaboração das Assistentes Operacionais A ser trabalhado pela família em casa
<b>Subárea(s): Higiene</b>
<b>Objetivos gerais:</b> Adquirir progressiva independência no seu cuidado pessoal
<b>Competências específicas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicar a necessidade de ir à sanita</li> <li>• Descarregar o autoclismo</li> <li>• Imitar lavar as mãos</li> <li>• Imitar lavar a cara</li> <li>• Imitar secar as mãos</li> <li>• Imitar limpar a cara à toalha</li> <li>• Lavar os dentes sem ajuda</li> </ul>
<b>Estratégias e/ou atividades:</b> Aproveitar todos os momentos de rotina de ida à casa de banho, antes e depois da refeições e após determinadas atividades que exijam proceder à sua higiene
<b>Recursos materiais:</b> Pasta e escova de dentes, sabonete, toalhas e toalhetes
<b>Contextualização da aprendizagem:</b> Na Unidade, mais precisamente em contexto de casa de banho
<b>Responsáveis pela aprendizagem:</b> Docentes da Educação especial
<b>Obs:</b> É importante a colaboração das Assistentes Operacionais A ser um trabalho seguido pela família.
<b>Subárea(s): Alimentação</b>
<b>Objetivo geral: Tornar-se o mais autónomo possível na alimentação</b>
<b>Competências específicas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Levar os alimentos à boca com a colher sem ajuda</li> <li>• Começar a usar o garfo nos alimentos sólidos</li> <li>• Beber por um copo segurando com as duas mãos sem ajuda do adulto</li> <li>• Limpar a boca ao guardanapo por indicação do adulto</li> </ul>
<b>Recursos materiais:</b> Talheres e alimentos diversos
<b>Contextualização da aprendizagem:</b> Momentos do lanche na Unidade e na cantina
<b>Responsáveis pela aprendizagem:</b> Docentes da Educação especial
<b>Obs:</b> A ajuda das Assistentes Operacionais é fundamental A trabalhar em parceria com a família

<b>Área: Socialização</b>
<p><b>Competências específicas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reagir a alguém que chama pelo seu nome</li> <li>• Interagir adequadamente com os seus pares</li> <li>• Esperar pela sua vez nas situações de jogo paralelo</li> <li>• Colaborar em brincadeiras com o adulto e outras crianças</li> <li>• Participar nos jogos coletivos</li> <li>• Fazer uso dos gestos e normas sociais de saudação (bom dia, boa tarde, até amanhã..; acenar com a mão)</li> <li>• Pedir ajuda sempre que necessite, servindo-se de gestos e vocalizações</li> <li>• Cumprir ordens simples.</li> </ul>
<p><b>Estratégias e/ou atividades:</b> Desenvolver atividades de grande e pequeno grupo de forma a favorecer a interação com os outros, respeitando regras, partilhando materiais.</p>
<p><b>Recursos materiais:</b> Diversos objetos, como bolas, arcos, livros...</p>
<p><b>Contextualização da aprendizagem:</b> Na Unidade, nos trabalhos coletivos, no recreio e na sala do ensino regular</p>
<p><b>Responsáveis pela aprendizagem:</b> Docentes da Educação Especial e Professora Titular de Turma</p>
<p><b>Obs:</b> É imprescindível o apoio das Assistentes Operacionais A ser trabalhado pela família em casa.</p>
<b>Área: Motricidade</b>
<b>Subárea(s): Motricidade global</b>
<p><b>Objetivo geral:</b> - Controlar os movimentos amplos e a postura</p>
<p><b>Competências específicas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tentar deslocar-se sozinho sem apoio do adulto</li> <li>• Sentar-se e levantar-se da cadeira sem ajuda do adulto</li> <li>• - Sentar-se e levantar-se do chão sem ajuda</li> <li>• Manter-se em pé de forma equilibrada durante algum tempo sem qualquer tipo de apoio</li> <li>• Chutar a bola</li> <li>• Apanhar a bola com as duas mãos (sentado)</li> <li>• Atirar a bola com as duas mãos</li> <li>• Apanhar objetos do chão sem ajuda</li> <li>• Subir e descer escadas alternando os pés com ajuda do adulto</li> </ul>
<p><b>Estratégias e/ou atividades:</b> Desenvolver atividades motoras que impliquem movimentos equilibrados</p>
<p><b>Recursos materiais:</b> Bolas, cadeiras, colchões, diversos objetos que possa manusear.</p>
<p><b>Contextualização da aprendizagem:</b> Na Unidade nas sessões de psicomotricidade e no recreio</p>
<p><b>Responsáveis pela aprendizagem:</b> Docentes da Educação Especial e Professora Titular de Turma</p>
<p><b>Obs:</b> As Assistentes Operacionais são fundamentais para auxiliarem a realização das atividades. Esta área é desenvolvida em parceria com a professora de psicomotricidade</p>
<b>Subárea(s): Motricidade fina</b>
<p><b>Objetivo geral</b> - Agarrar e manipular objetos coordenando os movimentos finos</p>
<p><b>Competências específicas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Segurar o material riscante em tríade com firmeza</li> <li>• Fazer preensões funcionais do lápis, tesoura, colher</li> <li>• Imitar a linha vertical</li> <li>• Executar a linha horizontal</li> <li>• Pintar dentro de contornos</li> <li>• Fazer o círculo</li> <li>• Fazer desenhos</li> <li>• Copiar grafismos</li> <li>• Ter a noção do limite do desenho</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contornar formas</li> <li>• Rasgar papéis</li> <li>• Encaixar peças</li> <li>• Realizar enfiamentos</li> <li>• Fazer puzzles</li> <li>• Modelar plasticina e outras pastas</li> </ul>
<p><b>Estratégias e/ou atividades:</b> Criar atividades abrangentes com diversos materiais para desenvolver os movimentos mais finos. Pintar, colar, fazer desenhos</p>
<p><b>Recursos materiais:</b> Jogos diversos, puzzles, canetas de feltro, lápis de cor, papéis, contas, tesoura...</p>
<p><b>Contextualização da aprendizagem:</b> Nas diversas atividades dirigidas em grupo e individual na Unidade e na sala do ensino regular</p>
<p><b>Responsáveis pela aprendizagem:</b> Docentes da Educação Especial e Assistentes Operacionais, Professor titular de turma</p>
<p><b>Obs:</b> A colaboração das Assistentes Operacionais é fundamental para o aluno, na execução das tarefas</p>
<p><b>Área: Cognição</b></p>
<p><b>Objetivo geral:</b> - Promover o aumento da atenção/concentração, percepção visual e sensorial</p>
<p><b>Competências específicas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Distinguir pequeno/grande</li> <li>• Apontar em si as várias partes do corpo (olhos, boca, nariz...)</li> <li>• Associar objeto à imagem</li> <li>• Identificar as cores</li> <li>• Construir puzzles com peças grandes</li> <li>• Apontar o que está em cima de/em baixo</li> <li>• Identificar pequeno/grande</li> <li>• Distinguir colocar/retirar</li> <li>• Fazer encaixes por associação visual de fundo ou pelo recorte do encaixe</li> <li>• Associar imagens iguais de figuras concretas</li> <li>• Completar e compor imagens (puzzles e metades de imagens)</li> <li>• Aumentar o tempo de permanência na tarefa</li> <li>• Pintar respeitando os contornos</li> <li>• Associar objetos à sua função</li> <li>• Aumentar a consciencialização corporal para que possa controlar os esfíncteres</li> <li>• Promover formas adequadas de interação e comunicação através de gestos e vocalizações</li> </ul>
<p><b>Estratégias e/ou atividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de diversas atividades que vão ao encontro das competências pretendidas</li> </ul>
<p><b>Recursos materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Materiais diversos existentes na Unidade e /ou sala do regular e de acordo com a atividade planificada</li> </ul>
<p><b>Contextualização da aprendizagem:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Na Unidade e na sala do ensino regular</li> </ul>
<p><b>Responsáveis pela aprendizagem:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Docentes da Educação Especial e Professora Titular de turma</li> </ul>
<p><b>Obs:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para uma melhor realização das atividades é fundamental a colaboração das Assistentes Operacionais. É também importante o acompanhamento por parte da família.</li> </ul>
<p><b>Área: Comunicação</b></p>
<p><b>Subárea: Linguagem Compreensiva e Expressiva</b></p>
<p><b>Objetivos gerais:</b> - Estimular a linguagem compreensiva e expressiva - Contribuir para a aquisição de vocábulos elementares</p>
<p><b>Competências específicas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Repetir sons realizados pelo adulto</li> <li>• Aumentar a intencionalidade comunicativa e diversificar as situações em que ocorre</li> <li>• Usar gestos básicos de “ajuda”, “acabou”, “mais”</li> <li>• Introduzir símbolos gráficos para estruturação, compreensão e antecipação de rotinas, sob a</li> </ul>

<p>forma de símbolos SPC</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Construir puzzles com peças grandes</li> <li>• Reagir adequadamente a palavras inibitórias, “pára”, “não”</li> <li>• A pedido, tirar/colocar objetos/imagens, a partir de instruções verbais “tira”, “põe”</li> <li>• Reagir a palavras “dá” e “mais”</li> <li>• Associar fotos da família a palavras (pai, mãe...)</li> <li>• Identificar verbalmente alguns objetos de uso comum</li> <li>• Identificar verbalmente os alimentos</li> </ul>
<p><b>Estratégias e/ou atividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Audição de histórias, visualização de filmes, ajudar a fazer gestos que indiquem necessidades, ajudar o aluno a utilizar símbolos SPC, escutar sons do ambiente...</li> </ul>
<p><b>Recursos materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Materiais diversos existentes na Unidade e /ou sala do regular e de acordo com a atividade planificada e símbolos pictográficos</li> </ul>
<p><b>Contextualização da aprendizagem:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Na <i>Unidade</i> e na sala do ensino regular</li> </ul>
<p><b>Responsáveis pela aprendizagem:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Docentes</i> da Educação Especial e Professora Titular de turma</li> </ul>
<p><b>Obs:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• As Assistentes Operacionais são colaboradoras importantes na realização das atividades. A ser trabalhado em parceria com a família e com os terapeutas da Unidade e da instituição privada.</li> </ul>
<p><b>Estratégias e/ou atividades gerais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Criar ambientes estruturados e calmos de forma a transmitir segurança e bem estar ao aluno</li> <li>• Utilizar uma pedagogia de rotinas diárias como momentos de aprendizagem</li> <li>• Proporcionar experiências significativas, organizadas e diversificadas</li> <li>• Utilizar uma diversidade de materiais que estimulem e desenvolvam os sentidos, auditivo, gustativo, tátil, olfativo e visual</li> <li>• Criar atividades diversificadas que originem necessidade de o aluno comunicar, quer através do sorriso, gesto ou vocalizações</li> <li>• Desenvolver atividades que proporcionem e facilitem o contacto do aluno com os demais da escola</li> <li>• Criar atividades tendo em atenção as capacidades e incapacidades do aluno, fazendo as respetivas adaptações necessárias, de modo a permitir o sucesso do aluno.</li> <li>• Utilizar sempre a linguagem verbal, de forma clara e estruturada de modo a que o aluno entenda o que se pretende informar.</li> <li>• Utilizar meios de comunicação de forma a facilitar a aprendizagem do aluno</li> <li>• Colocar ao alcance do aluno, os jogos e outros materiais indispensáveis à realização de atividades</li> </ul>

<p><b>Recursos Materiais gerais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pastas temáticas</li> <li>• Letras móveis</li> <li>• Números móveis</li> <li>• Jogos variados</li> <li>• Puzzles</li> <li>• Diversos tipos de papel com texturas diversificadas</li> <li>• Cartolinas</li> <li>• Fichas em suporte de papel e a cores</li> <li>• Software educativo</li> <li>• Tintas</li> <li>• Fotocópias</li> <li>• Tesoura</li> <li>• Pincéis</li> <li>• Pastas de modelagem</li> <li>• Farinha de trigo</li> <li>• Lápis de cores (finos e grossos)</li> <li>• Lápis de cera</li> <li>• Marcadores (finos e grossos)</li> </ul>
--

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fotos de vários temas</li> <li>• Colas</li> </ul>
<b>Avaliação:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interação com colegas e adultos</li> <li>• Aplicação e tempo em tarefa</li> <li>• Concretização das tarefas</li> <li>• Competências atingidas</li> <li>• Autonomia e iniciativa adquirida</li> <li>• Diversificação dos instrumentos a utilizar (observação direta, fichas trabalho, contactos formais e informais com o encarregado de educação)</li> <li>• Avaliação contínua, informação trimestral aos encarregados de educação</li> </ul>

### **12. Áreas a desenvolver pelos Técnicos especializados**

#### **OBJETIVOS GERAIS**

- Promover adaptações necessárias ao contexto e às atividades para facilitar a participação do aluno
- Promover um posicionamento o mais correto possível em todas as ocasiões

#### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- **Fisioterapia**

- Trabalhar o equilíbrio sentado na bola grande e em pé
- Facilitar a transferência de carga na base de suporte para os membros inferiores em pé
- Promover o treino de marcha em pisos irregulares, subindo e descendo escadas e ultrapassando obstáculos
- Promover a dissociação de cinturas escapular e pélvica durante a marcha

- **Terapia da Fala**

- Aumentar os períodos de interação com os seus pares e adultos
- Usar meios alternativos para suportar a comunicação
- Aumentar o tempo de permanência nas tarefas
- Utilizar fotografias representativas de uma atividade para a antecipação da mesma
- Utilizar fotografias representativas de uma atividade para a realização da mesma
- Escolher objetos e atividades
- Melhorar a capacidade de realização de pequenas tarefas ou atividades incentivando ao mesmo tempo indicadores de comunicação com o adulto
- Associar imagens iguais
- Estabelecer associação entre imagens relacionadas
- Identificar diretamente (pelo nome) mais objetos de tamanho real (conceitos)

- **Terapia Ocupacional**

- Melhorar a coordenação motora, óculo-motora e a motricidade fina, de modo a conseguir executar tarefas de forma mais eficiente
- Executar as tarefas e os gestos coordenados necessários para calçar/descalçar e vestir/despir a roupa de várias partes do corpo

### **13. Avaliação do PEI**

O PEI será avaliado no final do ano letivo por todos os intervenientes no processo educativo do aluno. Se por algum motivo se manifestar necessidade de se proceder a alguma alteração ela será efetuada, fundamentando a alteração por todo os responsáveis.

### **14. Início da implementação da reformulação do PEI**

Depois de aprovado em Conselho Pedagógico e homologado pelo Diretor

### **15. Autoria**

<p><b>14.1. Professor titular de turma/ Coordenador do PEI:</b>  Nome:  Assinatura: _____  Data:</p>
<p><b>14.2. Docentes da educação especial:</b>  Nome:  Assinatura: _____    Nome:  Assinatura: _____  Data:</p>
<p><b>14.3. Técnicos</b>  <b>Terapeuta da fala</b>  Nome:  Assinatura: _____  Data:  <b>Terapeuta ocupacional</b>  Nome:  Assinatura: _____  Data:  <b>Fisioterapeuta</b>  Nome:  Assinatura: _____  Data:</p>
<p><b>14.5. Encarregado de educação</b>  Nome:  Assinatura: _____  Data:</p>

<b>16. Aprovação e Homologação</b>
<p><b>15.1. Aprovado pelo Conselho Pedagógico</b>  Presidente do Conselho Pedagógico  Nome:  Assinatura: _____  Data:</p>
<p><b>15.2. Homologado pelo Diretor do Agrupamento</b>  Nome:  Assinatura: _____  Data:</p>

### **3. Instrumentos**

As técnicas a serem utilizadas neste estudo foram a análise documental, a observação direta não-participante da criança do seu contexto terapêutico e a entrevista aplicada à mãe, psicóloga e fisioterapeuta.

Tornou-se imprescindível o recurso a instrumentos de recolha de dados, como a grelha de observação das sessões terapêuticas.

Estes instrumentos e estratégias de recolha de dados forneceram um forte cunho descritivo que conduziu a um profundo alcance analítico. Baseou-se fortemente no trabalho de campo, sendo o investigador, o principal instrumento de recolha de dados.

### **3.1. Análise Documental**

A análise documental constitui uma técnica importante na pesquisa qualitativa, seja complementando informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspetos novos de um tema ou problema (Lüdke & André, 1986).

O objetivo da análise documental é identificar, em documentos primários, informações que sirvam de subsídio para responder a alguma questão de pesquisa. Por representarem uma fonte natural de informação, documentos “não são apenas fonte de informação contextualizada, mas surgem num determinado contexto e fornecem informações sobre esse mesmo contexto” (Lüdke & André, 1986, p. 39). A análise documental deve ser adoptada quando a linguagem utilizada nos documentos constitui elemento fundamental para a investigação.

Neste estudo particularmente, a análise documental incidiu em documentos como a ficha de avaliação e ficha de grupo da AEPM e PEI do aluno para o ano letivo 2012/2013.

### **3.2. Observação Direta Não-Participante**

Como refere Quivy e Campenhoudt (2008), a observação ajuda a identificar e a obter provas a respeito de objetivos sobre os quais os indivíduos não têm consciência, mas orientam o seu comportamento. Esta obrigou a um contacto mais direto com a realidade. Permitiu-nos a evidência de dados que não foram contemplados nas entrevistas e na análise documental.

Nesta observação está patente a observação não-participante, já que o observador não participa nos acontecimentos mas assiste-os do exterior, assinalando dados durante o seu período de investigação. Caracterizou-se pelo procedimento direto de recolha de informações, em contexto terapêutico. Inserido no ambiente ecológico que pretende investigar e integrar-se, torna-se mais fácil ter acesso à realidade do

participante, através da vivência dos seus problemas, as suas ações, e quais as perspetivas e desejos. Apelou diretamente ao sentido de observação. Teve como suporte uma grelha de observação (vide anexo C). Fundamentamos toda esta observação naturalista em Estrela (1994).

Cada sessão teve a duração aproximada de vinte minutos. No total foram realizadas seis sessões de observação com intervalos entre as observações de uma semana. Foram contabilizados 120 minutos de observações, transcritas e analisadas pela própria investigadora. Teve como função registar as informações requeridas pelas hipóteses. O registo procedeu-se de cinco em cinco minutos, tendo em conta a atividade que se estava a desenrolar, as estratégias utilizadas para a sua prossecução e para alcançar os objetivos definidos e as reações e comportamentos do R. no âmbito das mesmas. As atividades observadas foram: atividades de contacto com o cavalo e atividades específicas ao nível psicomotor (vide anexo D).

### 3.2.1. Calendarização das Sessões de Observação

Ao longo das sessões de observação em contexto terapêutico procedeu-se a registos escritos através de uma grelha de observação.

Sessões	Data
1. <sup>a</sup>	06/06/2013
2. <sup>a</sup>	13/06/2013
3. <sup>a</sup>	20/06/2013
4. <sup>a</sup>	27/06/2013
5. <sup>a</sup>	04/07/2013
6. <sup>a</sup>	11/07/2013

Tabela 2 – Calendarização das sessões de Observação de Hipoterapia

### **3.3. Entrevista**

Segundo Quivy e Campenhoudt (2008), as entrevistas constituem uma das fases mais agradáveis da investigação, pois é onde surgem os contactos humanos mais ricos para o investigador. Além disso, a entrevista permite a captação imediata e corrente da informação desejada (Lüdke & André, 1986) e há mais espaços para correções, esclarecimentos e aprofundamento de certas questões.

Quivy e Campenhoudt (2008), referem que o método das entrevistas está sempre associado a um método de análise de conteúdo. Durante as entrevistas, tratou-se de facto, de fazer aparecer o máximo possível de elementos de informação e de reflexão, que serviram de materiais para uma análise sistemática de conteúdo que correspondeu, por seu lado, às exigências de explicitação, de estabilidade e de intersubjetividade dos processos.

O tipo de entrevista selecionada implicou um guião flexível (vide anexo E, F e G), ainda que com uma ordenação previamente definida e que permitia respostas abertas e de extensão indefinida. Como refere Estrela (1994), o guião da entrevista é quem garante a validade da entrevista. Trata-se pois de uma entrevista semi-estruturada. Esta foi aplicada à mãe, à psicóloga e à fisioterapeuta que o acompanham nas sessões de hipoterapia. O recurso a este instrumento permitiu que os entrevistados expressassem os seus sentimentos e vivências acerca do real impacto da hipoterapia em crianças com SA, ao nível psicomotor, e a existência de um vínculo afetivo entre criança-animal.

#### **3.3.1. Técnica de Análise das Entrevistas**

Após todas as entrevistas terem sido transcritas, o mais fidedignamente possível, os discursos resultantes foram sujeitos a um tratamento e análise de informação, ou seja, a uma análise de conteúdo (vide anexo H).

A análise de conteúdo, segundo Vala (2001, citado por Silva, 2005), refere-se à desmontagem de um discurso e à produção de um novo discurso através de um processo de localização – atribuição de traços de significação, resultado de uma relação dinâmica entre as condições de produção do discurso a analisar e as condições de produção de análise. “Visando os produtos da ação humana e estando voltada para o estudo das

ideias e não das palavras em si” (Marconi, 1982, p. 100), a análise de conteúdo tem por finalidade, segundo Bardin (1977, p. 38), “ a descrição objetiva, sistemática e qualitativa de conteúdo manifesto da comunicação, consistindo num conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”, pelo que os pesquisadores devem seguir as recomendações acerca dos cuidados que têm que tomar para que a interpretação não comprometa a pesquisa.

A análise de conteúdo requer um conjunto de procedimentos que, pela natureza distingue sistemas de categorias definidos à posteriori mas também à priori, considerando-as “rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registo, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos”. Esse tipo de análise permite realizar inferências fundadas na presença de um dado índice ou índices (tema, palavra, personagem, etc.) para, com base nele(s), descobrir os “núcleos de sentido” que compõem a comunicação.

Desta forma, para a análise de conteúdo das entrevistas tornou-se essencial seguir 3 etapas distintas: *a pré-análise; a exploração do conteúdo da informação recolhida; análise dos resultados* (Campos, 2004).

Na fase de *pré-análise*, procedeu-se a uma leitura reiterada e acrítica do material recolhido nas entrevistas, com o intuito de apreender e organizar de forma não estruturada nem sistemática aspetos importantes para as próximas fases (Bardin, 1977). Trata-se de uma fase de grande interação entre o investigador e o material a analisar na qual se apreende de forma global as principais ideias e significados reais.

Após esta análise do material, numa segunda fase, torna-se necessário proceder à seleção de unidades de análise. Em particular consideramos dois tipos de unidades – as unidades de registo e as unidades de contexto (Bardin, 1977; Ghiglione & Matalon, 2005). As unidades de registo são os segmentos de texto que se revelam significativos para a pesquisa. Há uma preferência pela análise temática, implicando um enfoque em determinadas palavras, frases ou parágrafos (Downe-Wamboldt, 1992). Por seu turno, as unidades de contexto são os segmentos de mensagem de dimensão maior do que as unidades de registo, que permitem compreender a significação desta. No caso da

presente investigação tomámos como unidades de registo a frase e como unidades de contexto, cada uma das entrevistas em si.

A terceira fase, ou fase de *análise de resultados*, implicou um duplo processo de categorização e codificação. A categorização envolve uma operação de classificação dos elementos de um conjunto, implicando processos de diferenciação e reagrupamento por género (Bardin, 1977). Por sua vez, a codificação é a operação pela qual se atribui a cada unidade de análise um código relativo a uma dada categoria (Flores, 1994). O código, frequentemente alfanumérico ou constituído por abreviaturas, deve ser elaborado pelo próprio investigador, embora seja importante que a atribuição dos códigos às unidades de análise seja realizada por codificadores independentes de modo a verificar-se a concordância entre codificadores, essencial para garantir a validade do sistema de codificação desenvolvido (Ghiglione & Matalon, 2005).

A criação do sistema de categorização de nosso estudo tem origem nos objetivos da investigação e tem como finalidade analisar o impacto da hipoterapia, ao nível psicomotor, na criança, qual a perceção dos pais relativamente ao mesmo e analisar o vínculo afetivo existente entre criança-cavalo.

Quanto ao processo de codificação, tornou-se um sistema alfanumérico, tendo sido atribuído a cada um dos entrevistados um código de abreviatura: mãe – M; psicóloga – P; fisioterapeuta – F. A cada categoria foi atribuída uma letra maiúscula: impacto da hipoterapia nos fatores psicomotores – A; como se efetua o vínculo afetivo criança-cavalo – B; perceção dos pais quanto ao impacto da hipoterapia – C. A cada subcategoria, dentro de uma categoria, foi atribuído um número árabe: 1, 2, 3, ....

## 4. Procedimentos

O sucesso de uma investigação, prende-se, essencialmente, com a estruturação e definição das diferentes etapas a obedecer ao longo de todo o estudo.

A primeira etapa, a preparação, foi de grande importância, na medida em que construímos um alicerce de estudo. Esta etapa envolveu quatro fases. A primeira correspondeu ao desenvolvimento da teoria.

A fase seguinte correspondeu à conceção dos instrumentos a serem utilizados durante o estudo (descritos anteriormente).

Na recolha de dados estiveram também subjacentes determinados procedimentos, tais como o pedido das devidas autorizações à mãe da criança em causa e à AEPM e a efetivação dos contactos com os técnicos envolvidos no contexto terapêutico. Os dados foram recolhidos pelo investigador, com vista a garantir a fidelidade da informação, no contexto terapêutico e familiar da criança.

A preparação para a seleção de dados correspondeu à quarta fase desta etapa. Diante dos objetivos já delineados, a seleção do caso requereu um cuidado muito grande, pois não se tratou de uma mera escolha percetiva por isso esteve apoiada na seleção daquilo que se quis focalizar.

A segunda etapa correspondeu ao desenvolvimento, que se revelou, de alguma forma, mais insegura, pois comporta em si uma coleção de dados, processos históricos e outros materiais que foram utilizados de forma, muitas vezes diferentes e que chegaram a um ponto em comum. Estabelecido o foco principal das investigações, as decisões foram tomadas de uma maneira objetiva para que não houvesse uma “desfocalização” do estudo. Enumerou-se aquilo que era prioridade e a forma como se pode abstrair daquilo que chamamos de banco de dados, tudo aquilo que direta ou indiretamente foi usado no desenvolvimento do caso.

A segunda fase correspondeu ao tratamento dos dados, que neste tipo de investigação é de difícil operacionalidade.

A última etapa da investigação correspondeu à finalização, isto é, ao desenvolvimento de um relatório do caso. Assim, esta última etapa da investigação

empírica, fase designada de padronização, modificação teórica e finalização, conduziu-nos à conclusão, exigindo-nos muita reflexão, ponderação sobre a articulação do corpus textual e o trabalho experienciado.

Como fruto de uma discussão, a padronização priorizou aquilo que o estudo tem de melhor, tanto em argumentos quanto em reformulação teórica.

# **CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS**

São, seguidamente, apresentados os resultados obtidos, feita a sua análise e interpretação.

A discussão é alargada ao quadro de outras investigações e síntese de literatura relacionada. Por razões de inteligibilidade, optamos por apresentar e descrever, de novo, os participantes que fazem parte da amostra deste estudo.

## **1. Análise**

A análise aqui realizada incide sobre uma criança de 8 anos, do género masculino - o R. - que frequenta o 2.º ano do 1.º Ciclo do Ensino Básico, numa Unidade de Apoio à Multideficiência. Esta criança apresenta determinadas características cognitivas, sensoriais e neuromusculoesqueléticas, às quais foi atribuído o diagnóstico de SA. O R. tem acompanhamento semanal na escola ao nível da terapia da fala, terapia ocupacional, fisioterapia, musicoterapia e psicomotricidade. Extra escola, pela Associação Raríssimas, tem apoio em terapia da fala, hidroterapia, fisioterapia e hipoterapia de forma sistemática muito intensiva.

O tratamento de dados, como descrito anteriormente, passou pela análise de conteúdo das entrevistas, pela análise do PEI, ficha individual e ficha de grupo da AEPM. Ainda se procedeu à análise de grelhas de observação de seis sessões de hipoterapia.

### **1.1. Análise Documental das Entrevistas**

Encetamos a análise de resultados tomando as respostas obtidas nas entrevistas dirigidas à mãe, à psicóloga e à fisioterapeuta.

Tal como referimos anteriormente, a criação do sistema categorial do nosso estudo resulta dos objetivos da pesquisa e, nomeadamente, compreender o impacto da

hipoterapia em crianças com SA, a percepção que os pais têm desta terapia e entender como se efetiva o vínculo afetivo entre criança-cavalo.

Admitindo todos estes propósitos, expomos o seguinte sistema categorial:

### **Categoria A - Impacto da hipoterapia nos fatores psicomotores**

#### Subcategoria A.1.: Impacto ao nível psicológico

Com esta subcategoria o nosso propósito é compreender o impacto que a hipoterapia tem ao nível psicológico, numa criança portadora de SA.

#### Subcategoria A.2.: Impacto ao nível motor

Pretendemos com esta subcategoria compreender o impacto que a hipoterapia tem ao nível motor, numa criança portadora de SA.

### **Categoria B - Efetivação do vínculo criança-animal**

#### Subcategoria B.1.: Existência de vínculo afetivo

A nossa intenção na formulação desta subcategoria surge na importância de perceber se se efetiva o vínculo afetivo criança-cavalo.

#### Subcategoria B.2.: Efetivação do processo de vínculo

Pretendemos com esta subcategoria compreender como se desenrola todo o processo de vínculo.

#### Subcategoria B.3.: Grau de dificuldade no estabelecimento do vínculo

Com esta subcategoria pretendemos conhecer qual o grau de dificuldade no estabelecimento do vínculo afetivo.

#### Subcategoria B.4.: A importância do vínculo afetivo

Através desta subcategoria pretendemos compreender a importância do vínculo afetivo para o bom desenvolvimento da hipoterapia.

## **Categoria C - Percepção dos pais quanto ao impacto da hipoterapia**

### Subcategoria C.1.: O impacto da hipoterapia no desenvolvimento psicomotor

Pretendemos com esta subcategoria compreender a real percepção que os pais têm quanto ao impacto que a hipoterapia tem no desenvolvimento psicomotor do seu filho.

### Subcategoria C.2.: A importância da hipoterapia

A formulação desta subcategoria tem como propósito perceber o quanto os pais consideram importante a hipoterapia para um bom desenvolvimento psicomotor do seu filho.

Tabela 3 - Categorização dos Dados: Entrevistas

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Indicadores</b>
A. Impacto da hipoterapia nos fatores psicomotores	A.1. Impacto ao nível psicológico	<p><b>M</b> – “<i>Verifica-se desenvolvimentos ao nível da capacidade de concentração (...).</i>” “<i>(...) já é capaz de distinguir sons, cores, os animais (...).</i>”</p> <p><b>P</b> – “<i>O que mais notamos (...) foi a boa relação que estabeleceu com o cavalo (...) vindo sempre para as sessões muito animado e sorridente e uma maior capacidade de relaxamento.</i>”</p>
	A.2. Impacto ao nível motor	<p><b>M</b> – “<i>Logo que o R. montou verifiquei diferenças a nível postural.</i>” “<i>(...) assim como a diminuição da espasticidade.</i>” “<i>(...) de realização d e pequenas tarefas de motricidade fina.</i>” “<i>(...) verifica-se mais equilíbrio, por exemplo, já efetua a marcha e para autonomamente e já se equilibra.</i>”</p> <p><b>P</b> – “<i>Acabou por perder grande parte da espasticidade.</i>” “<i>(...) quando ia montar a espasticidade diminuía com o andamento do cavalo, conseguindo assim relaxar.</i>”</p> <p><b>F</b> – “<i>(...) começou a relaxar e o equilíbrio no cavalo melhorou muito.</i>” “<i>(...) o ajuste postural ainda não está totalmente adquirido, mas está melhor do que quando iniciou a terapia.</i>” “<i>(...) já é mais ativo no ajuste postural.</i>”</p>

Categoria	Subcategorias	Indicadores
B. Efetivação do vínculo criança-animal	B.1. Existência de vínculo afetivo	<p><b>M</b> – “Sim, considero que existe um vínculo afetivo.”</p> <p><b>P</b> – “Sim, sem dúvida.”</p> <p><b>F</b> – “De certa forma.”</p>
	B.2. Efetivação do processo de vínculo	<p><b>P</b> – “(...) tentamos sempre fazer um trabalho no chão com o cavalo (...) que consiste no escovar, aparelhar (pôr a cela, a manta), limpar, tratar.”; “(...) considerarmos que é no chão que se cria uma maior ligação com o animal.”</p> <p>“(...) foi realizado o trabalho de tocar, mexer, cheirar, alimentar e limpar (...)”</p> <p>“A parte que o R. mais gostava no manejo era alimentar o cavalo, pois sentia os pelos e a respiração do cavalo na mão.”</p> <p>“É aqui que se efetua a vinculação.”</p> <p><b>F</b> – “(...) utilizamos uma égua que é muito pacífica, isto é, ela fica à espera que a criança, assim que achar que está à vontade, se aproxime.”</p>
	B.3. Grau de dificuldade no estabelecimento do vínculo	<p><b>P</b> – “No caso do R., o vínculo foi fácil(...)”</p> <p>“(...) ele achava piada a tudo o que era realizado.”</p> <p><b>F</b> – “Foi fácil de alcançar.”</p> <p>“(...) conseguiu perceber que é um animal grande e com força mas que ao mesmo tempo é dócil e está ali para lhe dar, para ele usufruir, mexer sem exigir nada.”</p>
	B.4. A importância do vínculo afetivo	<p><b>M</b> – “Sim, é importantíssimo.”</p> <p>“Assim como há a necessidade de haver uma empatia entre o R. e os terapeutas que trabalham com ele, com o animal muito mais.”</p> <p>“Se o R. rejeitasse o cavalo, não evoluiria.”</p> <p><b>P</b> – “O vínculo afetivo foi muito importante para o R. Sem ele nunca teria conseguido obter confiança e vontade em montar o cavalo (...)”</p> <p><b>F</b> – “Considero muito importante”</p> <p>“Quanto mais ele confiar no cavalo e sentir que este é seu amigo (...) mais vai estar à vontade (...) e trabalhar mais competências.”</p>

<b>Categoria</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Indicadores</b>
C. Percepção dos pais quanto ao impacto da hipoterapia	C.1. O impacto da hipoterapia no desenvolvimento psicomotor	<p><b>M</b> – “Noto uma nítida evolução.”  “Com a ajuda da equipa que estava a trabalhar com o R. vimos logo progressos, evolução nele.”  “ (...) nota-se logo no caminhar do R. quando sai do cavalo, assim como a diminuição da espasticidade que é tão característica desta síndrome.”</p> <p><b>P</b> – “Ela verificou uma melhoria na marcha, na maior capacidade de relaxamento e um à vontade muito grande só por estar montado no cavalo.”</p>
	C.2. A importância da hipoterapia	<p><b>M</b> – “Aqui trabalham-se todas as áreas, não só a nível físico como também a nível sensorial, afetivo e emotivo. Tudo aqui se conjuga.”  “Esta é a terapia que ele mais adora.”</p> <p><b>P</b> – “Aí ficamos com a certeza que ela tinha uma boa percepção.”  “(…) ela considerava que a terapia estava a ser muito positiva para o R. porque ele gostava de a praticar, acima de tudo.”</p>

## 1.2. Análise da Observação Direta Não-Participante

São seis as grelhas de observação referentes como supra-mencionado, a 6 sessões, espaçadas entre si diferencialmente.

Da leitura e observação destas grelhas, salienta-se que o enfoque da intervenção situa-se nos fatores psicomotores, tal como planificado na ficha de grupo e individual da AEPM (vide anexo I).

No início de cada sessão, a estratégia utilizada, para a promoção de um clima/relação positiva e confiante, consistia na ida da fisioterapeuta até à carrinha onde se encontrava o R. para encaminhá-lo, dialogando sempre, para o picadeiro. Durante este pequeno percurso o R. era orientado e incentivado para realizar a marcha autonomamente. Esta era muito típica da síndrome, atáxica, braços posicionados com cotovelos curvados e os antebraços erguidos. Contudo apresentava um bom equilíbrio.

Assim que o R. entrava no picadeiro e via a égua demonstrava de imediato uma agitação psicomotora, sorrindo e verbalizando sons. O primeiro trabalho realizado com

a égua era ao nível do contacto entre criança-égua. Aqui o R. demonstrava um misto de querer e não querer tocar, estando presente alguma espasticidade. Neste contacto, verificamos que o R. não tinha medo da égua e que se sentia bem e alegre, à beira da mesma. Estas observações são corroboradas pelos dados recolhidos nas entrevistas, tendo como fonte a fisioterapeuta “*Parece que está a jogar com o cavalo. Ele vai, aproxima-se e depois foge; vai e toca com um dedo e ri-se. É um jogo interno e externo*” e pela literatura (Freire, 1999).

Ao nível do trabalho motor, o R., nas duas primeiras sessões (06/06/2013 e 13/06/2013), demonstrou muita espasticidade e falta de capacidade na transferência de carga nos membros inferiores, no movimento de subida dos degraus do escadote. Nas sessões seguintes (20/06/2013 e 27/06/2013), o R. já revelou menos espasticidade e alguma iniciativa na tentativa de subida dos degraus. Na quinta sessão (04/07/2013), o R. demonstrou uma grande espasticidade e nenhum controlo nos movimentos de transferência de carga, devido ao estado alterado em que se encontrava tanto ao nível físico como psicológico. Na última sessão (11/07/2013) já evidenciou menos espasticidade e alguma colaboração na transferência de carga dos membros inferiores. Na saída da égua, a grande maioria das vezes evidenciou-se muita espasticidade e ausência de transferência de carga dos membros inferiores.

Em termos de análise de trabalho no cavalo, o R., independentemente se o seu estado físico fosse mais ou menos espástico, logo que montava era evidente o relaxamento dos membros superiores e inferiores. Ao longo do percurso realizado dentro e fora do picadeiro foi, de igual modo, patente que o R. conseguia realizar ajustes posturais, apesar de não ser de forma sistemática e consistente. Estas observações são corroboradas pelo testemunho recolhido por entrevista da fisioterapeuta “*(...) começou a relaxar e o equilíbrio no cavalo melhorou muito.*”; “*(...) o ajuste postural ainda não está totalmente adquirido, mas está melhor do que quando iniciou a terapia.*”, e pela literatura por (Gimenes & Andrade, 2004; Freire, 1999).

Quanto às atividades do foro psicológico que envolviam o manuseamento de objetos lúdicos, tinham como finalidade desenvolver a concentração e parte cognitiva. Nestas atividades, a égua, estava sempre parada em estação para que o R. se focasse mais no trabalho que teria de desenvolver. Era notório que esta parte da sessão não revelava grande interesse ao R e, era muito reduzido o número de vezes que realizava as

atividades com sucesso. Estes resultados não estavam apenas relacionados com a falta de interesse mas, como corrobora a análise documental e literária, as crianças portadoras de SA apresentam um défice cognitivo muito grave, como é o caso do R.. Estas observações vão na linha das constatações resultantes dos dados recolhidos nas entrevistas e da literatura (Alves, 2009; Freire, 1999; Lermontov, 2004).

Ainda, ao nível do vínculo afetivo, foi evidente que o R. nutria uma grande relação de confiança com a égua, quer pela forma como reagia quando a via, sorrindo e verbalizando sons de contentamento direcionados à mesma, quer no à vontade na realização de certas atividades de maior grau de dificuldade, como está patente nas sessões (06/06/2013; 20/06/2013; 27/06/2013 e 11/07/2013), em que tinha de permanecer sentado, em cima da égua, com as duas pernas para o lado direito do animal e tinha de libertar as mãos do cilhão. Na terceira sessão (20/06/2013), a realização do percurso exterior envolveu vários tipos de terrenos e níveis de dificuldade maior e, mesmo aqui, o R. demonstrou descontração e contentamento, para além de todos os ajustes posturais que realizou. O vínculo afetivo que foi observado entre criança-cavalo é corroborado pelo testemunho recolhido na entrevista pela psicóloga.

*“No caso do R., o vínculo foi fácil por que ele achava piada a tudo o que era realizado. Apesar de no início existir algum medo e contração, ele gostava de fazer todas as atividades.”*

*“Este vínculo facilitou a fase seguinte que era montar, por estar mais confiante naquilo que estava a fazer. Não tinha medo do animal mesmo com ele em andamento.”*

Ao nível das éguas utilizadas na terapia verificamos, tal como relatado na literatura, que eram calmas, dóceis e que estavam muito bem treinadas pois não revelaram qualquer tipo de reação quando eram utilizados objetos lúdicos ou mesmo quando o R. vinha mais agitado e revelava movimentos involuntários mais bruscos (Lermontov, 2004).

As sessões foram realizadas num picadeiro com todas as condições, assim como se utilizou o espaço exterior com terreno com várias irregularidades de forma a estimular o equilíbrio, força e tónus muscular, tal como corrobora a literatura (Lermontov, 2004).

Em suma, as constatações verificadas na análise documental e na análise das entrevistas, foram reiteradas com a observação direta não-participante. Também as observações são corroboradas pela literatura.

# CONCLUSÃO

A Hipoterapia é capaz de fornecer ao seu praticante uma oportunidade de se conhecer como pessoa e ampliar as suas capacidades e limitações, saindo assim da sua rotina escolar e das suas limitações patológicas. Desta forma, um novo mundo, pode-se assim dizer, expande-se para essas pessoas, como um novo olhar sobre aquilo que elas já conheciam.

Uma pessoa que nasce diferente, que é tratado como diferente por todos aqueles que o rodeiam e que por um acaso, ou por sorte, ou qual seja a causa, começa a ver o mundo através de outro prisma, acaba por se tornar uma pessoa ainda mais diferente, mas um diferente para melhor.

O objetivo fundamental deste estudo visou a constatação do impacto da Hipoterapia num portador de SA, nomeadamente, no que se refere aos fatores psicomotores, tendo sempre em conta o vínculo afetivo entre criança-cavalo. Somos conscientes de que um programa de reabilitação precoce, intensivo, eficaz, é imprescindível e, principalmente, capaz de prevenir as possíveis complicações, aumentando assim a expectativa de uma recuperação mais próxima dos parâmetros normais.

Em função dos resultados obtidos e de acordo com os objetivos definidos apresentamos as principais conclusões do nosso estudo:

Quanto ao primeiro objetivo - **Compreender o impacto da hipoterapia nos fatores psicomotores** – constatamos que, o caso do R., uma criança com SA, com limitações graves ao nível motor (espasticidade, falta de equilíbrio, ajuste corporal e quase ausência de marcha) e cognitivo, a prática da hipoterapia trouxe ganhos muito significativos, principalmente ao nível motor. O movimento tridimensional do cavalo produz um deslocamento da pélvis do praticante, idêntico ao que um ser humano realiza ao andar, proporcionando a conscientização corporal, incentivando a aprendizagem ou a reaprendizagem, como refere Gimenes e Andrade (2004). No caso do R., foram evidentes as melhorias obtidas com as várias sessões de hipoterapia: a melhoria de ajuste corporal, a diminuição da espasticidade, por consequência, maior controlo da marcha, como refere a mãe e a fisioterapeuta, testemunhos recolhidos por entrevista.

A interferência da hipoterapia no equilíbrio, por meio da adequação do tónus muscular, ritmo e simetria, dá estímulo a uma postura fisiologicamente íntegra. Existe uma estimulação permanente e constante dos órgãos do autocontrole, o que leva a uma aprendizagem sensório-motor, alcançada com o movimento global de todo o corpo.

A SA é uma patologia neuromotora, verificando-se um grande déficit cognitivo, por tal, os ganhos psicológicos não são muito perceptíveis, contudo foi possível verificar que, através o contacto com o cavalo, o R. apresentou uma maior descontração e concentração na realização das várias atividades desenvolvidas nas sessões de hipoterapia. Como refere Freire (1999), do ponto de vista psicológico, montar a cavalo é uma ótima terapia pois a interação entre homem e cavalo incrementa a autoconfiança, auto-estima e autonomia.

Apresentamos de seguida as conclusões relativas ao segundo objetivo - **Entender como se efetiva o vínculo criança – cavalo.**

Na hipoterapia é importante considerar todos os aspetos envolvidos na relação pessoa e animal, não somente as estimulações, a elevação psicomotora e motora que o cavalo auxilia. Na realidade o próprio animal, por se tratar de uma presença viva, traz à superfície sentimentos e emoções de uma forma afetiva e concreta. Estas particularidades auxiliam para que haja uma facilitação na intervenção terapêutica

Por se tratar do cavalo, em relação ao seu tamanho, ele é capaz de desenvolver, simultaneamente, os papéis de um terapeuta, um educador e um motivador, pois promove a aceitação de regras de segurança e disciplina, impondo respeito e limites, sem se envolver emocionalmente (Gimenes & Andrade, 2004).

Os primeiros contactos com o cavalo: cuidados com a alimentação, cuidados com a limpeza das cavalariças e do animal, desenvolvem uma ligação afetiva do praticante com o cavalo (Freire, 1999).

É nesta proximidade inicial que realmente se efetiva o vínculo entre criança-cavalo, como comprova o testemunho recolhido por entrevista:

*“(...) foi realizado o trabalho de tocar, mexer, cheirar, alimentar e limpar (...).”*  
*“A parte que o R. mais gostava no maneo era alimentar o cavalo pois sentia os pelos e a respiração do cavalo na mão.”*

*“É aqui que se efetua a vinculação.”*

Apesar de ser um animal de grande porte mas dócil, apenas está, em cada sessão, para ajudar o praticante a ultrapassar as suas dificuldades, fornecendo o seu corpo e toda a sua calma e serenidade, sem nunca pedir nada em troca nem sequer julgar qualquer tipo de comportamento. Desta forma, o vínculo afetivo estabelece-se de forma natural. No caso do R., o vínculo afetivo foi espontâneo, pois qualquer contacto com o cavalo era motivo de riso e alegria, como corroboram os testemunhos recolhidos por entrevistas. Sem este vínculo, qualquer tipo de trabalho realizado em cima do cavalo seria muito difícil ou mesmo impossível. Constatamos, assim, que o vínculo afetivo torna-se crucial para que o trabalho terapêutico seja realizado com sucesso e, principalmente, o praticante sinta prazer, alegria e segurança em cima do cavalo, levando-o a alcançar, com sucesso, as melhorias pretendidas.

Há comentários, nos artigos e livros pesquisados, que existem entre o homem e o cavalo vínculos afetivos, de amizade, de amor, de responsabilidade e de dependência, que combatem a prostração que uma doença provoca.

O cavalo transforma-se num personagem na vida da criança, passando então a ser um ponto de contacto sedutor com o mundo que o rodeia.

Ultimamos com uma apresentação conclusiva relativamente ao terceiro objetivo - **Compreender a perceção dos pais quanto ao impacto da hipoterapia.**

A cooperação entre a família e os profissionais de educação é o ponto-chave no processo educativo de qualquer criança.

Através do testemunho recolhido por entrevista à mãe do R., ficou bem patente que os pais têm plena consciência dos ganhos psicomotores que o seu filho obtém com a prática da hipoterapia tendo, contudo, a real noção que é necessário tempo e dedicação para se verificar evoluções numa patologia tão severa como a SA.

*“Aqui trabalham-se todas as áreas, não só a nível físico como também a nível sensorial, afetivo e emotivo. Tudo aqui se conjuga.”*

*“Esta é a terapia que ele mais adora.”*

Por tudo o que foi referido neste momento conclusivo, defendemos a importância da hipoterapia nos casos de perturbações neuromotoras, como aquelas manifestadas pelo R., portador de SA, ou outras patologias. Consideramos de elevada pertinência as estratégias utilizadas nesta terapia pois permitiram à criança sentir-se aceite, livre, mais autoconfiante e desenvolver competências psicomotoras, ainda que muito paulatinamente, através do contacto e manuseio do cavalo.

Finalizada a reflexão conclusiva desta investigação, é também nosso propósito mencionar algumas limitações inerentes ao estudo bem como algumas propostas investigadoras interessantes que foram emergindo e incrementando durante toda esta pesquisa.

Durante o percurso investigacional fomos-nos deparando com algumas limitações que se depreenderam, principalmente, na aquisição de bibliografia ou mesmo artigos aprofundados que retratassem a patologia e terapia em estudo, visto esta última ser ainda uma área emergente no meio académico.

A importância da interação existente entre homem e animal, é evidenciada no estudo, o que demonstra que tais atividades ou terapias devam ser mais difundidas, estudadas e trazidas aos meios académicos

A experiência adquirida ao longo deste trabalho, bem como a análise e discussão dos dados recolhidos, sugerem a realização de algumas ações que deverão presidir à continuação de estudos sobre a influência da hipoterapia em crianças com SA ou outras patologias ao nível dos problemas/ distúrbios psicomotores, pois consideramos conveniente que se façam mais investigações nesta área, ainda tão pouco explorada no nosso país. Neste sentido, como pista para investigações futuras e mediante os resultados obtidos, seria interessante replicar o mesmo estudo mas com um programa de hipoterapia mais extenso (com a duração de seis meses) realizando uma nova avaliação dos problemas psicomotores numa criança que estabelecesse, pela primeira vez, contacto com esta terapia, para testar a duração (efeito a curto ou a longo prazo) do referido programa e a efetivação do vínculo afetivo entre criança-cavalo.

Terminamos com o desejo de acrescentar, que os animais são parceiros imprescindíveis e preciosos, muito tendo a ensinar a todos nós sobre a arte da empatia e *empowerment* em como estabelecer melhores relações entre as pessoas e com o mundo,

pois tudo têm a dar, mesmo sem receber muito do homem, comumente um explorador dos seres vivos.

Cientes do interesse da temática “Hipoterapia” e o respeito pelas crianças portadoras de deficiência, nomeadamente SA, referimos o gosto e o contentamento que nos acompanhou ao longo deste percurso como forma de crescimento contributivo pessoal e profissional mas que estará, seguramente, longe de ser dado como concluído.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, E. M. (2009), *Prática em Equoterapia*, S. Paulo, Atheneu Editora.
- Bardin, L. (1977), *Análise de conteúdo*, Lisboa, Edições 70.
- Barros, J. F., Azevedo, P. H. (2006), *A Equoterapia como Actividade Motora Adaptada. Actividade Motora Adaptada: a Alegria do corpo*.
- Brito, M. C. F. (2006), *Minha caminhada II – Equoterapia: cavalgar é preciso*, 2.<sup>a</sup> ed., Salvador, SM Gráfica.
- Campos, G. (2004), *Método de análise de conteúdo: Ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da Saúde*, Revista Brasileira de Enfermagem, 57 (5), pp. 611-614.
- Chieppa, F., (2002), *A relação homem-animal*, Uccelli, (pp.40-42), in <http://www.ao.com.br/pet.htm>, acedido em 2 maio 2013.
- Cook, Jr. E.H., Lindgren, V., Leventhal, BL., Courchesne, R., Lincoln, A., Shulman, C., et al (1997), *Autism or atypical autism in maternally but not paternally derived proximal 15q duplication*, Am J Hum Genet.
- Debuse, D. (2006), *Hipoterapia, uma excelente oportunidade para o aprendizado motor: uma discussão de fatores neuromotores e psicológicos chave*, United Kingdom.
- Deutsches, K., Urtourium, A. M., (1988), *Os benefícios da equoterapia para crianças com necessidades educativas especiais*, in <http://www.equoterapia.com.br>, acedido em 8 junho 2012.
- Downe-Wamboldt, B. (1992), *Content analysis: Method, applications and issues*. *Health Care Women International*, 13 (3), pp. 313-321.
- Estrela, A. (1994), *Teoria e prática de Observação de Classes – uma estratégia de formação de professores*, 4.<sup>a</sup> ed., Porto, Porto Editora.
- Fernandes, A. J. (1993), *Métodos e Regras para Elaboração de Trabalhos Académicos e Científicos*, Porto, Porto Editora.

Flores, J. (1994), *Análisis de datos cualitativos – aplicaciones À la investigación educativa*. Barcelona, PPU.

Fortin, M. F. (1996), *O Processo de Investigação - Da Concepção à Realização*, Loures, Lusociência.

Freire, H. B. (1999), *Equoterapia: Teoria e técnica, uma experiência com crianças autistas*, São Paulo: Vetor Editora.

Ghiglione, R. & Matalon, B. (2005), *O inquérito: Teoria e prática*, Oeiras, Celta Editora.

Gimenes, R.; Andrade, D. E. (2004), *Implantação de um projeto de equoterapia: uma visão do trabalho psicológico*, in <http://www.equoterapia.com.br/artigos/artigos-15.php>, acessado em 12/08/2013.

Guerrini, R., Carrozzo, R., Rinaldi, R., Bonanni, P. (2003), *Angelman syndrome: etiology, clinical features, diagnosis, and management of symptoms*, Paediatr Drugs.

Leitão, Leopoldo Gonçalves (2004), *Relações terapêuticas: Um estudo exploratório sobre a Equitação Psico-Educacional (EPE) e autismo*, Aná. Psicológica, jun. 2004, vol.22, nº.2, (pp.335-354), ISSN 0870-8231, in <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v22n2/v22n2a03.pdf>, acessado em 15 de Junho de 2012.

Leitão, Leopoldo Gonçalves (2008), *Sobre a equitação terapêutica: Uma abordagem crítica*, Aná. Psicológica, jun. 2008, vol.26, nº.1, (pp.81-100), ISSN 0870-8231, in <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v26n1/v26n1a07.pdf>, acessado em 15 de Junho de 2012.

Lermontov, T. (2004), *A psicomotricidade na equoterapia*, Aparecida, Idéias e Letras.

Lessard-Hébert, M., Goyette, G., Boutin, G. (1994), *Investigação qualitativa: Fundamentos e práticas*, Lisboa, Instituto Piaget.

Lüdke, M., André, M. (1986), *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*, São Paulo, EPU.

Marconi, A. (1982), *Metodologia do trabalho Científico*, São Paulo, Atlas.

Mehlem, M. (2006), Chamado da Natureza – Psicoterapia com cavalos. *In Atas do XII Congresso Internacional de Equoterapia – Encontro entre dois amigos*: Brasília/Brasil.

Pereira, F. (1996), *As representações dos professores de educação especial e as necessidades das famílias*, Lisboa, Secretariado Nacional de Reabilitação.

Quivy, R., Campenhoudt, L. (2008), *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, 5.<sup>a</sup> ed., Lisboa, Gradiva.

Revista Páginas Raras – *Momentos Singulares – Enigmas Raros – As Respostas*, Dezembro 2012, Edição 9, ISSN 2182-0090, Lisboa, Raríssimas – Associação Nacional de Deficiências Mentais e Raras.

Silva, M. (2005), *A construção/estruturação do género na aula de Educação Física no ensino secundário*, Porto: M. Silva, Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.

Teichmann, B., Engel, M. *Therapeutic Riding II Strategies for Rehabilitation*. Therapy Services. Durango: Colorado USA, 1997, ISBNO – 9633065-6-1.

Wheeler, A., *Hippotherapy as a Specific Treatment: A review of Literature*.

Yin, R. (2003), *Case Study Reseach : Design and Methods*. Thousand Oaks, Califórnia: SAGE Publications.

## SITES CONSULTADOS

Hipoterapia, Equitação Terapêutica e Equitação, Revista Online, in <http://www.dressageportugal.pt/hipoterapia-equitacao-terapeutuca-e-equitacao-adaptada.html>, acessido em 30 de maio de 2012 (Desde há algumas dezenas de anos vêm-se realizando estudos sobre as relações homem/animal, mostrando a sua complexidade e multiplicidade, ....)

Associação Síndrome de Angelman, in <http://www.angelman.org.br/asa-diagnostico.htm#tratamento>, acessido em 30 de maio de 2012 (A Síndrome de Angelman (S.A.) é um distúrbio neurológico que causa atraso mental, alterações do comportamento e algumas características físicas distintas.)

Síndrome de Angelman, in <http://www.rarissimas.pt/angelman.html>, acessido em 25 de maio de 2012.

# ANEXOS

# ANEXO A



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA  
Centro Regional de Braga  
Faculdade de Ciências Sociais

Exmo. Sr. Encarregado de Educação

Assunto: Termo de Consentimento de Pesquisa

No âmbito da realização da dissertação do curso de Mestrado em Ciências da Educação – Educação Especial (2012/2013), da Universidade Católica Portuguesa de Braga, eu, Paula Cristina Fernandes de Freitas, professora do Ensino Básico do 1.º Ciclo, encontro-me atualmente a realizar uma investigação que tem como objetivo verificar o impacto da hipoterapia em crianças com Síndrome de Angelman, nomeadamente no que se refere ao valor terapêutico e vincutivo entre criança/animal.

A recolha de dados será efetuada através da utilização do método de investigação qualitativo como metodologia científica, através de recolha de fontes documentais, entrevistas a todos os intervenientes e observação direta.

A informação recolhida com a criança é estritamente confidencial. Para efeitos do estudo, a criança não será identificada. Também é garantido o seu direito de desistir da participação da pesquisa em qualquer momento da realização desta, sendo a sua participação totalmente voluntária.

Certos da sua compreensão, solicitamos autorização para que o seu educando colabore neste estudo.

***Considerando as questões acima:***

***Eu, \_\_\_\_\_ autorizo a participação do meu filho na investigação e o fornecimento de dados relativos à intervenção terapêutica levada a cabo pelos terapeutas e psicóloga.***

Guimarães, 26 de Abril de 2013

A pesquisadora

Autorizo

\_\_\_\_\_  
(Paula Freitas)

\_\_\_\_\_  
(Encarregado de Educação)

## ANEXO B



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA  
Centro Regional de Braga  
Faculdade de Ciências Sociais

Exmo. Sr. Diretor da Associação Equiterapêutica do Porto e Matosinhos

Assunto: Termo de Consentimento de Pesquisa

No âmbito da realização da dissertação do curso de Mestrado em Ciências da Educação – Educação Especial (2012/2013), da Universidade Católica Portuguesa de Braga, eu, Paula Cristina Fernandes de Freitas, professora do Ensino Básico do 1.º Ciclo, encontro-me atualmente a realizar uma investigação que tem como objetivo verificar o impacto da hipoterapia em crianças com Síndrome de Angelman.

Este estudo de caso será sobre um aluno que frequenta a Associação Equiterapêutica do Porto e Matosinhos, neste sentido, solicitamos a V. Exa. autorização para serem fornecidos dados relativamente à intervenção terapêutica levada a cabo pelos terapeutas e psicóloga do mesmo, assim como, a nossa presença na sessões realizadas. A recolha de dados será realizada através da utilização do método de investigação qualitativo como metodologia científica, através de recolha de fontes documentais, entrevistas a todos os intervenientes e observação direta.

A informação recolhida com a criança é estritamente confidencial. Para efeitos do estudo, a criança não será identificada. Também é garantido o seu direito de desistir da participação da pesquisa em qualquer momento da realização desta, sendo a sua participação totalmente voluntária.

Certos do vosso interesse para contribuir para o desenvolvimento do conhecimento nesta área, nomeadamente na melhoria de condições de intervenção no contexto escolar junto de crianças e jovens, contaremos com a vossa colaboração.

Guimarães, 26 de Abril de 2013

A pesquisadora

Autorizo

---

(Paula Freitas)

---

(Diretor do AEPM)

## ANEXO C

### Grelha de Observação de sessões de Hipoterapia

Grelha de Observação de sessões de Hipoterapia				
Equipa Multidisciplinar		Sessão		
Prof. <sup>a</sup> Educação Especial: Psicóloga: Terapeuta:		Data: Duração:		
Objetivos	Nível	Atividade	Avaliação	Observações

# ANEXO D

## Grelha de Observação de sessões de Hipoterapia

Grelha de Observação de sessões de Hipoterapia				
Equipa Multidisciplinar		Sessão		
Prof.ª Educação Especial: Paula Freitas Psicóloga: Joana Terapeuta: Aurora		Data: 06/06/2013 Duração: 20 m		
Objetivos	Nível	Atividade	Avaliação	Observações
- Desenvolver o controlo postural	Motor	<p>- <b>Trabalho de chão:</b> no percurso carrinhapicadeiro a fisioterapeuta incentivou sempre a marcha autónoma do R.. No picadeiro o R. cumprimentou a égua, levando a mão à boca do animal, após o incentivo da fisioterapeuta.</p> <p>- <b>Trabalho na égua:</b> demonstrou muita tensão para subir os degraus do escadote. Na subida, a fisioterapeuta auxiliou na transferência de carga dos membros inferiores. Trabalhou sentado, com uma perna de cada lado do dorso da égua e sentado de lado (com as duas pernas para o lado direito do cavalo), com o cavalo em movimento e parado em estação. Para descer do cavalo, o R. apresentou uma postura mais contraída, tendo sido realizado todo o trabalho da subida. Durante a realização das várias atividades o R. efetuou exercícios com o cavalo em movimento (passo) e parado em estação (com as patas lado a lado, lateralmente).</p>	- Ao longo de todo o percurso realizado dentro do picadeiro, o R. demonstrou descontração, bom equilíbrio e muita alegria/agrado.	<p><b>Obs.1:</b> A atividade iniciou com a nossa apresentação a toda a turma, quer a alunos quer a funcionárias, das “Raríssimas”, através da psicóloga, com a finalidade de que a nossa presença não interferisse muito no comportamento do R..</p> <p><b>Obs.2:</b> O animal utilizado para esta sessão foi uma égua (Faísca) que está no limite de ser um pônei. Por ser mais baixa e ter um dorso mais largo, infere um grau de dificuldade maior nos vários exercícios realizados.</p> <p><b>Obs.3:</b> Para montar a égua a criança necessitou de ajuda, pois os músculos agonistas e antagonistas não estão desenvolvidos, ou seja, um deles não relaxa para estender o músculo.</p>
- Desenvolver a concentração; - Realizar pequenos pedidos	Psicológico	- <b>Jogo:</b> Realizou um jogo com molas coloridas (vermelhas, azuis e amarelas). O R. tinha de retirar a mola de acordo com a cor que lhe era pedida. Inicialmente tinha de identificar uma cor em todo o conjunto. Numa segunda fase, apenas trabalhou com molas de duas cores (azul e amarelo).	- Na primeira fase do jogo o R. demonstrou pouca consistência na escolha da cor pretendida. Na segunda fase foi mais consistente (aparentemente reconhece bem a cor amarela, pois sempre que lhe era solicitada a identificava, já na cor azul hesitava, necessitando de reforço para posterior identificação.	<p><b>Obs.4:</b> Sempre que o R. está em cima da égua desloca o peso para o lado direito, por ser o lado de conforto. Trabalhou mais o hemisfério esquerdo por ser o menos desenvolvido.</p>

## Grelha de Observação de sessões de Hipoterapia

Objetivos		Nível	Atividade	Avaliação	Observações
- Desenvolver o controlo postural		Motor	<p>- <b>Trabalho de chão:</b> no percurso carrinhapicadeiro, a fisioterapeuta incentivou sempre a marcha autónoma do R.. No picadeiro, o R. cumprimentou a égua, levando a mão à boca do animal, sempre com o incentivo da fisioterapeuta.</p> <p>- <b>Trabalho na égua:</b> Para subir os degraus e montar a égua foi necessário a ajuda da fisioterapeuta de forma a transferir carga para uma das pernas, descontraindo assim a perna contrária para iniciar o movimento de subida. Durante a sessão foi trabalhado o controlo postural. A fisioterapeuta colocou a égua com apoios diferentes (parado em estação ou com uma pata à frente da outra) de forma a provocar desequilíbrio e obrigar o R. a procurar o ajuste postural, ou seja o seu equilíbrio. O R. esteve sempre sentado com uma perna de cada lado do dorso da égua. Para descer da mesma, o R. apresentou uma postura mais contraída, tendo sido realizado todo o trabalho da subida</p>	<p>- O R. conseguiu realizar o seu próprio ajuste postural, na grande maioria das vezes. Quando não o efetuava, mantendo-se no seu lado de conforto (lado direito), a fisioterapeuta incentivou-o na correção da postura.</p>	<p><b>Obs.1:</b> Trabalhou com a égua Faísca.</p> <p><b>Obs.2:</b> Na saída, a fisioterapeuta direcionou o R. para passar por baixo do pescoço da égua e ele assim o fez sem demonstrar qualquer tipo de medo.</p>
- Desenvolver a concentração;		Psicológico	<p>- <b>Jogo:</b> Realizar enfiamentos. Após alguma insistência, a psicóloga considerou que o R. estava a ficar mais agitado e espástico, que não era possível realizar a atividade proposta. Para o acalmar realizou-se apenas trabalho de cavalo, isto é, o aluno desfrutou do passo do animal.</p>	<p>- Com o passo da égua foi clara a diminuição da espasticidade dos membros superiores e inferiores, chegando, o R., a libertar as mãos das argolas. Verificou-se o seu contentamento dando um belo sorriso.</p>	

Equipa Multidisciplinar

Prof.ª Educação Especial: Paula Freitas  
Psicóloga: Joana  
Terapeuta: Aurora

Sessão

Data: 13/06/2013  
Duração: 20 m

## Grelha de Observação de sessões de Hipoterapia

Objetivos		Nível	Atividade	Avaliação	Observações
Equipa Multidisciplinar  Prof.ª Educação Especial: Psicóloga: Joana Terapeuta: Aurora			Sessão  Data: 20/06/2013 Duração: 20 m		
- Desenvolver o tónus muscular/equilíbrio		Motor	<p>- <b>Trabalho de chão:</b> no percurso carrinhapicadeiro a fisioterapeuta, reforçou a marcha autónoma do R.. O mesmo iniciou a sessão afagando o pelo da Fi. Apesar de ter sido um comportamento voluntário do R., este demonstrou hesitação, mas sempre com um sorriso.</p> <p>- <b>Trabalho na égua:</b> Para subir os degraus e montar a égua, o R. demonstrou uma maior descontração e alguma iniciativa para realizar os movimentos de transferência de carga. Contudo só os conseguiu efetuar com a ajuda da fisioterapeuta. As atividades foram realizadas fora do picadeiro. Inicialmente, o R. iniciou as atividades sentado com uma perna de cada lado da égua, ao longo de um percurso exterior com vários graus de dificuldade: terreno plano, inclinado, curvas. Para aumentar o grau de dificuldade, o aluno foi estimulado a sentar-se com as duas pernas para o lado direito da égua (sempre com a ajuda da fisioterapeuta). Para descer do animal, o R. apresentou uma postura mais espástica necessitando de uma maior ajuda.</p>	<p>- O R. demonstrou um bom equilíbrio necessitando, por vezes, por parte da fisioterapeuta, da correção de algumas posturas, principalmente, em terreno curvo.</p> <p>- Em todo o percurso realizado, o R. esteve sempre muito feliz e entusiasmado, sorrindo sempre e de forma audível.</p>	<p><b>Obs.1:</b> A psicóloga e a terapeuta foram intercalando as várias atividades realizadas (motor/psicológico). Sempre que a criança tinha de realizar uma atividade, a nível psicológico, a égua parava em estação, para que a criança se concentrasse mais.</p> <p><b>Obs.2:</b> O seu nível de concentração estava muito reduzido devido a toda a estimulação externa que estava a receber (barulhos, visualização de pessoas e animais, o meio envolvente, ...).</p> <p><b>Obs.3:</b> A égua utilizada nesta sessão foi a Fi, que é uma égua de maior porte e permite que a criança obtenha uma maior estabilidade.</p>
- Contactar com o meio exterior;  - Desenvolver a concentração		Psicológico	<p>- <b>Jogo:</b> Realizou o jogo das molas. Após várias tentativas e com apenas uma bem sucedida, a psicóloga concluiu que não era possível continuar com aquela atividade devido à falta de concentração da criança.</p>		

## Grelha de Observação de sessões de Hipoterapia

<p>Equipa Multidisciplinar</p> <p>Prof.ª Educação Especial: Psicóloga: Joana Terapeuta: Aurora</p>	<p>Sessão</p> <p>Data: 27/06/2013 Duração: 20 m</p>
--	---

Objetivos	Nível	Atividade	Avaliação	Observações
<p>- Desenvolver o tónus muscular</p>	<p>Motor</p>	<p>- <b>Trabalho de chão:</b> foi trabalhada a marcha autónoma no percurso carrinha-picadeiro, por parte da fisioterapeuta. O R. iniciou a sessão afagando o pelo da Faísca, no seu misto de querer e não querer.</p> <p>- <b>Trabalho na égua:</b> Para subir os degraus e montar a égua, o R. demonstrou uma menor espasticidade colaborando na realização dos vários movimentos. O R. realizou as atividades sentado com uma perna de cada lado da égua, com esta sempre em circulação. Ao longo do percurso, foi-lhe pedido para agarrar numa argola ou numa bola, primeiro com uma única mão e só depois com as duas mãos. Para descer da égua, o R. apresentou uma postura mais contraída, tendo sido necessário ajudá-lo na transferência de carga dos membros inferiores.</p>	<p>- Efetuou correções posturais de forma descontraída e sem medo de largar o cilhão (duas argolas).</p>	<p><b>Obs.1:</b> Na saída, o R. voluntariamente esticou o braço para afagar a Faísca dando um grande sorriso, direcionando o olhar para a égua.</p>
<p>- Aumentar a comunicação</p>	<p>Psicológico</p>	<p>- <b>Jogo:</b> Executou pedidos com a égua parada em estação. O R. tinha de dar e/ou agarrar a argola de acordo com o que lhe era solicitado e com o membro superior indicado. Para desenvolver a comunicação, o R., era questionado se queria a argola (quer através da verbalização, quer através da visualização da mesma)</p>	<p>- O R. executou grande parte dos pedidos, embora nem sempre recorresse ao membro superior solicitado. Quando era questionado comunicava o seu contentamento através da tentativa de agarrar o objeto, da verbalização de sons e de muitos sorrisos.</p>	

## Grelha de Observação de sessões de Hipoterapia

<p>Equipa Multidisciplinar</p> <p>Prof.ª Educação Especial: Psicóloga: Joana Terapeuta: Aurora</p>	<p>Sessão</p> <p>Data: 04/07/2013 Duração: 20 m</p>
--	---

Objetivos	Nível	Atividade	Avaliação	Observações
<p>- Promover relaxamento e bem-estar</p>	<p>Motor</p>	<p>- <b>Trabalho de chão:</b> no percurso carrinha-picadeiro, a fisioterapeuta, desenvolveu a marcha autónoma da criança. Esta iniciou a sessão afagando o pelo da Faísca, no seu misto de querer e não querer.</p> <p>- <b>Trabalho na égua:</b> Para subir os degraus e montar a égua, o R. demonstrou uma grande espasticidade, não colaborando na realização dos vários movimentos. A sessão apenas se centrou no passo do cavalo devido à grande agitação emocional em que o R se encontrava por não ter dormido bem. Durante todo o percurso, o R., esteve sentado com uma perna de cada lado da égua. Ao longo da sessão a fisioterapeuta procedeu à retificação da postura do R., tentando incentivá-lo a ser ele próprio a fazê-lo. Para descer da égua, o R. apresentou uma postura mais contraída, tendo sido realizado todo o trabalho de subida</p>	<p>- O R. ao longo da sessão foi evidenciando menos espasticidade nos vários membros, mas sempre com o olhar longe e com raríssimos sorrisos direcionados para equipa presente.</p>	
<p>- Promover relaxamento e bem-estar</p>	<p>Psicológico</p>	<p>- Durante todo o percurso no picadeiro, a psicóloga apenas se limitou a conversar com o R. com o objetivo de captar a sua atenção para uma bola que tanto ele gosta. Por vezes, ele olhava para a bola e agarrava-a, outras simplesmente fixava o olhar no ambiente em seu redor.</p>		

## Grelha de Observação das sessões de Hipoterapia

Objetivos		Nível	Atividade	Avaliação	Observações
- Desenvolver o tónus muscular		Motor	<p><b>- Trabalho de chão:</b> a fisioterapeuta encaminhou o R. para o picadeiro, incentivando sempre a marcha autónoma. O R. iniciou a sessão afagando a Faísca sentindo a sua respiração.</p> <p><b>- Trabalho na égua:</b> Para subir os degraus e montar a égua, o R. demonstrou uma menor espasticidade e mais iniciativa para realizar os movimentos de transferência de carga. Contudo, só os conseguiu efetuar com a ajuda da fisioterapeuta. A sessão realizou-se com o R. sentado com uma perna de cada lado da égua e de seguida com as duas pernas para o lado direito do animal. Ao longo destas posições, o R., foi incentivado, pela fisioterapeuta, a levantar primeiro uma mão de cada vez e depois as duas mãos simultaneamente. Para descer da égua, o R. colaborou na realização dos vários movimentos.</p>	<p>- Na grande maioria das vezes, o R. conseguiu realizar o seu próprio ajuste postural, evidenciando-se menos espasticidade dos membros inferiores e superiores. A intervenção da fisioterapeuta foi diminuta.</p>	
- Desenvolver a concentração		Psicológico	<p><b>- Jogo:</b> Realizou um jogo com molas coloridas (vermelhas, azuis e amarelas), o R. tinha de tirar a mola de acordo com a cor que lhe era solicitada. Inicialmente, tinha de identificar uma cor em todo o conjunto. Numa segunda fase, apenas trabalhou com molas de duas cores (azul e amarelo).</p>	<p>- Na primeira fase, o R., demonstrou pouca consistência na escolha da cor pretendida. Na segunda foi mais constante (aparentemente reconhece bem a cor amarela, pois sempre que esta lhe era requerida logo a identificava; já na cor azul hesitava necessitando de reforço para posterior identificação.</p>	

Equipa Multidisciplinar  
 Prof.ª Educação Especial:  
 Psicóloga: Joana  
 Terapeuta: Aurora

Sessão  
 Data: 11/07/2013  
 Duração: 20 m



## ANEXO E

### Guião de entrevista - mãe

Este guião destina a orientar uma entrevista semi-estruturada efetuada à mãe, com a finalidade de recolher informações sobre a perceção da mãe face ao impacto da hipoterapia no desenvolvimento psicomotor da criança, bem como conhecer a importância do vínculo afetivo entre criança/animal.

1. Como e quando é que descobriu que o seu filho era portador da síndrome de Angelman?
2. Que cuidados necessita um portador desta síndrome?
3. Que tipo de dificuldades encontrou quando se deparou com esta problemática?
4. Como obteve conhecimento da terapia com cavalos, isto é, hipoterapia?
5. Antes de iniciar as sessões de hipoterapia, teve algum contacto com os terapeutas envolvidos nas sessões de hipoterapia?
6. Há quanto tempo é que o R. frequenta as sessões de hipoterapia?
7. Verificou alguma alteração, positiva ou negativa, no comportamento do R. após as primeiras sessões de hipoterapia?
8. Ao longo das sessões verificou evoluções no desenvolvimento do R., ao nível psicomotor?
9. Considera que existe um vínculo afetivo entre o R. e o cavalo? Em que aspetos?
10. Considera importante, para o desenvolvimento do R., a existência desse vínculo afetivo? Em que aspetos?
11. Considera importante a continuação desta terapia para um melhor desenvolvimento psicomotor do R.?



## **ANEXO F**

### **Guião de entrevista - Psicóloga**

Este guião destina a orientar uma entrevista semi-estruturada efetuada à psicóloga do Centro Hípico do Porto e Matosinhos, com a finalidade de recolher informações sobre o impacto da hipoterapia no desenvolvimento psicomotor de uma criança portadora de Síndrome de Angelman, bem como conhecer os procedimentos realizados na avaliação clínica, na realização das sessões de hipoterapia e na importância do vínculo afetivo entre criança/animal.

1. Considera importante o uso da hipoterapia na reabilitação e educação de crianças portadoras de Síndrome de Angelman? Em que aspetos?
2. Antes de iniciarem as sessões de hipoterapia existe interdisciplinaridade entre a equipa de profissionais ligados à aluna?
3. Que profissionais fazem parte da equipa?
4. Que impacto é que a hipoterapia tem ao nível de desenvolvimento psicológico?
5. Qual o tempo de prática da terapia?
6. Há quanto tempo é que a criança pratica esta terapia?
7. Como se desenvolveram os primeiros contactos entre a criança e o cavalo?
8. Que desenvolvimentos psicomotores já se verificaram na criança ao longo das sessões já existentes?
9. Considera que existe um vínculo afetivo entre a criança e o cavalo?
10. Se sim, em que aspetos? Como se manifestam?
11. Esse vínculo foi fácil ou difícil de alcançar?
12. Considera esse vínculo importante para o desenvolvimento psicomotor da criança? Em que aspetos?
13. Qual a perceção dos pais face ao impacto da hipoterapia no desenvolvimento psicomotor do seu filho?

14. Considera importante o envolvimento dos pais nas sessões de hipoterapia?

Se sim, porquê?

## ANEXO G

### Guião de entrevista – Fisioterapeuta

Este guião destina a orientar uma entrevista semi-estruturada efetuada à fisioterapeuta do Centro Hípico do Porto e Matosinhos, com a finalidade de recolher informações sobre o impacto da hipoterapia no desenvolvimento motor de uma criança portadora de Síndrome de Angelman, bem como conhecer os procedimentos realizados na avaliação clínica, na realização das sessões de hipoterapia e na importância do vínculo afetivo entre criança/animal.

1. Considera importante o uso da hipoterapia na reabilitação e educação de crianças portadoras de SA? Em que aspetos?
2. /Antes de iniciarem as sessões de hipoterapia houve interdisciplinaridade entre a equipa de profissionais ligados ao R.?
3. Na avaliação clínica realizada à criança foi utilizada alguma escala avaliativa (ao nível do desempenho motor grosso e fino)?
4. Que impacto é que a hipoterapia tem ao nível de desenvolvimento motor?
5. Quais os objetivos a alcançar, ao nível motor, para o R.?
6. Como são programadas as sessões de hipoterapia?
7. Qual o tempo de prática da terapia para atingir os objetivos propostos para a criança?
8. Que melhorias a nível motor foram já evidenciadas?
9. Como se desenvolveu a exploração do animal?
10. Como é o comportamento do R. quando está perto do cavalo?
11. Considera que existe um vínculo afetivo entre o R. e o cavalo? Se sim, como se verifica esse vínculo?
12. Esse vínculo foi fácil ou difícil de alcançar?
13. Considera esse vínculo importante para o desenvolvimento motor do R.? Em que aspectos?

14. Os pais estão presentes nas sessões de hipoterapia? Se sim, a presença dos mesmos é ativa ou passiva?
15. Qual a percepção da mãe face ao impacto da hipoterapia no desenvolvimento motor do seu filho?

## ANEXO H

### Transcrição das Entrevistas

Mãe

**P: 1. Como e quando é que descobriu que o seu filho era portador da síndrome de Angelman?**

**R:** O diagnóstico por SA só foi feito quando o R. tinha 18 meses. Por volta dos 9/10 meses comecei a notar que havia alguma coisa de “errado” no R., porque ele não estava a ter o mesmo desenvolvimento que a minha outra filha, Rita. Estas preocupações foram transmitidas ao pediatra e ele tentava sempre desvalorizar um pouco. Dizia que todos os miúdos têm desenvolvimentos diferentes; que a Rita tinha sido precoce em tudo, para que eu não me preocupasse. Mas o que é certo é que havia indicadores que achava que não eram normais. Após muita insistência, acabamos por mudar de pediatra. Fiz uma consulta com uma nova pediatra e ela logo me encaminhou para o Hospital de S. João para uma consulta de desenvolvimento. A partir daí foram mais 6, 7 meses até chegar a um diagnóstico preciso. Só com um estudo molecular mais preciso é que se conseguiu chegar a um diagnóstico concreto.

O diagnóstico acaba por ser apenas um rótulo, mas que é importante para estabelecermos um plano de ação em relação àquilo que devemos fazer em relação à criança e ao seu desenvolvimento.

Em relação ao R., começamos a intervir mesmo antes de existir um diagnóstico definitivo. É claro que o diagnóstico é sempre um balde de água fria.

**P: 2. Que cuidados necessita um portador desta síndrome?**

**R:** Necessita de todos os cuidados. Trata-se de uma criança que não é autónoma em nenhuma das tarefas diárias, tais como: no comer, vestir, lavar, lavar os dentes, tomar banho, até o próprio dormir tem de ser orientado. Portanto, são cuidados de 24 sobre 24 horas.

**P: 3. Que tipo de dificuldades encontrou quando se deparou com esta problemática?**

**R:** Inicialmente a maior dificuldade foi descobrir alguma coisa sobre a síndrome, mas que fosse fiável. Pois a primeira tentação é irmos à internet e pesquisar. A pediatra, especialista em desenvolvimento, alertou-me para esse facto e disse para eu ter algum cuidado. O que aparece na internet é o que é de pior e, portanto, tive de resistir, um bocadinho, a essa tentação. Depois fui pesquisando com algumas orientações da pediatra e entrei em contacto com outras famílias. Curiosamente, já existiam alguns casos no hospital de S. João e a médica colocou-me em contacto com algumas dessas famílias onde acabamos por trocar algumas impressões e estabelecemos uma rede de contactos a nível nacional que já está entre 40 a 50 casos que já conhecemos.

As dificuldades são essencialmente estas e, depois é fazer a triagem dessa informação para aplicar ao nosso filho, em particular. Nem todos os sintomas estão lá e alguns não se verificam. Todos os casos de SA são muito distintos entre si. Uns conseguem umas competências, outros não, dependendo do estímulo, da postura que a família tem em relação à criança. Sabemos que há famílias, isto com conhecimento de causa, que a partir do momento que aceitaram a diferença do filho, ele começou a progredir. Até esse momento não havia progressos. É uma postura que tem de ser trabalhada com as famílias para que aceitem a diferença da própria criança.

**P: 4. Como obteve conhecimento da terapia com cavalos, isto é, hipoterapia?**

**R:** Inicialmente comecei por pesquisar tudo aquilo que achava que era importante para o R.. Fui muito no sentido das preferências dele, o fascínio pela água levou-me para a hidroterapia, e o fascínio pelos animais comecei a ver o que poderia existir e cheguei à hipoterapia. Confesso que não havia muita oferta no Norte. Havia locais onde se fazia o tratamento do animal, o trote, mas não era hipoterapia era equitação. Eu necessitava de algo mais concreto, específico. Quando me envolvi diretamente no projeto da “Raríssimas” tentamos logo procurar satisfazer essa necessidade para os nossos filhos e também proporcionar esta valência a outras crianças.

O primeiro contacto com cavalos foi num projeto em que havia um tratador com formação e com uma aptência grande para trabalhar com estas crianças. Começamos primeiro por pôneis e só depois com cavalos.

Quando conhecemos o projeto da Associação (Associação Equiterapêutica do Porto e Matosinhos) rapidamente fizemos o protocolo com a mesma, por considerarmos que era o necessário para os nossos meninos.

**P: 5. Antes de iniciar as sessões de hipoterapia, teve algum contacto com os terapeutas envolvidos nas sessões de hipoterapia?**

**R:** Tivemos uma reunião inicial e fizemos algumas sessões experimentais com algumas crianças para verificarmos até que ponto é que poderíamos enquadrá-las e gerir todo o processo. Logo na primeira sessão vimos que funcionava, pois estávamos a trabalhar com pessoas que sabiam quais as necessidades das crianças e que áreas é que tinham de ser trabalhadas. Aqui, o que se faz, não é montar a cavalo, é todo um conjunto de ações que levam ao desenvolvimento de competências psicossensoriais nas crianças e não só a nível motor e físico.

**P: 6. Há quanto tempo é que o R. frequenta as sessões de hipoterapia?**

**R:** Na Associação, o R. frequenta mais ou menos há 2 anos.

**P: 7. Verificou alguma alteração, positiva ou negativa, no comportamento do R. após as primeiras sessões de hipoterapia?**

**R:** Logo que o R. montou verifiquei diferenças a nível postural. O caso do R. é muito paradigmático por que ele tem uma grande aptência pelo animal, pelo cavalo, é um fascínio extremo e criou-se logo aquela empatia com o animal. Com a ajuda da equipa que estava a trabalhar com o R. vimos logo progressos, evolução. Pois o andar do cavalo é o mais parecido com o andar humano. Isso nota-se logo no caminhar do R. quando sai do cavalo, assim como a diminuição da espasticidade que é tão característica desta síndrome.

**P: 8. Ao longo das sessões verificou evoluções no desenvolvimento do R., ao nível psicomotor?**

**R:** Verifica-se desenvolvimentos ao nível da capacidade de concentração, de realização de pequenas tarefas de motricidade fina, pois esta área também é trabalhada em cima do cavalo. Aproveita-se o gosto do R. de estar em cima do cavalo para depois levá-lo a desenvolver essas áreas. Noto uma nítida evolução. O R. já é capaz de distinguir sons, cores, os animais, ..., muito devido a esta terapia. A nível motor

verifica-se mais equilíbrio, por exemplo, já efetua a marcha e para autonomamente e já se equilibra. Esta área está a ser muito trabalhada com esta terapia.

**P: 9. Considera que existe um vínculo afetivo entre o R. e o cavalo? Em que aspetos?**

**R:** Sim, considero que existe um vínculo afetivo. Se pedir ao R. para identificar o cavalo, ele consegue. Mas se eu referir o nome da égua, a Fi, com quem ele trabalha na hipoterapia, é a expansão total de alegria. Ele rejubila quando ouve falar na Fi. Tem uma paixão muito grande. Curiosamente, quando saímos em passeio e passamos perto do Centro Hípico ele aponta e imite sons. Ele tem um vínculo muito grande com a Fi.

**P: 10. Considera importante, para o desenvolvimento do R., a existência desse vínculo afetivo? Em que aspetos?**

**R:** Sim, é importantíssimo. Assim como há a necessidade de haver uma empatia entre o R. e os terapeutas que trabalham com ele, com o animal muito mais. Se o R. rejeitasse o cavalo não evoluiria. Como confia na Fi, sabe que pode estar à vontade.

**P: 11. Considera importante a continuação desta terapia para um melhor desenvolvimento psicomotor do R?**

**R:** Sem dúvida. Aqui trabalham-se todas as áreas, não só a nível físico como também a nível sensorial, afetivo e emotivo. Tudo aqui se conjuga. Enquanto numa fisioterapia se trabalha só a nível anatómico, aqui está tudo conjugado. Esta é a terapia que ele mais adora.

## **Psicóloga**

**P: 1. Considera importante o uso da hipoterapia na reabilitação e educação de crianças portadoras de Síndrome de Angelman? Em que aspetos?**

**R:** Sim, considero muito importante. Há vários aspetos que, na sintomatologia que eles apresentam, podem ser trabalhados por este tipo de intervenção, nomeadamente a questão motora e equilíbrio. Tudo isto pode ser trabalhado, o que é muito bom, só com a presença do cavalo. Não necessariamente com a influência do técnico mas só o andar a cavalo trabalha essas competências, o que é muito positivo neste tipo de terapia.

**P: 2. Antes de iniciarem as sessões de hipoterapia existe interdisciplinaridade entre a equipa de profissionais ligados à criança?**

**R:** Sim, existe, principalmente nas situações em que vêm de instituições, como é o caso do R. que vem das “Raríssimas”. Nestes casos, a instituição contacta-nos para pedir informações sobre o serviço e, aí fazemos uma reunião prévia para explicar em que consiste a terapia e para conhecermos os meninos. Após este contacto, é agendada uma reunião com todos os técnicos que os acompanham para falarmos sobre cada caso, nomeadamente o diagnóstico e o que estão a trabalhar nas várias terapias.

Nas várias instituições, ou mesmo os particulares, têm terapias fora, como: fisioterapia, terapia ocupacional, terapia da fala. O que pretendemos é que esta terapia seja uma terapia complementar e que vá, ao mesmo tempo, trabalhar aspetos que também estão a ser trabalhados noutros sítios.

**P: 3. Que profissionais fazem parte da equipa?**

**R:** Os profissionais são: fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e terapeutas da fala.

**P: 4. Que impacto é que a hipoterapia tem ao nível de desenvolvimento psicológico?**

**R:** A hipoterapia a nível psicológico trabalha poucas coisas. Esta terapia é para casos neuromotores, ou seja, estamos a falar de cavaleiros com um comprometimento maior, onde a influência deles sobre o cavalo é muito pequena. O trabalho de competências a nível psicológico é feito mais na valência de equitação

psicoeducacional,, como é o caso de autistas, por ser um tipo de patologia mais psicológica.

No caso da hipoterapia trabalhamos mais a nível motor, e também a SA é uma patologia neuromotora. Contudo, nesta terapia tentamos ter sempre os dois técnicos ao mesmo tempo (psicólogo e fisioterapeuta), o que considero muito enriquecedor.

Neste tipo de crianças portadoras de SA, como é o caso do R., trabalhamos coisas muito simples, como: a autoconfiança, autoestima, às vezes uma ou outra competência mais a nível cognitivo como a comunicação.

Nestes casos de hipoterapia o que se pretende é um trabalho mais de base, mais de confiança dos alunos. A inter-relação pessoal também é trabalhada por serem meninos que muitas vezes estão muito presos aos pais ou àquele educador. Trabalha-se também para tentar alargar a parte social.

#### **P: 5. Qual o tempo de prática da terapia?**

**R:** Depende muito da evolução dos alunos. Esta terapia tem um objetivo por trás..., e é o que faz dela uma terapia tão rica, que é a existência do cavalo. Isto é, as crianças estão sempre a aprender, por exemplo: uma criança vem trabalhar o equilíbrio ou a marcha e, após esta adquirida coloca-se a seguinte questão:

- Não há mais nada a fazer?

Há. Há sempre, nem que seja no aspeto dos alunos olharem para a hipoterapia de maneira diferente, como lazer ou desportivo. Então vão evoluindo nas várias valências.

Uma criança pode entrar em hipoterapia, em que não tinha qualquer influência no cavalo e, passado um ano já consegue segurar nas rédeas sozinha e aí já estamos a trabalhar outra valência. Dependendo da evolução poderá trabalhar-se mais ao nível da equitação, mantendo sempre atividades lúdicas e as competências já adquiridas.

Principalmente, tentamos com que os alunos vejam esta terapia como forma de lazer/prazer, para que não seja mais uma terapia. Que façam algo que gostam e, não seja só escola e terapias, que sejam bons em alguma coisa. Daí não haja um número limite de sessões.

Por vezes acontece que, devido à sua deficiência, os objetivos são alcançados e não dá para evoluir mais. Aí a situação é exposta aos pais e eles é que decidem se a criança deve continuar com a terapia ou não. O ideal é continuar para que as competências adquiridas não enfraqueçam.

**P: 6. Há quanto tempo é que o R. pratica esta terapia?**

**R:** O R. teve um período que interrompeu a terapia mas está connosco há mais ou menos 3 anos.

**P: 7. Como se desenvolveram os primeiros contactos entre o R. e o cavalo?**

**R:** No caso destes alunos com SA, no início, tentamos sempre fazer um trabalho no chão com o cavalo. Este trabalho que consiste no escovar, aparelhar (pôr a cela, a manta), limpar, tratar, .... Como os alunos têm medo do cavalo, por ser um animal de grande porte e imponente, considerarmos que é no chão que se cria uma maior ligação com o animal. É onde o cavalo tem a oportunidade de nos cheirar, empurrar e, é também onde nós conseguimos tocar-lhe (acariciar, mexer no pelo, tocar nas patas e em todo o corpo) e isso cria uma relação. É aqui que se efetua a vinculação.

Na turma onde estava inserido o R., fizemos este trabalho de chão. Contudo, neste trabalho de maneio (é o que chamamos a este trabalho de preparação, alimentação e limpeza do cavalo) apenas foi realizado o trabalho de tocar, mexer, cheirar, alimentar e limpar devido às características desta patologia, ou seja, ao grande comprometimento das suas capacidades motoras. Após este objetivo alcançado passamos para a parte de montar.

O R. reagiu muito bem ao primeiro contacto e a todo o trabalho de maneio, demonstrando muita alegria com o seu belo sorriso. Contudo, isto não era muito bom porque demonstrava uma espasticidade terrível, mas quando a seguir ia montar a espasticidade diminuía com o andamento do cavalo, conseguindo assim relaxar.

A parte que o R. mais gostava no maneio era alimentar o cavalo pois sentia os pelos e a respiração do cavalo na mão.

Com o R., todo o processo de integração quer no maneio quer no montar correu sempre muito bem. Apenas no período em que ele interrompeu as sessões se verificou um grande retrocesso no contacto com o cavalo. Não por ter medo do animal, mas

porque não queria estar em nenhum sítio sem a presença da mãe. Após mais ou menos três sessões o R. conseguiu voltar ao que ele era, um menino alegre e sorridente.

**P: 8. Que desenvolvimentos psicomotores já se verificaram no R. ao longo das sessões já existentes?**

**R:** O que mais notamos no seu desenvolvimento psicomotor foi a boa relação que estabeleceu com o cavalo, vindo sempre para as sessões muito animado e sorridente e uma maior capacidade de relaxamento. Acabou por perder grande parte da espasticidade que é muito típica e característica da SA e, com esse relaxamento conseguimos fazer outro tipo de atividades. O seu equilíbrio (tronco e cabeça) sempre foi muito bom no cavalo. Trabalhamos mais os membros inferiores, a marcha e os ajustes posturais (para facilitar a marcha). Estando mais relaxado passamos para outro tipo de atividade, como por exemplo: tirar as mãos do apoio, uma de cada vez, e depois as duas simultaneamente.

**P: 9. Considera que existe um vínculo afetivo entre o R. e o cavalo?**

**R:** Sim, sem dúvida.

**P: 10. Se sim, em que aspetos? Como se manifestam?**

**R:** Este vínculo manifesta-se de várias maneiras. No caso do R. ele tinha muita curiosidade no toque e, aproveitamos este aspeto para desenvolver o vínculo. A temperatura quente do corpo do cavalo, o macio do pelo, facilitou para que levássemos o R. a fazer festas no cavalo; a égua chegava o pescoço para que ele lhe fizesse cócegas. Isto tudo criou um vínculo, uma relação muito positiva entre o aluno e o cavalo.

**P: 11. Esse vínculo foi fácil ou difícil de alcançar?**

**R:** No caso do R., o vínculo foi fácil por que ele achava piada a tudo o que era realizado. Apesar de no início existir algum medo e contração ele gostava de fazer todas as atividades.

Este vínculo facilitou a fase seguinte que era montar, por estar mais confiante naquilo que estava a fazer. Não tinha medo do animal mesmo com ele em andamento.

Este vínculo adquirido através do trabalho no chão é muito importante para depois trabalharmos em cima do cavalo. Muitas atividades com objetivos terapêuticos

como sentar de lado, para trás, tirar as mãos para realizar algum jogo, só é conseguido porque existe este vínculo/confiança no cavalo. Se o aluno não tiver confiança no cavalo não conseguimos que ele realize essas atividades. Por tudo isto é fundamental o trabalho no chão com o cavalo.

**P: 12. Considera esse vínculo importante para o desenvolvimento psicomotor do R.? Em que aspetos?**

**R:** O vínculo afetivo foi muito importante para o R.. Sem ele nunca teria conseguido obter confiança e vontade em montar o cavalo, assim como realizar todas as atividades pretendidas para alcançar os objetivos propostos, que eram melhorar a marcha e aumentar o relaxamento de todo o corpo.

**P: 13. Qual a percepção dos pais face ao impacto da hipoterapia no desenvolvimento psicomotor do seu filho?**

**R:** O nosso contacto com os pais, no caso dos utentes que vêm a nível institucional, é muito pequeno. O nosso contacto é apenas com os técnicos que trabalham com o aluno nessas mesmas instituições.

No caso do R. particularmente, tínhamos muito contacto com a mãe porque ela pertencia à direção da instituição e então acompanhava as sessões do filho, especialmente no primeiro ano. Inclusive, chegamos a fazer uma entrevista para a RTP1, em que a mãe foi também entrevistada. Aí ficamos com a certeza que ela tinha uma boa percepção. Isto é, ela considerava que a terapia estava a ser muito positiva para o R. porque ele gostava de a praticar, acima de tudo. É importante para os pais sentirem que os filhos estão a ter prazer no que estão a fazer. Ela verificou uma melhoria na marcha, na maior capacidade de relaxamento e um à vontade muito grande só por estar montado no cavalo.

**P: 14. Considera importante o envolvimento dos pais nas sessões de hipoterapia? Se sim, porquê?**

**R:** Depende dos casos. Há casos que consideramos importante a presença dos pais e há outros em que a presença dos mesmos não é benéfica.

A nossa experiência diz-nos que, neste caso, há um aspeto que influencia muito os pais e estes ao mesmo tempo influenciam os filhos, que é o medo do cavalo e que os

filhos caíam. As crianças não têm essa percepção porque não têm a noção do perigo. Elas estão tão à vontade que mexem no cavalo, dão-lhe de comer, entre muitas outras atividades e, os pais, devido ao medo, transmitem essa insegurança às crianças. A hipoterapia não é uma terapia fácil, pois não estão sentados numa cadeira, numa sala fechada mas num cavalo que está em andamento e que rodam, passam as pernas de um lado para o outro, mexem na boca, entre outras atividades. Os pais, por vezes, tentam interferir nas sessões devido aos seus receios. Os técnicos envolvidos nesta terapia são profissionais qualificados que sabem o que cada criança pode ou não fazer, sempre com segurança e de acordo com as suas características. Quando os pais transmitem esse medo preferimos que eles não estejam presentes nas sessões.

Noutros casos, é muito positivo a presença dos pais. Acontece que muitas vezes as crianças realizam atividades nestas sessões que em casa nunca fazem, por exemplo: no caso do R., ele não subia nem descia escadas e, só para ir montar no cavalo já realizava essa atividade (para montar o cavalo as crianças têm de subir e descer dois ou três degraus). Ao verem isto, alguns pais ficam admirados por verem os filhos a realizarem essa tarefa. É bom para os pais terem a noção de que os filhos têm mais capacidades do que realmente imaginavam e, também para os incentivarem em casa a desenvolverem mais essas aptidões. Outro aspeto positivo é que ao observarem as sessões de hipoterapia partilham connosco o que acontece nas outras terapias e em casa.

## **Fisioterapeuta**

**P: 1. Considera importante o uso da hipoterapia na reabilitação e educação de crianças portadoras de SA? Em que aspetos?**

**R:** Pela experiência que tenho aqui considero muito importante, pelo que temos resultados muito positivos em crianças com SA. Nestes casos, as melhorias que mais se observam é em termos de controlo motor e na estabilização do tónus muscular, assim como ganhos no equilíbrio. A parte cognitiva também é trabalhada e tem alguns ganhos.

**P: 2. Antes de iniciarem as sessões de hipoterapia houve interdisciplinaridade entre a equipa de profissionais ligados ao R.?**

**R:** Há um primeiro contacto quando a instituição encaminha o aluno.

O aluno vem à terapia, onde recolhemos informação base, especificamente se tem contra-indicações para a realização desta terapia e, a seguir fazemos a nossa própria avaliação. Após esta e de estarmos algum tempo a trabalhar com o aluno, mais ou menos 6 meses, marcamos uma reunião com os outros técnicos para podermos dar o feedback da nossa terapia. Nestes casos não se vê logo uma grande evolução nos primeiros meses, ou melhor, há uma grande evolução no primeiro mês mas depois estabiliza. Consideramos esta forma de contacto mais vantajosa por já podermos dizer quais as nossas dificuldades e pretensões e vice-versa. Assim, também conseguimos, com o cavalo, trabalhar/potenciar áreas que estão a ser desenvolvidas nas outras terapias.

**P: 3. Na avaliação clínica realizada à criança foi utilizada alguma escala avaliativa?**

**R:** Não há nenhuma escala avaliativa que esteja reconhecida para a hipoterapia. O que nós fizemos foi pegar em algumas escalas e criámos a nossa própria, ou seja, a nossa ficha de avaliação. Esta avaliação é logo realizada nas primeiras semanas em que os alunos chegam.

As escalas motoras existentes não estão aplicáveis para trabalhar em cima do cavalo mas sim no chão, num gabinete com escadas e tapetes. Isto não se faz num cavalo. Há muitos itens dessas escalas que posso avaliar em cima do cavalo que estão já reunidos na ficha de individual.

Da enorme falta de informação que existe ao nível desta terapia, as escalas são mais uma informação importante que necessita de ser trabalhada e pensada.

**P: 4. Que impacto é que a hipoterapia tem ao nível de desenvolvimento motor?**

**R:** Em termos de desenvolvimento motor a técnica que usamos é de neurodesenvolvimento. No caso do R., como ele é maioritariamente espástico, tentamos fazer a normalização do tônus muscular e, para isso usamos técnicas. Ou seja, o movimento do cavalo já ajuda na normalização do tônus e depois cabe aos técnicos potenciar essa normalização dando informação ao músculo para trabalhar corretamente, ao que chamamos sinergia muscular. Em que os músculos antagonistas e agonistas têm de trabalhar em sintonia.

**P: 5. Quais os objetivos a alcançar, ao nível motor, para o R.?**

**R:** O que pretendemos no R. é a normalização do tônus muscular para que os músculos trabalhem de forma mais correta. Havendo um equilíbrio muscular, o R., vai ter mais equilíbrio, melhor coordenação e melhor controlo motor. O que impede isto é a sinergia muscular que não está a trabalhar corretamente. É a luta entre músculos agonistas e antagonistas, não conseguindo assim, o R., movimentos harmoniosos mas sim aos solavancos.

Trabalhamos também a espasticidade dos membros inferiores através da temperatura do cavalo que proporciona um relaxamento ao cavaleiro e, nós técnicos, fazemos igualmente trabalho específico para este objetivo.

**P: 6. Como são programadas as sessões de hipoterapia?**

**R:** Há sempre uma programação, um plano de sessão, e inicialmente fazemos uma ficha com objetivos gerais, a curto e a longo prazo. Os objetivos a curto prazo são sempre os primeiros a obter para tentar chegar aos objetivos a longo prazo. Normalmente, numa sessão, podemos não trabalhar todos os objetivos, às vezes fixamos mais a nível motor outras vezes em termos cognitivos.

Outro aspeto a ter em conta é como vem o paciente. Aqui nunca sabemos se ele vai estar bem-disposto ou não e, se for este último, o nosso trabalho será mais de relaxamento para ficar mais estável a nível emocional e cognitivo.

Desta forma, as sessões, apesar de terem objetivos pré-definidos, nunca acontecem de acordo com a programação porque está dependente do estado físico e psicológico do aluno.

**P: 7. Qual o tempo de prática da terapia para atingir os objetivos propostos para a criança?**

**R:** Não há um número específico de sessões. Tudo vai depender da evolução do aluno. A finalidade é obter todas as competências para ter mais autonomia a cavalo. Contudo, em certas patologias isso nunca poderá ser possível.

Nos casos de alunos com SA, o objetivo é proporcionar maior qualidade de vida; maior funcionalidade; um trabalho motor mais exaustivo de forma a ter mais equilíbrio para melhorar o padrão de marcha.

**P: 8. Que melhorias a nível motor foram já evidenciadas?**

**R:** No caso do R., quando iniciou como era uma terapia nova aumentava um pouco a espasticidade. Passado a fase do entusiasmo e a novidade verificou-se que começou a relaxar e o equilíbrio no cavalo melhorou muito. À medida que fomos realizando exercícios nos quais ele já conseguia tirar as mãos, pegar em bolas, com a intenção de obter equilíbrio sem apoio dos membros superiores, conseguimos ver que o equilíbrio foi melhorando. No ajuste postural também se verificou muitas melhorias. Isto é, se ele estiver a desequilibrar-se muito para a direita ter a perceção que tem de se posicionar para o meio. Este ajuste postural ainda não está totalmente adquirido, mas está melhor do que quando iniciou a terapia. Inicialmente deixava-se estar muito tempo de lado sem realizar nenhum ajuste postural e tinha de ser o técnico a realizar esse ajuste. Era muito passivo e agora já é mais ativo no ajuste postural.

**P: 9. Como se desenvolveu a exploração do animal?**

**R:** No primeiro contacto utilizamos uma égua que é muito pacífica, isto é, ela fica à espera que a criança, assim que achar que está à vontade, se aproxime. E não o contrário, que é muito agressivo, de ser o cavalo a aproximar-se da criança. É o que acontece com os cães. Temos aqui crianças com medo dos cães porque estes são mais ativos, gostam de cheirar e vão logo ter com elas, quer estejam preparadas ou não para esse contacto.

Os cavalos têm a personalidade de não ir lá, ficam à espera. Quando a criança assim quiser vai lá, põe a mão. No caso do R., ele queria pôr a mão mas ao mesmo tempo não queria; retraía; ria muito, esticava a mão mas não tocava: aproximava-se mas não muito. Para montar a égua, o R. não manifestou qualquer problema. Na primeira sessão montou e adorou. Nestas crianças com SA, é mais fácil esta fase porque não têm percepção do medo nem do perigo.

**P: 10. Como é o comportamento do R. quando está perto do cavalo?**

**R:** O R. adora e ri-se. Parece que está a jogar com o cavalo. Ele vai, aproxima-se e depois foge; vai e toca com um dedo e ri-se. É um jogo interno e externo. Ele quer mas tem respeito. Outras vezes, a égua aproxima-se, após nossa ordem, e ele fica num êxtase por ela ter tomado a iniciativa.

É uma relação que não é estabelecida por nós técnicos, o cavalo faz esse trabalho.

**P: 11. Considera que existe um vínculo afetivo entre o R. e o cavalo? Se sim, como se verifica esse vínculo?**

**R:** De certa forma. O que verifico é um sentimento de respeito, no bom sentido. É um respeito mútuo. Tanto o aluno respeita o cavalo como vice-versa. Temos casos de crianças muito agressivas e em cima do cavalo não o são. Respeitam muito o cavalo porque ele nunca faz nada de mal, não julga, não é agressivo e está ali para oferecer.

Aproveitamos esta relação positiva para trabalhar muitas outras coisas, que num ambientes de gabinete não seriam possíveis. Como costumamos dizer, metade do trabalho é o cavalo que o faz.

**P: 12. Esse vínculo foi fácil ou difícil de alcançar?**

**R:** Foi fácil de alcançar. Apesar de não ter muita percepção, conseguiu perceber que é um animal grande e com força mas que ao mesmo tempo é dócil e está ali para lhe dar, para ele usufruir, mexer sem exigir nada. Enquanto que em qualquer outra terapia é sempre exigido algo ao aluno.

**P: 13. Considera esse vínculo importante para o desenvolvimento motor do R.? Em que aspectos?**

**R:** Considero muito importante. Se não houver esse respeito/confiança no cavalo, em termos de espasticidade vai ser muito mais difícil trabalhar a sua diminuição. Quanto mais ele confiar no cavalo e sentir que este é seu amigo, daí mantermos quase sempre o mesmo cavalo, ele vai relaxar, vai estar à vontade e para mim, como terapeuta, é ótimo porque consigo trabalhar mais competências.

**P: 14. Os pais estão presentes nas sessões de hipoterapia? Se sim, a presença dos mesmos é ativa ou passiva?**

**R:** No caso do R., como é uma sessão de grupo, não costumam estar presentes.

**P: 15. Qual a percepção da mãe face ao impacto da hipoterapia no desenvolvimento motor do seu filho?**

**R:** Não tenho conhecimento, porque não contacto com ela.



Centro Hípico do Porto e Matosinhos  
Lugar de Gonçalves, s/n 4450 Leça da Palmeira  
Tel.: 916257602  
[associacaoequiterapeutica@gmail.com](mailto:associacaoequiterapeutica@gmail.com)  
[www.aepm.pt](http://www.aepm.pt)

## ANEXO I

### Ficha de Grupo

Instituição	Raríssimas
-------------	------------

Morada	Praceta Arquitecto Mário Bonito, 4475-358 Milheirós-Maia
Contacto	229603204

Horário	Nº de sessões	1x <input type="checkbox"/>	2x <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dia	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	Sáb.	Dom.
	Hora	das 9h30 às 11h00						

Nome	R.	Data de Nascimento: 06/04/2005 (dd/mm/aa)
------	----	---

Diagnóstico	Síndrome de Angelman			
Actividades / Terapias	Terapia da fala e psicomotricidade (1x por semana), fisioterapia.			
Problemas associados	Alergias	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Qual?
	Doenças Infecto-contagiosas	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Qual?
	Epilepsia / Convulsões	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input checked="" type="checkbox"/>	Controlada com medicação
	Controlo dos Esfíncteres	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Qual?
	Visão	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input checked="" type="checkbox"/>	
	Audição	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	
Outro:				Qual?

Medicação	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input checked="" type="checkbox"/>	Qual? Diplexil
-----------	------------------------------	---	----------------

Plano de Intervenção	<p>Avaliação (22/01/2013): Regressão acentuada. Muita dependência da ajuda de terceiros.</p> <p>Avaliação (13/06/2013): Reaquisição das competências básicas anteriormente adquiridas (marcha autónoma, diminuição de comportamentos desajustados, melhoria na normalização do tónus muscular).</p> <p>Objetivos (13/06/2013): Introdução de atividades cognitivas simples. Continuação do trabalho para normalização do tónus muscular e transferências de carga. Desenvolver o à vontade a cavalo.</p>
----------------------	--

Observações	O uso de calças de fato de treino de algodão. Integrado na escola da Boucinha.
-------------	---



Centro Hípico do Porto e Matosinhos  
Lugar de Gonçalves, s/n 4450 Leça da Palmeira  
Tel.: 916257602  
[associacaoequiterapeutica@gmail.com](mailto:associacaoequiterapeutica@gmail.com)  
[www.aepm.pt](http://www.aepm.pt)



Centro Hípico do Porto e Matosinhos  
Lugar de Gonçalves, s/n 4450 Leça da Palmeira  
Tel.: 916257602  
[associacaoequiterapeutica@gmail.com](mailto:associacaoequiterapeutica@gmail.com)  
[www.aepm.pt](http://www.aepm.pt)

## ANEXO J

### Ficha Individual

#### 1. Identificação

Nome	R.
------	----

Data de Nascimento	06/04/2005 (dd/mm/aa)
--------------------	-----------------------

Sexo	Feminino <input type="checkbox"/>	Masculino <input checked="" type="checkbox"/>
------	-----------------------------------	---

Regime	Particular <input type="checkbox"/>	Grupo <input checked="" type="checkbox"/>	Qual? Raríssimas
--------	-------------------------------------	---	------------------

Escola / Instituição	Raríssimas	
Ano que frequenta		Ano lectivo

Morada	
Contacto	

Nº Cartão de Cidadão / B.I.	
NIF	
Nº Cartão de Utente / Seguro	
Nº Cartão FEP	

Filiação	Nome Pai	
	Profissão	
	Tel.	
	e-mail	
	Nome Mãe	
	Profissão	
	Tel.	
	e-mail	

#### 1.1 Genograma



Centro Hípico do Porto e Matosinhos  
Lugar de Gonçalves, s/n 4450 Leça da Palmeira  
Tel.: 916257602  
[associacaoequiterapeutica@gmail.com](mailto:associacaoequiterapeutica@gmail.com)  
[www.aepm.pt](http://www.aepm.pt)

## 2. Admissão

Não admitido  Justificação:

Admitido

Valência	Hipoterapia <input checked="" type="checkbox"/>	Data: 27/10/2011 (dd/mm/aa)
	Equitação Psico-educacional e de Volteio <input type="checkbox"/>	Data: ___/___/___ (dd/mm/aa)
	Equitação Desportiva Adaptada <input type="checkbox"/>	Data: ___/___/___ (dd/mm/aa)
	Equitação Terapêutica + Iniciação à Equitação <input type="checkbox"/>	Data: ___/___/___ (dd/mm/aa)

Horário	Nº de sessões	1x <input checked="" type="checkbox"/>	2x <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Dia	2ª <input type="checkbox"/>	3ª <input type="checkbox"/>	4ª <input type="checkbox"/>	5ª <input type="checkbox"/>	6ª <input type="checkbox"/>	Sáb. <input type="checkbox"/>	Dom. <input type="checkbox"/>
	Hora	das ___h ___ às ___h ___						

## 3. Caracterização Geral

Diagnóstico Síndrome de Angelman

Etiologia

Problemas associados	Alergias	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Qual?
	Doenças Infecto-contagiosas	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Qual?
	Epilepsia / Convulsões	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input checked="" type="checkbox"/>	
	Controlo dos Esfíncteres	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	Qual?
	Visão	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input checked="" type="checkbox"/>	
	Audição	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	
	Outro:			Qual?

Medicação Não  Sim  Qual? Dipexil

Plano Nacional de Vacinação (PNV) actualizado

Não  Sim

Peso:

Altura:

IMC:

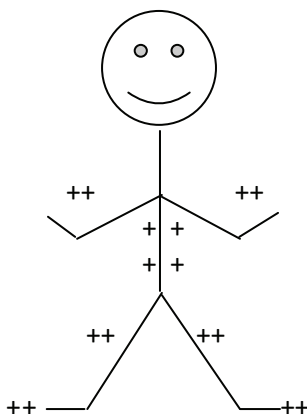
Centro Hípico do Porto e Matosinhos  
 Lugar de Gonçalves, s/n 4450 Leça da Palmeira  
 Tel.: 916257602  
[associacaoequiterapeutica@gmail.com](mailto:associacaoequiterapeutica@gmail.com)  
[www.aepm.pt](http://www.aepm.pt)

### 3.1 Motor

Autonomia na marcha	Sim	<input type="checkbox"/>				
	Não	<input checked="" type="checkbox"/>	Dependente de terceiros	<input checked="" type="checkbox"/>	Autónomo em distâncias curtas	
		<input type="checkbox"/>	Auxiliar de marcha	<input type="checkbox"/>	Qual?	
		Cadeira de rodas		Manual	<input type="checkbox"/>	Autónomo
			Eléctrica	<input type="checkbox"/>	Autónomo	<input type="checkbox"/>

Material Ortopédico	Não	<input checked="" type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Qual?
---------------------	-----	-------------------------------------	-----	--------------------------	-------

Tónus Muscular	Hipertónico	<input checked="" type="checkbox"/>		
	Hipotónico	<input type="checkbox"/>		
	Variável	<input type="checkbox"/>	Qual?	



		A	E	N/A
Controlo Postural	Cabeça	<input type="checkbox"/>	X	
	Cintura Escapular	<input type="checkbox"/>	X	
	Tronco	<input type="checkbox"/>		X
	Cintura Pélvica	<input type="checkbox"/>		X

Objectivo Terapêutico			
Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input checked="" type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input checked="" type="checkbox"/>

		A	E	N/A
Padrão Postural	Sentado	Simétrico		X
		Assimétrico		
		Equilíbrio		X
	De pé	Simétrico		X
		Assimétrico		
		Equilíbrio		X

Objectivo Terapêutico			
Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input checked="" type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input checked="" type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>

Distribuição de carga: Não se verifica uma predominância significativa em nenhum dos hemicorpos. O padrão de marcha é com ausência de dissociação de cinturas. Verifica-se também muito receio na marcha autónoma, procura sempre algum tipo de apoio.

Centro Hípico do Porto e Matosinhos  
 Lugar de Gonçalves, s/n 4450 Leça da Palmeira  
 Tel.: 916257602  
[associacaoequiterapeutica@gmail.com](mailto:associacaoequiterapeutica@gmail.com)  
[www.aepm.pt](http://www.aepm.pt)

			A	E	N/A	Objectivo Terapêutico	
Padrão de Movimento	Coordenação motora em actividade	Global			X	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
		Membro superior direito		X		Não <input type="checkbox"/>	Sim <input checked="" type="checkbox"/>
		Membro superior esquerdo		X		Não <input type="checkbox"/>	Sim <input checked="" type="checkbox"/>
		Membro inferior direito			X	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
		Membro inferior esquerdo			X	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
	Controlo motor	Global			X	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
		Membro superior direito		X		Não <input type="checkbox"/>	Sim <input checked="" type="checkbox"/>
		Membro superior esquerdo		X		Não <input type="checkbox"/>	Sim <input checked="" type="checkbox"/>
		Membro inferior direito			X	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
		Membro inferior esquerdo			X	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
	Capacidade de dissociação	Cabeça / Tronco	X			Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
		Cintura escapular			X	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input checked="" type="checkbox"/>
		Cintura pélvica			X	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input checked="" type="checkbox"/>
	Ajustes posturais		X			Não <input type="checkbox"/>	Sim <input checked="" type="checkbox"/>
	Capacidade no cruzamento da linha média		X			Não <input type="checkbox"/>	Sim <input checked="" type="checkbox"/>
	Controlo óculo-motor					Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Planeamento motor				X	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	
Amplitude de abdução das coxo-fémurais		X			Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	

Observações: Verifica-se ataxia em todos os movimentos efetuados. A ausência de sinergia muscular é visível prevalecendo a hipertonicidade da cadeia posterior.

### 3.2 Comunicação

Expressiva	Verbal <input type="checkbox"/>	
	Não verbal <input checked="" type="checkbox"/>	Qual?

Objectivo Terapêutico	
Não <input checked="" type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Não <input type="checkbox"/>	Sim <input checked="" type="checkbox"/>

Compreensiva	Verbal <input checked="" type="checkbox"/>	
	Não verbal <input type="checkbox"/>	Qual?

Não <input type="checkbox"/>	Sim <input checked="" type="checkbox"/>
Não <input checked="" type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>

### 3.3 Psicomotricidade

	A	E	N/A
Esquema corporal			X
Lateralidade			X
Motricidade fina		X	
Orientação espacial			X
Orientação temporal			X

Objectivo Terapêutico	
Não <input checked="" type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Não <input checked="" type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Não <input type="checkbox"/>	Sim <input checked="" type="checkbox"/>
Não <input checked="" type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Não <input checked="" type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>

Centro Hípico do Porto e Matosinhos  
 Lugar de Gonçalves, s/n 4450 Leça da Palmeira  
 Tel.: 916257602  
[associacaoequiterapeutica@gmail.com](mailto:associacaoequiterapeutica@gmail.com)  
[www.aepm.pt](http://www.aepm.pt)

### 3.4 Cognitivo

		A	E	N/A	Objectivo Terapêutico	
Identificação	Cores			X	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input checked="" type="checkbox"/>
	Tamanhos			X	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
	Formas			X	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
	Números			X	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
	Letras			X	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
	Imagens			X	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Leitura				X	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Escrita				X	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Cálculo	simples			X	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
	complexo			X	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Noção de quantidade				X	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Realização de tarefas	simples / rotinas		X		Não <input type="checkbox"/>	Sim <input checked="" type="checkbox"/>
	complexas			X	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Resolução de problemas	simples		X		Não <input type="checkbox"/>	Sim <input checked="" type="checkbox"/>
	complexas			X	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Compreensão de ordens	simples		X		Não <input type="checkbox"/>	Sim <input checked="" type="checkbox"/>
	complexas			X	Não <input checked="" type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Percepção	auditiva		X		Não <input type="checkbox"/>	Sim <input checked="" type="checkbox"/>
	visual		X		Não <input type="checkbox"/>	Sim <input checked="" type="checkbox"/>
	olfactiva				Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
	gustativa				Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
	táctil		X		Não <input type="checkbox"/>	Sim <input checked="" type="checkbox"/>
Memória	curto prazo				Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
	longo prazo				Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Atenção e concentração			X		Não <input type="checkbox"/>	Sim <input checked="" type="checkbox"/>

### 3.5 Psico-social

		A	E	N/A	Objectivo Terapêutico	
Motivação			X		Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Empenho	na terapia				Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
	nas tarefas				Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Interações pessoais	com equipa técnica	X			Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
	com outros alunos	X			Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Auto-estima					Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Adaptação a novas situações			X		Não <input type="checkbox"/>	Sim <input checked="" type="checkbox"/>
Tolerância à frustração			X		Não <input type="checkbox"/>	Sim <input checked="" type="checkbox"/>
Estabilidade emocional			X		Não <input type="checkbox"/>	Sim <input checked="" type="checkbox"/>
Comportamento			X		Não <input type="checkbox"/>	Sim <input checked="" type="checkbox"/>

Observações: Durante a transição para o ano letivo 2011/2012 verificou-se um retrocesso na motivação para a terapia. De acordo com as informações da mãe e dos técnicos da instituição deveu-se ao período de tempo que esteve em casa sempre com a mãe ou a irmã. Este comportamento verificou-se em todos os contextos.

Centro Hípico do Porto e Matosinhos  
 Lugar de Gonçalves, s/n 4450 Leça da Palmeira  
 Tel.: 916257602  
[associacaoequiterapeutica@gmail.com](mailto:associacaoequiterapeutica@gmail.com)  
[www.aepm.pt](http://www.aepm.pt)

### 3.6 Equitação

		A	E	N/A	Objectivo Terapêutico	
Compreensão e cumprimento de regras de segurança				X	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input checked="" type="checkbox"/>
Contacto com o cavalo			X		Não <input type="checkbox"/>	Sim <input checked="" type="checkbox"/>
Identificação do material de limpeza					Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Utilização do material de limpeza / maneo					Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Condução do cavalo à mão					Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Aparelhar o cavalo					Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Desaparelhar o cavalo					Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Conhecimento de regras de equitação					Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Passo			X		Não <input type="checkbox"/>	Sim <input checked="" type="checkbox"/>
Trote					Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Transições	À paragem		X		Não <input type="checkbox"/>	Sim <input checked="" type="checkbox"/>
	Ao passo		X		Não <input type="checkbox"/>	Sim <input checked="" type="checkbox"/>
	Ao trote				Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Figuras do picadeiro					Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Observações: Os itens não avaliados não são objeto de trabalho.						

FESA	Flexibilidade		X		Não <input type="checkbox"/>	Sim <input checked="" type="checkbox"/>
	Equilíbrio		X		Não <input type="checkbox"/>	Sim <input checked="" type="checkbox"/>
	Solidez		X		Não <input type="checkbox"/>	Sim <input checked="" type="checkbox"/>
	À vontade		X		Não <input type="checkbox"/>	Sim <input checked="" type="checkbox"/>

### 4. Equipa Técnica Externa

	Nome	Local	Contacto
Psicólogo			
Fisioterapeuta		Raríssimas	
Terapeuta Ocupacional			
Terapeuta da Fala		Raríssimas	
Técnico de Serviço Social			
Educador / Professor			
Enfermeiro			
Psicomotricista			
Neurologista			
Pediatra			
Psiquiatra			
Fisiatra			
Médico de Família			
Outro _____			

Centro Hípico do Porto e Matosinhos  
 Lugar de Gonçalves, s/n 4450 Leça da Palmeira  
 Tel.: 916257602  
[associacaoequiterapeutica@gmail.com](mailto:associacaoequiterapeutica@gmail.com)  
[www.aepm.pt](http://www.aepm.pt)

## 5. Programa de Intervenção

Equipamento para o cavalo	Manta	Normal	<input checked="" type="checkbox"/>	
		Backriding	<input type="checkbox"/>	
	Cilhão	Uma argola	<input type="checkbox"/>	
		Duas argolas	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Arreio	<input type="checkbox"/>	Qual?	
	Cabeçada	<input checked="" type="checkbox"/>	Equitação Natural	
	Estribos	<input type="checkbox"/>	Quais?	
	Protecções	<input type="checkbox"/>		
	Guia	<input type="checkbox"/>		
Rédeas	Normais	<input type="checkbox"/>		
	Adaptadas	<input type="checkbox"/>	Qual?	

Equipamento para o cavaleiro	Toque	<input checked="" type="checkbox"/>
	Cinto	<input type="checkbox"/>
	Colete	<input type="checkbox"/>
	Colar cervical	<input type="checkbox"/>
	Outro:	

Método para montar: Escadote

Método para apear: Escadote

Cavalo: Fi ou Faisca

Objectivos gerais: Melhorar a FESA. Desenvolver o controlo e a coordenação motora. Desenvolver a capacidade de atividade/jogo.

Objectivos específicos:	Curto prazo: Promover a compreensão de ordens simples e a realização de tarefas simples. Aumentar a comunicação. Alongamento dos adutores. Normalizar o tónus muscular, principalmente do tronco.
	Longo prazo: - Melhorar a qualidade de movimento. - Adquirir alguma dissociação de cinturas. - Promover a sinergia muscular em movimentos simples. - Adquirir competências para a utilização de recursos didáticos.



Centro Hípico do Porto e Matosinhos  
Lugar de Gonçalves, s/n 4450 Leça da Palmeira  
Tel.: 916257602  
[associacaoequiterapeutica@gmail.com](mailto:associacaoequiterapeutica@gmail.com)  
[www.aepm.pt](http://www.aepm.pt)

**6. Tutor**

Expectativas em relação à actividade:

Principais problemas:

**7. Formalização da proposta**

Associação Equiterapêutica do Porto e Matosinhos

Considerando o Plano Individual apresentado, declaro que tomei conhecimento e que concordo com a sua aplicação.

Responsável pelo cavaleiro (a)

Leça da Palmeira, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_